



Ministero della Salute



Parliamo di protezione

Migliorare le coperture delle vaccinazioni pediatriche



Guida alla comunicazione per gli operatori sanitari



Parliamo di protezione

Migliorare le coperture delle vaccinazioni pediatriche

Guida alla comunicazione per gli operatori sanitari

Versione originale:

**Let's talk about protection
Enhancing childhood vaccination uptake
Communication guide for healthcare providers**

Questa è una versione rivista della Guida Let's Talk About Protection: Enhancing childhood vaccination uptake, commissionata dallo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), e prodotta dalla World Health Communication Associates Ltd (WHCA) nel 2012.

Il contenuto è stato riorganizzato e ottimizzato per questa nuova edizione. Il documento fa parte di un toolkit che ha come obiettivo supportare i paesi EU/EEA nelle iniziative di comunicazione mirate a migliorare le coperture vaccinali, in particolare quelle pediatriche. Materiali da adattare e altre risorse sono disponibili online all'indirizzo: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/Pages/Communication-toolkit.aspx>.

Ringraziamenti

Questa edizione della guida è stata revisionata e aggiornata da Andrea Würz, Niklas Danielsson, Edit Szegedi, Pier Luigi Lopalco, Irina Dinca, Kari Johansen.

I nomi degli autori e di chi ha collaborato alla stesura della guida originale sono riportati nell'Allegato 2.

Prima pubblicazione 2012

Edizione revisionata, Stoccolma, aprile 2016; ISBN 978-92-9193-584-4; doi 10.2900/573817; Numero di catalogo TQ-02-16-311-EN-N

Citazione del documento originale: European Centre for Disease Prevention and Control. Let's talk about protection. Stockholm; ECDC; 2016.

(c) European Center for Disease Prevention and Control, 2016

Foto di copertina: ECDC/Tibor Bujdos

Traduzione e adattamento in italiano:

**Parliamo di protezione
Migliorare le coperture delle vaccinazioni pediatriche
Guida alla comunicazione per gli operatori sanitari**

Citazione della versione italiana:

Parliamo di protezione. Roma 2017 (traduzione e adattamento di Let's talk about protection. ECDC 2016)

Traduzione e adattamento

Coordinatore: Paolo D'Ancona, Stefania Iannazzo

Gruppo di lavoro: Chiara Cattaneo, Paola Cella, Barbara De Mei, Antonio Ferro, Vincenza Gianfredi, Eleonora Lacorte, Pierluigi Lopalco, Pietro Maiozzi, Maria Grazia Pascucci, Andrea Siddu

La riproduzione del documento è consentita a condizione che venga citata la fonte.

Indice

Introduzione	1
Il ruolo cruciale degli operatori sanitari	2
Vaccinazioni: le sfide di oggi	2
Popolazioni non protette o poco protette	3
L'ambito, l'obiettivo e l'approccio di questa guida	3
Raccogliere idee e suggerimenti	4
Comunicazione a due vie	4
Focalizzare la discussione sui vantaggi della protezione	5
Riconfigurare i servizi per migliorarne l'efficienza	5
Organizzazione della guida	5
PARTE I	
PROSPETTIVE	7
Sezione 1 Prospettiva del genitore (nonno/a) e del caregiver	8
Sezione 2 Prospettiva del social marketer, del promotore della salute e dell'esperto di media.....	14
Sezione 3 Prospettiva dell'esperto in vaccinazioni e di chi le somministra	21
Sezione 4 Prospettive delle popolazioni cosiddette "difficili da raggiungere"	29
PARTE II	
SUPPORTO MATERIALE PER LE CONVERSAZIONI CON GENITORI E CAREGIVER	41
Sezione 5 Sostenere l'importanza della protezione	42
Sezione 6 Domande e risposte	49
Riferimenti	59
Bibliografia	62
Allegati	65
Allegato 1 Metodologia e approccio	65
Allegato 2 Sviluppatori dei contenuti, consulenti, esperti coinvolti e revisori	66
Allegato 3 Questionari - domande campione	67
Allegato 4 Lista delle risorse Italiane sulla vaccinazione	70
Allegato 5 Il Decreto Legge 73/2017 sull'obbligo vaccinale in Italia	74
Allegato 6 Glossario	76



Photo: ECDC/Daria Stundlova

Introduzione

Benvenuti nella guida alla comunicazione sulle vaccinazioni pediatriche del Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC). La guida fornisce a tutti gli operatori sanitariⁱ coinvolti nei servizi vaccinali suggerimenti pratici *peer-reviewed* e raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche su come migliorare le coperture vaccinali pediatriche. I suggerimenti e raccomandazioni mirano a dar voce ai pensieri, alle conoscenze e alle idee di genitori, social marketerⁱⁱ, promotori della salute e altri esperti di servizi sanitari e Sanità pubblica. I suggerimenti hanno come obiettivo supportare gli operatori sanitari a comprendere il comportamento e le scelte dei diversi stakeholder e identificare modi migliori per affrontare le preoccupazioni riguardo la vaccinazione ed altri ostacoli alle coperture vaccinali.

ⁱ Il termine “operatori sanitari”, come utilizzato in questa guida, include tutti gli operatori coinvolti nei programmi di vaccinazione, inclusi medici, assistenti sanitari, infermieri, farmacisti, operatori e mediatori nei servizi sanitari pubblici e nel territorio (es. mediatori culturali sanitari specifici per le comunità Rom).

ⁱⁱ Esperti in comunicazione e cambiamento comportamentale.

Il ruolo cruciale degli operatori sanitari

Diversi studi mostrano che in tutti i paesi dell'Unione Europea (UE), gli operatori sanitari sono identificati come la fonte più importante e affidabile di informazioni su come proteggersi dalle malattie prevenibili tramite vaccinazione [1–3]. Questo vale in particolar modo per i genitori, che sono tra coloro che hanno il maggior numero di domande e preoccupazioni. La credibilità personale degli operatori e la fiducia data dal loro ruolo, li pone in una posizione unica nel supportare i genitori a capire il valore della vaccinazione e a scegliere di proteggere i propri figli.

Vaccinazioni: le sfide di oggi

Per quanto riguarda la vaccinazione, l'Europa deve fronteggiare grandi sfide! In alcuni paesi dell'UE, le coperture vaccinali per alcune malattie prevenibili sono scese al di sotto delle soglie raccomandate e necessarie per sostenere l'effetto protettivo dell'“immunità di comunità” detta anche immunità di greggeⁱ. Ciò ha determinato il formarsi di ampie sacche di popolazioni suscettibiliⁱⁱ in diversi paesi dell'UE e il ritorno di malattie che un tempo erano ben controllate. Una tra le più ampie epidemie mondiali di morbillo è esplosa nel 2011 nell'Europa occidentale [4]; più di 30.000 casi di morbillo sono stati registrati nell'UE e nei paesi della European Free Trade Association (oppure Associazione europea di libero scambio –AELS). Sono stati riportati casi in tutti i paesi, eccetto Islanda e Cipro. Questa situazione rappresenta un fallimento per la Sanità Pubblica. Il morbillo è completamente prevenibile e l'Europa si è impegnata ad eliminarlo.

Il morbillo non è una malattia innocua! Può causare gravi complicanze e può avere conseguenze letali. Nel mondo occidentale, da 1 a 3 pazienti per 1000 muoiono a causa di infezione da virus del morbillo [5]. I fattori chiave che contribuiscono all'epidemia europea di morbillo sono i livelli inadeguati e la disomogeneità geografica delle coperture vaccinali, che include anche l'incapacità a offrire la vaccinazione a determinati gruppi di popolazione. La maggior parte dei casi europei (90%) erano adolescenti e adulti che non erano stati vaccinati o dei quali non era riportata la storia vaccinale [4].

Nel 2017 una gravissima epidemia di morbillo ha colpito l'Italia con quasi 5000 casi e 4 decessi in 10 mesi. [4].

ⁱ Vedi “Vaccines protect everyone” in sezione 5

ⁱⁱ Persino in paesi con tassi di copertura alti il numero di persone non vaccinate si accumula nel tempo (ECDC, 2012) e possono essere presenti sacche di persone vulnerabili poco protette.

Popolazioni non protette o poco protette

Recenti studi hanno identificato una gamma di caratteristiche comuni alle popolazioni non protette e poco protette, cioè non vaccinate o parzialmente vaccinate [6,7]. In generale sono stati identificati i seguenti gruppi di popolazioniⁱ.

Gli “esitanti” – coloro che hanno preoccupazioni riguardo possibili problemi di sicurezza dei vaccini e/o sono insicuri riguardo la necessità, le procedure e i tempi di vaccinazione.

Gli “indifferenti” – coloro che considerano la vaccinazione una bassa priorità, senza una reale percezione del rischio costituito dalle malattie prevenibili tramite vaccino.

I “poco raggiunti” – coloro che hanno un accesso limitato o difficoltoso ai servizi, dovuto a esclusione sociale, povertà e, in caso di popolazioni più integrate e benestanti, fattori relativi all’accessibilità alla vaccinazione.

I “resistenti attivi” – coloro che hanno convinzioni personali, culturali o religiose che scoraggiano o escludono la vaccinazione.

L’ambito, l’obiettivo e l’approccio di questa guida

L’oggetto di questa guida è una comunicazione adattata per ogni comportamento. L’obiettivo è individuare come aiutare gli operatori sanitari ad incoraggiare tutti i genitori a voler proteggere e quindi vaccinare i propri figli in sintonia con il loro modo di pensare, in particolare coloro che sono parte di popolazioni i cui figli sono ad oggi non vaccinati o parzialmente vaccinati. Il contenuto di questa guida si basa su studi primari e secondari. Abbiamo contattato persone deputate a prendere decisioni, studiare, scrivere e fornire consigli sulla protezione tramite vaccinazione. Abbiamo esplorato questioni relative all’accesso e alla comprensione di informazioni sanitarie rilevanti sulle malattie e i rischi prevenibili tramite vaccino. Abbiamo cercato di fare chiarezza e capire dove la gente cerca informazioni, di chi si fida, e cosa, o chi, influenza le loro decisioni sulla vaccinazione.

ⁱ Il percorso che le persone seguono per conoscere i vaccini, ottenere risposte alle proprie domande, decidere se far vaccinare o meno i propri figli, districarsi nel proprio sistema sanitario, ottenere, ritardare o rifiutare di vaccinare i propri figli, gestire gli effetti collaterali, seguire la schedula, ecc.

Raccogliere idee e suggerimenti

Attraverso questo percorso, abbiamo ottenuto informazioni qualitative riguardo i "percorsi vaccinali" dei diversi gruppiⁱ e, soprattutto, abbiamo ottenuto suggerimenti su come rendere più semplici tali percorsi. Le informazioni e i suggerimenti che sono emersi da questo processo sono stati ulteriormente sviluppati grazie a raccomandazioni per il miglioramento delle coperture vaccinali basate su pubblicazioni *peer reviewed*, su documenti di letteratura grigia e siti web, identificati tramite ricerche su PubMed e Google. Tutte queste fonti sono state poi utilizzate per sviluppare i suggerimenti che abbiamo presentato come forniti dai diversi gruppi. Le bozze iniziali di questi suggerimenti sono state corrette e riscritte sulla base di revisioni e letture critiche da parte degli stakeholder rilevanti. Da questo processo sono emersi tre messaggi chiave per gli operatori sanitari:

- Rendere la comunicazione sui vaccini più simile a uno scambio di informazioni reciproco
- Concentrare la discussione sui benefici della vaccinazione per essere protetti e proteggere gli altri
- Rendere più semplice orientarsi nei servizi vaccinali, aumentandone la semplicità e la accessibilità.

La guida presenta, quindi, una simulazione di conversazioni tra stakeholder e operatori sanitari, ma evidence-based e *peer reviewed*.

Comunicazione a due vie

Le persone che abbiamo consultato hanno notato che la comunicazione da parte degli operatori sanitari, spesso a causa di mancanza di tempo, rimane generalmente focalizzata su un rapporto unidirezionale e sul trasmettere a tutti messaggi favorevoli ma uniformi. Agli operatori sanitari è stato consigliato di porre più enfasi nei dialoghi - comunicazione a due vie - allo scopo di, in una prima fase, raccogliere informazioni su specifiche preoccupazioni e ansie dei genitori, e successivamente di adattare e personalizzare i messaggi ai bisogni identificati negli individui e nei gruppi.

ⁱ Il percorso che le persone seguono per conoscere i vaccini, ottenere risposte alle proprie domande, decidere se far vaccinare o meno i propri figli, districarsi nel proprio sistema sanitario, ottenere, ritardare o rifiutare di vaccinare i propri figli, gestire gli effetti collaterali, seguire la schedula, ecc.

Focalizzare la discussione sui vantaggi della protezione

Sebbene le questioni relative alla sicurezza dei vaccini debbano essere affrontate in modo diretto e chiaro, laddove esista una preoccupazione da parte dei genitori sull'argomento, sia i genitori che gli altri esperti hanno richiesto agli operatori sanitari di mantenere il fulcro della discussione sui benefici della protezione. Le persone devono essere assolutamente consapevoli che quando vaccinano i propri figli stanno proteggendo loro e le comunità in cui vivono da malattie gravi e potenzialmente letali.

Riconfigurare i servizi per migliorarne l'efficienza

È stata riportata la comune necessità di migliorare l'organizzazione dei servizi vaccinali e di conseguenza l'offerta vaccinale. È stato suggerito di prestare una maggiore attenzione a costi, dislocazione, personale, trasporti, schedule e tempi come determinanti chiave dell'aderenza ai programmi vaccinali e del loro successo.

Organizzazione della guida

La Parte I di questa guida presenta risposte e suggerimenti rivolti agli operatori sanitari su come migliorare la comunicazione sul tema delle vaccinazioni. I suggerimenti sono presentati dal punto di vista di genitori, promotori della salute, social marketer e rappresentanti delle cosiddette popolazioni "difficili da raggiungere".

La Parte II fornisce informazioni di contesto che possono essere utili come supporto nel dialogo con i pazienti e i caregiver. Include anche una sezione di domande e risposte sulle preoccupazioni più comuni.

La guida fa parte di un toolkit che ha come obiettivo supportare i paesi UE/EEA nelle loro iniziative di comunicazione per migliorare le coperture vaccinali, in particolare quelle pediatriche. Materiali da adattare e altre risorse sono disponibili all'indirizzo: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/Pages/Communication-toolkit.aspx>.



Photo: ECDC / Tibor Bujdos

PARTE I

PROSPETTIVE

Questa parte della guida è suddivisa in quattro sezioni:

- **Sezione 1** Prospettiva del genitore (nonno/a) e del caregiver
- **Sezione 2** Prospettiva del social marketer, del promotore della salute e dell'esperto di media
- **Sezione 3** Prospettiva dell'esperto in vaccinazioni e di chi le somministra
- **Sezione 4** Prospettive delle popolazioni cosiddette "difficili da raggiungere"

Questa parte della guida riporta i messaggi che abbiamo raccolto da diversi gruppi di stakeholder. Non intendono in nessun modo essere dichiarazioni specifiche di alcun gruppo o comunità in particolare, dal momento che tutti i gruppi e le comunità includono persone con una vasta gamma di punti di vista e prospettive diverse. Sono presentati qui perché forniscono informazioni preziose su questioni di cui gli operatori sanitari dovrebbero tener conto quando si trovano a discutere o prendere in considerazione interventi vaccinali con i genitori e i caregiver.



Sezione 1

Prospettiva del genitore (nonno/a) e del caregiver

Messaggi in sintesi

- Fate ciò che raccomandate agli altri di fare
- Insegnateci ciò che è necessario sapere sui rischi di non vaccinarsi
- Raccontate storie di vita reale e condividete fatti scientifici
- Prendetevi il tempo di ascoltare le nostre preoccupazioni e spiegateci ciò che è necessario sapere sui possibili rischi ed effetti collaterali
- Non ignorate chi di noi si vaccina - abbiamo bisogno di essere rassicurati e valorizzati come degli esempi da seguire
- Non vi risentite se cerchiamo di saperne di più
- Rendete l'accesso alle vaccinazioni più semplice e meno stressante
- Ridefinite gli obbiettivi dei colloqui informativi (riconoscete che ad alcuni può servire più tempo che ad altri per decidere)
- Aiutateci ad approfondire la nostra conoscenza delle vaccinazioni

Fate ciò che raccomandate agli altri di fare

Tutti consideriamo gli operatori sanitari non solo come fonti di informazione, ma anche come esempi di vita importanti. Per poter convincere altri, gli operatori sanitari devono essere convinti essi stessi dei benefici della vaccinazione. Quando vediamo che un infermiere, un medico, o un operatore sanitario del nostro territorio non fa vaccinare un proprio figlio, la cosa ci crea un problema e mina profondamente la nostra fiducia. Alcuni di noi temono che un operatore sanitario non immunizzato possa costituire un rischio per noi e per le nostre famiglie, dal momento che gli operatori sanitari entrano a contatto con moltissime malattie diverse nel loro lavoro. Se voi faceste ciò che raccomandate agli altri di fare, la cosa ci rassicurerebbe molto di più.

Insegnateci ciò che è necessario sapere sui rischi di non vaccinarsi

Siamo consapevoli che la maggior parte di voi, incluse le generazioni più e meno giovani di operatori sanitari, non ha mai visto alcune malattie prevenibili, perché sono state prevenute! Vi chiediamo, comunque, di raccontarci alcuni degli impatti storici che queste malattie hanno avuto. Vogliamo dati e figure che ci mostrino come la protezione data dalle vaccinazioni abbia contribuito negli anni a diminuire la presenza di queste malattie pericolose nel nostro paese e nel resto del mondo. Senza queste informazioni, la decisione se vaccinarsi o meno finisce per focalizzarsi sulla sicurezza del vaccino e non sui rischi e gli effetti delle malattie che prevengono.

Comunicatevi sempre onestamente gli effetti collaterali conosciuti causati dai vaccini, ma non lasciate che questo sia il fulcro dominante della conversazione. Dobbiamo sentirci rassicurati che proteggere i nostri figli vaccinandoli sia la scelta giusta perché i benefici sono nettamente maggiori dei rischi e in questo modo “stiamo chiudendo le malattie fuori dalla porta”. Inoltre, è importante comunicare che la scelta di non vaccinare è rischiosa e che non essere protetti costituisce un rischio molto maggiore che esserlo.

Raccontate storie di vita reale e condividete fatti scientifici

Per molti di noi le storie di vita reale sono più importanti dei dati. Sottolineate le conseguenze gravi delle malattie. Mostrateci come il vaccino sia in grado di proteggere e prevenire le malattie. Raccontateci storie tratte dalle vostre esperienze che dimostrino la gravità delle malattie, oppure riportateci testimonianze dirette da parte di altri genitori che hanno scelto di non vaccinare e hanno visto i propri figli ammalarsi di una malattia prevenibile (*story telling*). Tenete conto che vogliamo storie vere, non sensazionalismi.

Esempio di Q&Aⁱ Numero di vaccini

Genitore: A cosa servono tutti questi vaccini? Sono davvero necessari?

Operatore sanitario: So che lei non ha ricevuto tutte queste vaccinazioni quando era piccolo. Nemmeno io. Ma entrambi eravamo a rischio di malattie gravi come la meningite. Cinquanta anni fa tantissimi bambini morivano di malattie come la difterite, il tetano e la polio. Oggi non vediamo quasi più queste malattie perché i vaccini che somministriamo proteggono le persone. Una mia paziente è morta di meningite pneumococcica a trent'anni. Se si fosse vaccinata, oggi sarebbe ancora viva. Siamo fortunati ad avere la possibilità di proteggere facilmente i nostri figli da queste malattie così gravi grazie a vaccini sicuri. Lasciare i bambini non protetti li espone ad un rischio reale e permanente.

ⁱ (i) All'interno di questa guida, sono presentati diversi esempi di domande e risposte per supportare la comunicazione tra operatore e genitore. Gli esempi sono adattati dal “Provider Resources for Vaccine Conversations with Parents”, sviluppato da CDC, American Academy of Family Physicians (AAFP) e American Academy of Pediatrics (AAP), e disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/conversations/index.html>

Prendetevi il tempo di ascoltare le nostre preoccupazioni e spiegateci ciò che è necessario sapere sui possibili rischi ed effetti collaterali

Sappiamo che avete poco tempo e che prendersi un momento per parlare dei vaccini ad ogni visita può essere noioso, ma quando i nostri bambini devono ricevere le vaccinazioni, nulla è più importante per noi di avere il tempo di parlare con voi e sapere che ci state ascoltando con attenzione, valutando il nostro bisogno di informazioni e le nostre preoccupazioni. Abbiamo bisogno di percepire la vostra completa attenzione. Quindi, per favore, non fate telefonate e non guardate il computer mentre cerchiamo rassicurazioni. Mantenete il contatto visivo con noi e riformulate le nostre preoccupazioni per farci capire che ci avete ascoltato. La vostra volontà di ascoltare rappresenta per noi un determinante chiave nel prendere la decisione di far vaccinare i nostri figli.

La maggior parte di noi ha sentito storie spaventose da amici o su internet sulla correlazione tra, ad esempio, la vaccinazione contro il morbillo e l'autismo. Queste storie sono spesso sostenute da siti web anti-vaccinisti fatti ad arte, nei quali sono presentate come dati scientifici. Abbiamo bisogno del vostro aiuto per reperire fonti autorevoli e distinguere ciò che è scientificamente provato da ciò che non lo è. Abbiamo bisogno della vostra rassicurazione personale e professionale che i vaccini sono sicuri, e della vostra empatia e garanzia che la salute dei nostri bambini è la nostra, e vostra, unica priorità.

Esempio di Q&A MPR e autismo

Genitore: Tutte quelle persone che sostengono che il vaccino MPR causa l'autismo... c'è qualcosa di vero?

Operatore sanitario: L'autismo non è cosa da poco conto, ha un forte impatto emotivo, ed è un problema che tutti abbiamo a cuore. L'associazione ipotizzata da un medico tra vaccino MPR e autismo è stata definitivamente smontata, e posso mostrarle studi su studi che dimostrano che non esiste alcuna correlazione. Sfortunatamente, se si pianta anche solo un seme del dubbio, questo tende a crescere, alimentato anche da sensazionalismi dei media e di internet, cui i fatti non interessano. Il vero problema sono i rischi che si corrono quando non si è vaccinati. Vorrei che chi ha subito le conseguenze di non essere stato vaccinato, potesse far sentire la propria voce più forte e chiara.

Non ignorate chi di noi si vaccina - abbiamo bisogno di essere rassicurati e valorizzati come degli esempi da seguire

La buona notizia è che la maggior parte dei genitori nell'UE crede nei programmi di vaccinazione e li supporta. Molti di noi, però, decidono di vaccinare senza sapere più di tanto di cosa si tratta. Un recente studio [8] ha mostrato che in Olanda l'81% dei genitori non ha eseguito alcuna valutazione comparativa diretta delle vaccinazioni prima di accettarle. Se da una parte applaudiamo il fatto che questi genitori stanno proteggendo i propri figli, dall'altra ci preoccupa il fatto che, fin troppo spesso, accettare passivamente i vaccini significa perdere la vostra attenzione e, quindi, essere meno preparati a contrastare le storie spaventose e la disinformazione promossa da media e social media. Quindi, anche quando decidiamo di proteggere i nostri figli, per favore, rassicurateci, e ricordateci tutti i benefici e il fatto che proteggendoli stiamo facendo la cosa giusta.

Non vi risentite se cerchiamo di saperne di più

Molti genitori oggi vogliono collaborare con voi. Quando veniamo da voi con una lunga lista di domande o informazioni prese da internet o da altre fonti, non interpretatelo necessariamente come una mancanza di rispetto nei vostri confronti. Riconoscete, invece, che aver investito tempo per ricercare informazioni sui vaccini significa che sono un argomento per noi importante. Se vi mostrate offesi dalle nostre domande o se ci fate intendere che sono fuori luogo, potreste rischiare di interrompere il dialogo e minare la nostra fiducia nei vostri confronti.

Rendete l'accesso alle vaccinazioni più semplice e meno stressante

Aiutateci a rendere la visita vaccinale più semplice e meno stressante per i nostri figli. Create un ambiente confortevole ed efficiente - alcuni di noi possono trovare l'ambiente medico e clinico un po' ostile. Suggesteci qualche modo per tenere occupati i bambini, distrarli e confortarli per alleviare lo stress. Se c'è spazio, fornite un'area comoda alle madri che potrebbero voler allattare dopo la vaccinazione. Prendete in considerazione altri luoghi per somministrare i vaccini, come, ad esempio, scuole e farmacie.

Ridefinite gli obiettivi dei colloqui informativi (riconoscete che ad alcuni può servire più tempo che ad altri per decidere)

Un colloquio con esito positivo può significare cose diverse in caso di genitori diversi. Può significare accettare tutti vaccini che sono stati raccomandati, oppure programmare alcuni vaccini per un altro giorno. Se un genitore rifiuta di proteggere il proprio figlio al momento della visita, può significare lasciare la porta aperta al dialogo in futuro. Alcuni di noi hanno difficoltà a decidere e possono aver bisogno di tempo per riflettere, quindi, per favore, rispettate questa necessità e lasciateci la porta aperta per il futuro, anche invitandoci a tornare. Le circostanze potrebbero essere cambiate! Qualunque cosa facciate, per favore, evitate di far diventare il dialogo uno scontro - è molto probabile che non torneremo se ci sentiamo criticati o sfidati in un modo che non ci è d'aiuto.

Aiutateci ad approfondire la nostra comprensione delle vaccinazioni

Per favore, utilizzate un linguaggio "friendly". Cercate di evitare di usare troppi termini tecnici o medici e, se li utilizzate, accertatevi sempre che abbiamo capito di cosa state parlando: non date per scontato che abbiamo capito. Fornire informazioni scritte in forma di schede informative, brochure e volantini può essere molto utile, specialmente se utilizzano un linguaggio comprensibile e chiaro e i punti chiave sono illustrati con semplici grafici e figure, e riportano indirizzi web dove poter trovare altre informazioni. Per chi di noi ha un livello educativo limitato, comunicate il più possibile a voce. Ricordate che l'alfabetizzazione in campo sanitario ("health literacy") non riguarda solo le nostre capacità, ma significa anche affrontare l'appropriatezza informativa dei sistemi nei quali cerchiamo assistenza e informazioni. Le schedule vaccinali diventano man mano sempre più complesse, persino chi di noi è motivato rischia facilmente di dimenticarsi. Aiutateci a ricordare gli appuntamenti inviandoci promemoria e notifiche. Alcuni di noi apprezzano molto ricevere notifiche tramite lettere, telefonate, SMS, sistemi di messaggistica o email. Essere ben informati sui pericoli delle malattie prevenibili con la vaccinazione e sull'importanza della vaccinazione ci permetteⁱ di prendere le decisioni giuste per noi stessi e le nostre famiglie. Ci aiuta anche a diventare portavoce nelle nostre comunità di questi servizi di prevenzione che ci sostengono nel prendere decisioni più sane.

ⁱ (i) Per una definizione di "Empowerment for health", vedere l'"Health promotion Glossary" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. (1998) Disponibile all'indirizzo http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf



Sezione 2

Prospettiva del social marketer, del promotore della salute e dell'esperto di media

Messaggi in sintesi

- **Concentratevi sul comportamento e i suoi determinanti - non solo sul messaggio**
- **Rendete accessibili, amichevoli e adeguati i luoghi dove erogate i servizi vaccinali**
- **Impostate la discussione in modo da concentrare l'attenzione sull'“essere protetti” piuttosto che sulla sicurezza dei vaccini**
- **Date più visibilità a chi accetta la vaccinazione - incrementate e rafforzate la vaccinazione come norma sociale**
- **Dimostrate che non essere protetti è socialmente inaccettabile**
- **Assicuratevi che qualsiasi decisione di restare non protetti sia una decisione attiva**
- **Utilizzate tutti i media per sostenere la necessità di essere protetti e proteggere**
- **Contrastate attivamente la disinformazione**
- **Indirizzate gli utenti verso fonti di informazione affidabili**

Concentratevi sul comportamento e i suoi determinanti - non solo sul messaggio

La sola informazione medica raramente è sufficiente a determinare un comportamento mirato al miglioramento della propria salute. I motivi per cui la gente decide se vaccinarsi o meno possono variare tra gruppi e persino all'interno di gruppi simili. Per questo motivo, è importante non utilizzare un approccio generico, ma investire tempo e risorse nell'analizzare e comprendere i comportamenti (e i vari determinanti di tali comportamentiⁱ) delle persone che si sta cercando di aiutare. Evitate di fare supposizioni a priori sui diversi gruppi di persone e controllate sempre, discutendone con loro, che ciò che avete dedotto delle situazioni e circostanze in cui si trovano sia corretto. Gli interventi forniti ai singoli individui dagli operatori sanitari possono includere semplici consigli, discussioni, scambio di idee o incoraggiamenti. A livello di istituzione e comunità/territorio, gli operatori possono

ⁱ Per ulteriori informazioni, vedere New South West Department of Health (2010), Public Health Classification Project - Determinants of Health Phase Two: Final Report. Australia. Disponibile all'indirizzo <http://www.health.nsw.gov.au/hsnsw/Publications/classifications-project.pdf>

sostenere politiche e procedure che aiutino a rendere la vaccinazione una scelta più semplice; ad esempio, rendendo più semplice orientarsi nei servizi vaccinali aumentandone la sostenibilità e l'accessibilità.

Rendete accessibili, amichevoli e adeguati i luoghi dove erogate i servizi vaccinali amichevoli

È particolarmente importante che i luoghi in cui si svolge l'attività vaccinale non diano una sensazione né abbiano un aspetto troppo clinico e medico. Assicuratevi, invece, che siano amichevoli, accessibili e forniscano un ambiente in cui diverse persone, genitori e bambini si possano sentire rilassati e a proprio agio. Ciò può significare adattare i tempi e i luoghi dei servizi alle diverse necessità e evitare un approccio troppo generico. Spesso i servizi sono collocati in specifici luoghi e chi effettua la prestazione si aspetta che la gente vi si presenti. Se, da una parte, questo può essere un metodo valido, dall'altra si dovrebbero considerare anche altri modi per portare i servizi dalle persone, minimizzando, così, i tempi e le risorse necessari per ottenere la vaccinazione e rendendo anche il processo il più facile e semplice possibile. Sebbene la gente spesso non sia entusiasta all'idea di essere vaccinata, rimuovere parte degli inconvenienti e delle difficoltà necessari per ottenere una vaccinazione può essere di grande aiuto nell'aumentare le coperture

Impostate la discussione in modo da concentrare l'attenzione sull' "essere protetti" piuttosto che sulla sicurezza dei vaccini

Le strategie di inquadramentoⁱ sono il cuore della comunicazione mirata a cambiare i comportamenti. Il linguaggio - verbale e visivo - con cui è espresso un concetto, e i termini nei quali è presentato, possono influenzare il modo in cui viene percepito e il modo in cui si risponde ad esso. Questo inquadramento crea il contesto all'interno del quale avvengono tutte le discussioni e vengono prese tutte le decisioni sulle vaccinazioni. In un certo senso, i dibattiti pubblici sulla vaccinazione rappresentano un campo di battaglia per inquadrare il tema agli occhi del pubblico, dei media e dei decisori politici. Le strategie di re-inquadramento sono cruciali. Gran parte del successo delle lobby antivacciniste, ad esempio, può essere attribuibile alla loro capacità di mantenere il dibattito centrato sulla sicurezza dei vaccini invece che sulle gravi minacce alla salute che essi prevengono. Re-inquadrare la discussione

ⁱ Inquadrare significa "selezionare alcuni aspetti di una questione/argomento e farli emergere e renderli dominanti nelle discussioni relative a quella questione/argomento... in modo da promuovere una specifica definizione di un problema, di un'interpretazione causale, una valutazione morale e/o di una raccomandazione ad un trattamento". (Adattato da Entman, citato in Chapman p 362 [12]).

sulla protezione (essere protetti e proteggere) può essere di aiuto a dare il giusto peso ai rischi minimi in termini di sicurezza. L'uso di racconti e immagini visive si è dimostrato un modo efficace per re-inquadrare il messaggio. Le storie personali e lo "story telling" possono aiutare le persone a mettersi in relazione con l'argomento in maniera più diretta; possono aiutare ad innescare contro-argomentazioni, facilitare il ricordo e la comprensione del messaggio, e possono fornire un'occasione di apprendimento osservazionale tramite l'identificazione con i personaggi. Sembra che le persone abbiano più facilità a cambiare attitudine rispetto a un argomento e ad essere meno in disaccordo con tutti i suoi aspetti quando riescono ad identificarsi con i personaggi di una storia, anche se appartenenti ad una diversa classe sociale o un diverso gruppo etnico. [9-11].

Esempio di Q&A

Effetti collaterali e effetti a lungo termine

Genitore: Sono preoccupato degli effetti collaterali dei vaccini. Non voglio che mio figlio riceva nessun vaccino oggi.

Operatore sanitario: Io sarei preoccupato se suo figlio oggi non si vaccinasse, perché le malattie possono essere molto pericolose. Malattie come il morbillo, la pertosse e l'*Haemophilus influenzae* di tipo b ancora infettano i bambini non protetti in Europa e alcune di queste, come il morbillo e la pertosse, sono anche in aumento. I vaccini sono in grado di proteggere i bambini da queste malattie. Possiamo guardare assieme qualche informazione sugli effetti collaterali.

Genitore: Non si può sapere per certo se i vaccini causano effetti a lungo termine.

Operatore sanitario: Abbiamo un'esperienza decennale con i vaccini e non c'è alcuna prova che i vaccini causino danni a lungo termine. Capisco la sua preoccupazione, ma credo fermamente che il rischio costituito dalle malattie sia maggiore rispetto da qualunque rischio collegato ai vaccini. I vaccini rendono suo figlio in grado di partire con il piede giusto, protetto per tutta una vita lunga e sana.

Date più visibilità a chi accetta la vaccinazione - incrementate e rafforzate la vaccinazione come norma sociale

È noto che è più probabile che le persone accettino un comportamento se capiscono o percepiscono che altre persone come loro lo adottano comunemente. Questo concetto è definito come "norma sociale". Il fatto, però, che una persona, un genitore o il proprio figlio siano vaccinati o meno, non è qualcosa di immediatamente visibile all'esterno. Pertanto, trovare sistemi per fare in modo che la gente sappia che altre persone come loro hanno scelto di proteggersi facendosi vaccinare, è un approccio valido per aumentare i tassi di copertura. Spostare i servizi vaccinali nei luoghi in cui gli utenti vivono, socializzano o lavorano, può renderli più visibili e aiutare la gente a rendersi conto che altri come loro ne stanno usufruendo. Gli approcci che prevedono il muoversi verso una norma sociale possono anche sfruttare l'influenza di chi ha deciso di vaccinarsi, rendendolo portavoce della vaccinazione. Essi diventano così esempi positivi da seguire all'interno della propria comunità. Un possibile sistema per rendere più visibili le vaccinazioni potrebbe essere quello di approfittare del fatto che sappiamo che i bambini amano collezionare e indossare spille. Quindi, ad esempio, si potrebbe fare in modo che durante la settimana della vaccinazione i bambini che si sono vaccinati indossino una speciale spilletta "Sono vaccinato" (o qualcosa di simile) per rendere più visibile agli altri bambini e genitori il fatto che hanno ricevuto i vaccini, e quindi iniziare a rendere più visibile anche la norma sociale.

Dimostrate che non essere protetti è socialmente inaccettabile

Un'altra cosa che potrebbe essere utile è cercare un modo per rinforzare il messaggio che è socialmente inaccettabile restare non protetti e quindi aumentare il rischio per gli altri. Ci si potrebbe interrogare (ad esempio tramite sondaggi tra i genitori) se alcune specifici gruppi (come, ad esempio, insegnanti, infermieri, medici, operatori sociali, ecc.), che per la loro attività entrano in contatto con moltissime persone, dovrebbero essere vaccinati come azione sociale responsabile in funzione del proprio lavoro. Dare la dovuta importanza a questa questione potrebbe spingere la gente a riconsiderare l'ipotesi di vaccinarsi o vaccinare i propri figli. In Italia, la recente legge dell'obbligo, per esempio già prevede che i bambini fino a 6 anni per i quali i genitori hanno rifiutato la vaccinazione, non possano frequentare i servizi educativi dell'infanzia (nidi e materne).

Assicuratevi che la decisione di restare non protetti sia una decisione attiva

Per molti, la decisione di non vaccinare i propri figli è spesso una decisione passiva, es. i genitori non hanno trovato il tempo di farlo o non la considerano una cosa particolarmente importante. Rielaborare la situazione in modo da rendere il non essere vaccinati qualcosa che la gente deve attivamente scegliere può essere un modo efficace di dar loro un'occasione di riconsiderare attivamente la propria decisione; per esempio anche in Italia i servizi vaccinali chiedono ai genitori di firmare un modulo (modulo di dissenso informato) in cui dichiarano che in quel momento specifico hanno deliberatamente deciso di non vaccinare i propri figli per uno o tutti i vaccini inclusi nel calendario vaccinale dopo avere ricevuto informazioni. Ciò li obbliga a pensare attivamente alla propria scelta, invece di negare la vaccinazione passivamente, senza riflettere. Inquadrarla come una decisione "in questo specifico momento" è anche importante perché lascia aperta la possibilità per coloro che decidessero di non vaccinare di riconsiderare la decisione in futuro. Sebbene in Italia sia stata introdotta la legge sull'obbligo vaccinale da 0 a 16 anni, questa non è coercitiva e il rifiuto comporta esclusivamente una sanzione e, solo per i servizi educativi dell'infanzia, la preclusione alla frequenza. Inoltre non tutte le vaccinazioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione sono obbligatorie.

Utilizzate tutti i media per sostenere la necessità di essere protetti e proteggere

Sia i media tradizionali che i social media hanno avuto una forte influenza su percezione, comportamento e scelte delle persone rispetto alle vaccinazioni. Alla fine degli anni novanta, in Irlanda e in Regno Unito, ad esempio, l'attenzione da parte della stampa della scoperta di Wakefieldⁱ di un rapporto tra vaccinazione con MPR e autismo, rivelatosi in seguito falso, determinarono un calo considerevole del tasso di copertura del vaccino MPR. Recentemente, i media hanno avuto un ruolo importante nella diffusione del messaggio sulla rilevanza dell'effetto protettivo delle vaccinazioni, bilanciando i messaggi errati nel passato. Ciò è stato supportato da una comunicazione più costante e coerente da parte delle autorità e dall'uso di "dati per l'azione" ovvero dell'utilizzo di numeri e dati per dimostrare il possibile impatto negativo sulla salute in assenza di vaccinazione.

ⁱ Gli articoli di Wakefield sul vaccino MPR furono pubblicati sulla rivista The Lancet nel 1998. Riportavano una possibile associazione tra il vaccino MPR e autismo e problemi gastrointestinali. Queste ipotesi determinarono una riduzione della copertura del vaccino MPR in Regno Unito e in altri paesi. In seguito si scoprì che le ipotesi erano false. Wakefield fu radiato dall'ordine dei medici e la rivista ritirò l'articolo. Sfortunatamente, il processo durò diversi anni e le voci sul vaccino MPR persistono ancora oggi.

Lavorare con i media richiede un investimento di tempo e un coinvolgimento attivo per coltivare buoni rapporti, fiducia reciproca, comprensione dei rispettivi ruoli, responsabilità e scadenze. Il lavoro dei media può essere eseguito direttamente o tramite i referenti degli uffici stampa designati dalle vostre istituzioni. Eseguire studi sui media per esaminare chi si occupa di determinati argomenti e come tali argomenti vengono discussi e inquadrati nei diversi canali di informazione può essere utile per identificare i mezzi e gli organi di stampa che vale la pena perseguire. Qualsiasi contatto con i media dovrebbe essere considerato come un mattone nel processo di costruzione di un rapporto duraturo [13].

Contrastate attivamente la disinformazione

Le forze anti-vacciniste utilizzano blog e social media in modo molto efficace per diffondere paure e preoccupazioni sulla sicurezza dei vaccini e spesso non esistono risposte a tali storie. Per contrastare questo fenomeno Il sistema sanitario inglese (NHS), ogni volta che viene pubblicato un articolo che potrebbe avere un potenziale impatto (negativo o positivo) sulle vaccinazioni, i sistemi di informazione del NHS lo postano sul proprio sitoⁱ e informano il pubblico con commenti basati sulle evidenze. In questo modo si assicurano che i dubbi, basati su informazioni sia vere che false, non siano lasciati senza risposta. Anche il sito della London School of Hygiene and Tropical Medicineⁱⁱ fornisce aggiornamenti costanti sulle notizie relative ai vaccini. In Italia negli ultimi anni sono stati sviluppati alcuni siti web contro la disinformazione.ⁱⁱⁱ

Indirizzate gli utenti verso fonti di informazione affidabili

I genitori devono sapere dove poter reperire informazioni affidabili: altrimenti, nel cercare informazioni in rete sarà molto più probabile che vengano indirizzati verso siti anti-vaccinisti rispetto a siti che riportano informazioni obiettive sulla vaccinazione. E' utile che i siti web delle istituzioni segnalino fonti affidabili in modo da fare "rete" tra siti che affrontano in modo corretto la vaccinazione. L'ECDC Communication Toolkit^{iv} contiene un modello di volantino sulla "Valutazione delle fonti informative sui vaccini in rete" che può essere utile da condividere con i pazienti.

ⁱ www.nhs.uk/news/pages/newsindex.aspx

ⁱⁱ www.vaccineconfidence.org

ⁱⁱⁱ <http://www.vaccinarsi.org/contro-la-disinformazione/>
http://www.sitiappulolucana.it/images/pdf scaricabili/vademecum_2014_def.pdf
<http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/aggiornamenti.asp>

^{iv} www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/Pages/Communication-toolkit.aspx



Photo: ECDC / Tibor Bujdos

Sezione 3

Prospettiva dell'esperto in vaccinazioni e di chi le somministra

Messaggi in sintesi

- **Mantenete aggiornata la vostra conoscenza sui vaccini**
- **Rafforzate le vostre abilità comunicative**
- **Utilizzate sia il vostro gruppo di lavoro sia altri professionisti per fornire informazioni e affrontare le preoccupazioni degli utenti**
- **Esercitate le vostre capacità per garantire una somministrazione sicura del vaccino**

Mantenete aggiornata la vostra conoscenza sui vaccini

Gli studi mostrano che generalmente gli operatori hanno fiducia nei vaccini ma spesso non sono preparati a rispondere alle domande dettagliate che gli utenti potrebbero porre loro riguardo la sicurezza dei vaccini, gli ingredienti, gli effetti collaterali, le potenziali controindicazioni, ecc. (vedi la relativa sezione Q&A nella Sezione 6). Per fare ciò, devono cercare, o ricevere regolarmente dalle autorità sanitarie, informazioni basate sulle evidenze scientifiche prodotte da fonti attendibili. Ogni programma di formazione continua dedicato agli operatori sanitari dovrebbe contenere un aggiornamento costante delle informazioni relative ai vaccini. Le associazioni professionali, le società scientifiche e le Università dovrebbero includere aggiornamenti in questa materia all'interno dei propri corsi. L'interazione attiva con l'agenzia responsabile della valutazione scientifica dei medicinali (AIFA è l'agenzia Italiana, EMA quella Europea) è anche molto importante per garantire che tale informazione sia rigorosa, disponibile, accessibile e aggiornata [14]. Gli operatori dei centri vaccinali dovrebbero valutare criticamente il materiale promozionale che ricevono dai rappresentanti delle case farmaceutiche.

Rafforzate le vostre abilità comunicative

I suggerimenti forniti in questa guida identificano un'ampia gamma di modi con cui poter rafforzare le proprie abilità comunicative. Alla base della maggior parte di questi suggerimenti c'è la necessità di instaurare un dialogo con i genitori che affronti delicatamente le loro preoccupazioni e risponda pazientemente alle loro domande. Molti trovano utile l'approccio CASE al dialogoⁱ (vedi Box 1).

ⁱ Sviluppato da Alison Singer, fondatrice della "Autism Science Foundation".

Box 1**L'approccio CASE**

Conferma: Riconosci la preoccupazione del paziente e trova un punto su cui puoi essere d'accordo. Ciò stabilisce il contatto con l'utente.

A proposito della mia esperienza: Racconta cosa hai fatto per costruire la tua base di conoscenze e competenze.

Scienza: Racconta cosa dice la scienza

Esemplifica/Consiglia: Dai suggerimenti semplici ai pazienti, basati sulla scienza.

Applicare l'approccio CASE. Un esempio

Genitore: Vorrei evitare di fare le vaccinazioni tutte insieme per non sovraccaricare il sistema immunitario di mio/a figlio/a.

Operatore:

- **Conferma**

"Certo, i bambini oggi ricevono più vaccinazioni rispetto ad anni fa."

- **A proposito della mia esperienza**

"Il nostro ambulatorio segue un calendario disegnato specificamente per proteggere i bambini nel periodo in cui sono più vulnerabili alle malattie. Ho fatto parte di una commissione per la revisione del calendario..."

- **Scienza**

"Sebbene i bambini ricevano più vaccinazioni oggi, in realtà ricevono meno proteine estranee rispetto a quando ricevevano meno vaccinazioni, perché la tecnologia ci ha permesso di produrre vaccini che contengono solamente una parte delle cellule che stimolano la risposta immunitaria. In più, la sollecitazione immunologica indotta da un vaccino non è nulla a confronto di ciò contro cui si difendono i bambini ogni giorno. Un'otite determina una sollecitazione immunologica molto maggiore."

- **Esemplifica**

"Vogliamo che i bambini nel nostro ambulatorio/studio siano vaccinati in modo da avere la migliore opportunità possibile di una vita lunga e sana."

Dovete capire quali nozioni i genitori hanno già sui vaccini e quali sono i fattori che influenzano le loro percezioni, i loro comportamenti e le loro scelte. Quindi, sulla base di tali conoscenze, dovete capire come fornire loro informazioni e costruire un rapporto di fiducia e rispetto; come spiegare le cose in modo chiaro, dare risposte semplici e ascoltare le specifiche necessità. Ricordate, non tutti i genitori vogliono lo stesso livello di informazione medica o scientifica sui vaccini. Valutando il livello di informazione che uno specifico genitore desidera (vedi Box 2), potete comunicare e utilizzare il vostro tempo in modo più efficiente.

Rivolgersi a esitanti, indifferenti, resistenti e alle popolazioni poco raggiunte: spunti di discussione

(Adattato da: Wellington-Dufferin-Guelph Public Health. Educate. Protect. Vaccinate. A resource to address parents' concerns about childhood vaccines. Canada; 2007)

1. Ascoltate, valutate, categorizzate

- Identificate specifiche preoccupazioni dei genitori in modo da fornire informazioni, ragioni e argomenti più efficaci;
- Investite sufficiente tempo a rendere la discussione efficace;
- Valutate se il genitore stia veramente cercando un consiglio. Evitate di sprecare tempo e risorse con coloro che non lo stanno realmente cercando

2. Identificate le preoccupazioni legittime

- Ammettete che ai vaccini possono essere collegati alcuni eventi avversi e che la preoccupazione è legittima.
- Sottolineate che la maggior parte degli eventi avversi sono lievi e contenuti (es. infiammazione e/o dolenzia nel sito di iniezione). Discutete gli eventi avversi meno comuni, più gravi e rimarcate che la maggioranza non hanno un effetto duraturo (es. spasmi febbrili).
- Non ignorate gli eventi avversi rari, gravi, come ad esempio l'anafilassi.

3. Contestualizzate

- Fornite ai genitori informazioni sui rischi comparativi tra i vaccini e le malattie che prevencono.
- Spiegate la probabilità di contrarre le malattie in assenza di vaccinazione.
- Ripercorrete cosa è successo nei paesi in cui i tassi di copertura sono scesi e le malattie prevenibili da vaccino sono riemerse.

4. Confutate le informazioni false

- Informatevi sulle tesi sostenute dai gruppi antivaccinisti. Siate in grado sfatare i falsi miti.
- Visitate i siti anti-vaccinisti ed esaminate le tattiche che utilizzano.
- Studiate le specifiche questioni sollevate dai genitori. Fornite informazione prese da fonti affidabili.

5. Fornite informazioni valide

- Rispondete alle informazioni scorrette e fornite dati affidabili sull'eradicazione/eliminazione delle malattie, la diminuzione della mortalità, e sugli effetti negativi di un ciclo vaccinale non portato a termine. Non state sulla difensiva.
- Offrite ai genitori materiale informativo con riferimenti bibliografici e siti internet autorevoli.

Box 2**Rivolgersi a esitanti, indifferenti, resistenti e alle popolazioni difficili poco raggiunte: spunti di discussione**

Categoria	Caratteristiche	Possibilità di esito positivo (vaccinazione)
Gli esitanti		
Non informati	È stato detto loro da altri di non vaccinare, ma cercano informazioni per confutare tale tesi.	Alta
Disinformati	Hanno raccolto informazioni dai media; non conoscono l'altra faccia della medaglia.	Possono con il tempo cambiare attitudine e spesso acconsentire alla vaccinazione in un secondo momento.
Istruiti e di ampie vedute/mente aperta	Sono a conoscenza delle informazioni anti-vacciniste e hanno letto diverse cose sull'argomento. Hanno bisogno di aiuto nel dare la giusta priorità ad ogni questione e nell'identificare i falsi nessi.	È necessario essere preparati alla discussione, ma spesso alla fine acconsentono a vaccinare. Possono iniziare con alcuni vaccini e accettare di aggiungerne altri in un secondo momento.
Gli indifferenti		
Non informati	Semplicemente non consapevoli del pericolo costituito dalle malattie prevenibili.	Alta
Informati ma concentrati sui propri interessi	Preoccupati della sicurezza dei vaccini. Consapevoli dell'immunità di gregge e sicuri che proteggerà i loro figli.	È necessario essere preparati alla discussione, ma spesso alla fine acconsentono a vaccinare. Possono iniziare con alcuni vaccini e accettare di aggiungerne altri in un secondo momento.
I resistenti attivi		
Convinti e soddisfatti	Convinti che la vaccinazione sia dannosa e soddisfatti della decisione di non vaccinare. Sono nel vostro studio/ambulatorio perché qualcuno li ha assillati per andare a parlarne con un medico	Il successo è raro, ma la discussione può portarli a riesaminare la loro posizione in futuro. Le lunghe discussioni sono raramente produttive.
Devoti e missionari	Hanno una posizione anti-vaccinista (convinta). Sono nel vostro studio/ambulatorio per convincervi a smettere di vaccinare tutti i vostri pazienti.	I pazienti in questa categoria mantengono le loro convinzioni strenuamente da tempo e non apprezzano il valore delle vaccinazioni; le lunghe discussioni sono improduttive.
I poco raggiunti e i difficili da raggiungere		
Socialmente esclusi	Un'ampia varietà di determinanti sociali influenza percezioni, scelte e comportamenti della gente rispetto alla vaccinazione.	La sensibilità sociale e culturale, le strategie di coinvolgimento (dalla pianificazione all'implementazione e valutazione); gli intermediari nel territorio (es. mediatori culturali) possono essere di aiuto.
Lavoratori e pressati dalla mancanza di tempo	Vorrebbero vaccinarsi ma gli orari di apertura, i luoghi, ecc. sono scomodi.	Estendere gli orari di apertura può aiutare il coinvolgimento di questo gruppo.

6. **Spiegate le potenziali conseguenze**

- Assicuratevi che i genitori capiscano le conseguenze di contrarre la malattia e i rischi correlati. Sono spesso preoccupati dei rischi della vaccinazione e ignorano il rischio se non vaccinati

7. **Fornite raccomandazioni chiare**

- Chiarite la vostra opinione e qualunque raccomandazione forniate.

Utilizzate sia il vostro gruppo di lavoro che altri professionisti per fornire informazioni e affrontare le preoccupazioni degli utenti

L'ostacolo più comunemente identificato dagli operatori nell'instaurare una discussione con gli utenti è il tempo. Molti centri vaccinali e ambulatori medici affrontano questa sfida coinvolgendo, educando e formando una vasta gamma di operatori sanitari di primo livello nell'organizzare specifiche sessioni o gruppi di informazione sulle vaccinazioni. Alcuni centri vaccinali hanno designato esperti in comunicazione e forniscono informazioni nelle sale d'attesa con brochure e volantini. Alcuni organizzano serate di informazione per i genitori o sessioni per informare futuri genitori attraverso il coinvolgimento di ostetriche e ginecologi.

Mantenete alte le vostre competenze in materia vaccinale per garantire una somministrazione sicura del vaccino

La gente non considera i vaccini allo stesso modo degli altri prodotti farmaceutici. A differenza dei farmaci che tendono ad essere categorizzati ed analizzati in una vasta gamma di categorie specifiche per malattia o per organo (es. cuore, reni, pelle, ecc.), tutti i vaccini tendono ad essere raggruppati nell'unico contenitore "sicurezza". Se qualcosa va storto con un vaccino qualsiasi, tutti i vaccini finiscono per essere guardati con maggiore diffidenza. La sicurezza dei vaccini è quindi un aspetto fondamentale. Dobbiamo tutti mantenere le nostre conoscenze e competenze sui vaccini ad un livello molto alto. Esistono diverse checklist per la valutazione delle competenze che possono essere di supporto agli operatori sanitari nell'autovalutazione delle proprie competenze e per cercare, quindi, eventuali corsi di formazione per le aree con carenze (vedi Box 3). Qui di seguito è riportato uno strumento di autovalutazione per gli operatori sanitari che somministrano vaccinazioni. Per completarlo, esaminate le aree di competenza elencate di seguito, e le relative abilità tecniche e procedure definite per ognuna di esse. Attribuite il punteggio nella colonna di autovalutazione. Se sentite il bisogno di ulteriori approfondimenti, pratica o cambiamento, barrate la casella "Devo migliorare". Se ritenete di essere al livello atteso di competenza o anche a un livello superiore, barrate la casella "Sufficiente o più che sufficiente".

Box 3**Checklist per la valutazione delle competenze nella vaccinazione:
Autovalutazione degli operatori sanitari***(Riprodotta con il permesso del California Department of Health services - Immunization Branch.)*

Competenza	Autovalutazione	
	Devo migliorare	Sufficiente o più che sufficiente
Abilità, tecniche e procedure cliniche		
A. Educazione di pazienti/genitori		
1. Accoglie i pazienti/genitori, stabilisce rapporti, risponde a qualunque domanda, e spiega dove ottenere ulteriori informazioni		
2. Spiega quali vaccini saranno somministrati e che tipo di iniezioni saranno effettuate		
3. Si adatta alle barriere di linguaggio o educazione e alle specifiche necessità degli utenti per aiutarli a sentirsi a proprio agio e informati riguardo la procedura.		
4. Verifica che gli utenti siano stati informati sui vaccini raccomandati e abbiano avuto tempo di leggere e fare domande.		
5. Effettua uno screening per eventuali controindicazioni.		
6. Valuta con i pazienti/genitori le misure di conforto prima della vaccinazione e l'assistenza post-intervento, invitando a porre eventuali domande.		
B. Protocolli medici		
1. Identifica la collocazione dei protocolli medici (es. protocollo di immunizzazione, protocollo di emergenza, materiale di riferimento).		
2. Identifica la collocazione dell'epinefrina, la sua tecnica di somministrazione e le condizioni cliniche in cui ne è indicato l'uso.		
3. Mantiene le proprie certificazioni BLS-D aggiornate.		
4. Comprende la necessità di riferire qualunque eventuale ferita da puntura d'ago e di mantenere un registro delle esposizioni percutanee a sangue.		
C. Maneggiare i vaccini		
1. Controlla la data di scadenza della fiala. Ricontrolla l'etichetta della fiala e il contenuto prima di aspirarlo nella siringa.		
2. Mantiene l'asepsi per tutta la procedura.		
3. Sceglie la corretta grandezza dell'ago.		
4. Agita la fiala di vaccino e/o lo ricostituisce e mescola utilizzando il diluente fornito. Capovolge la fiala e aspira la corretta dose di vaccino. Ricontrolla l'etichetta della fiala.		
5. Etichetta le siringhe riempite o utilizza un vassoio etichettato per identificarle.		
6. Mostra di conoscere come si maneggia adeguatamente un vaccino, es. protegge il vaccino MPR dalla luce, tiene traccia della temperatura del frigorifero.		

D. Somministrazione dei vaccini

1. Ricontrolla la prescrizione o le istruzioni del medico confrontandole con le siringhe preparate
2. Si lava le mani e, se è parte della prassi dell'ambulatorio, indossa guanti monouso.
3. Dimostra una conoscenza delle adeguate vie di somministrazione di ciascun vaccino.
4. Posiziona il paziente e/o tiene fermo il bambino con l'aiuto del genitore; individua i punti di riferimento anatomici specifici per la somministrazione IM o SC.
5. Controlla la cute nel sito di iniezione. La cute pulita NON necessita di essere ulteriormente detersa. La cute visibilmente sporca deve essere solamente lavata con acqua e sapone. Qualora si utilizzino alcol o altri agenti disinfettanti, la cute deve essere lasciata asciugare dal momento che i prodotti usati potrebbero inattivare i vaccini vivi.
6. Individua l'arto con la mano non dominante; mantiene l'ago a 2,5 centimetri dalla pelle e inserisce rapidamente mantenendo l'angolazione appropriata (45° per la via SC o 90° per la via IM).
7. Inietta il vaccino mantenendo una pressione costante; ritrae l'ago tenendolo alla stessa angolazione con cui è stato inserito.
8. Applica una leggera pressione sul sito dell'iniezione per alcuni secondi con del cotone asciutto.
9. Dispone in modo appropriato dell'ago e della siringa gettandoli nei contenitori specifici per aghi e strumenti taglienti. Dispone in modo appropriato delle fiale dei vaccini vivi gettandole negli appositi contenitori.
10. Incoraggia misure di conforto prima, durante e dopo la procedura.
11. Osserva il paziente per valutare eventuali reazioni avverse e somministra la terapia appropriata se insorge un qualsiasi effetto collaterale.

E. Procedure di registrazione

1. Documenta in modo completo ciascuna vaccinazione nel libretto personale del paziente
2. Riporta eventuali effetti collaterali alle autorità competenti.
3. Se applicabile, dimostra la capacità di utilizzare il registro o il computer per collegarsi al file personale del paziente, valuta cosa è necessario fare in quella data, e aggiorna l'anamnesi e la scheda vaccinale.
4. Chiede e aggiorna il libretto di vaccinazione ai pazienti e ricorda loro di portarlo ad ogni visita.

Alcuni suggerimenti per azioni che migliorino le capacità:

- a. Guardare video sulle tecniche di vaccinazione
- b. Consultare i protocolli dell'ambulatorio vaccinale
- c. Consultare manuali, libri di testo, poster informativi, flow chart o altre guide
- d. Consultare i foglietti illustrativi e le schede tecniche
- e. Consultare linee guida o video su come maneggiare i vaccini.
- f. Osservare il comportamento degli altri membri dello staff con i pazienti.
- g. Praticare le iniezioni.
- h. Ricevere tutoraggio da parte di qualcuno che possiede già le competenze.
- j. Effettuare simulazioni con altri membri dello staff, interazioni con genitori e pazienti, incluse misure di conforto adeguate all'età.
- k. Frequentare specifici corsi di formazione finalizzati al potenziamento di specifiche abilità, o altri corsi o percorsi di formazione.
- l. Frequentare corsi di formazione sulla soddisfazione dell'utente in ambito sanitario o sulla competenza interculturale.
- m. Rinnovare la certificazione BLS-D

Altro: _____



Photo: ECDC / Tibor Bujdos

Sezione 4

Prospettive delle popolazioni cosiddette "difficili da raggiungere"

- Introduzione
- Gruppi socialmente svantaggiati
- Antroposofisti
- Altri gruppi riformisti e radicali che rifiutano la vaccinazione

Introduzione

Ai fini di questa guida, si intende per popolazione cosiddette “difficili da raggiungere” (vedi riquadramento della discussione, di seguito) quei gruppi di persone che non sono vaccinati o sono vaccinati in modo incompleto a causa di isolamento o esclusione per motivi sociali e/o geografici, oppure a quei gruppi di persone che rifiutano la vaccinazione a causa di convinzioni religiose e filosofiche. Queste popolazioni possono includere persone appartenenti a gruppi diversi, come le comunità Rom, le comunità nomadi, antroposofisti, comunità ebraiche ultra ortodosse, chiese cristiane riformate.

Gruppi socialmente svantaggiati

Comunità Rom

I Rom costituiscono un gruppo numeroso. Si stima che attualmente vivano in Europa un totale di 6-8 milioni di Rom. Effettuare stime accurate è difficile a causa della loro mobilità e della paura di registrarsi come Rom poiché temono che possa essere discriminatorio. La popolazione Rom ha riportato il livello più alto di discriminazione tra tutti i gruppi censiti (fino al 64% della popolazione censita) nella quinta European Union Minorities and Discrimination Survey 2010 [15]. Esiste una grande eterogeneità all'interno degli stessi gruppi Rom e tra i diversi gruppi e sottogruppi Rom. In alcuni paesi e comunità i Rom sono ben integrati, ma in molti altri soffrono di un isolamento sociale e la loro salute e i rapporti con i sistemi sanitari sono influenzati in larga parte dalle loro condizioni di vita e da altri fattori sociali. Sono stati riportati diversi ostacoli (e opportunità) per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie nella popolazione Rom (vedi Box 4). La popolazione Rom include un gran numero di sottogruppi diversi, con cultura e tradizioni differenti, e tutti i gruppi hanno a loro volta le loro specifiche convinzioni e tradizioni [16]. I paesi che ospitano la maggior percentuale di Rom in EU includono Bulgaria, Romania, Repubblica Ceca, Slovacchia Ungheria, Spagna e Grecia.

Box 4**Ostacoli (e opportunità) per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie nelle popolazioni Rom**

I Rom che vivono in contesti socialmente svantaggiati si trovano a fronteggiare, come altri gruppi nelle stesse condizioni, barriere dovute a determinanti sociali che ostacolano il loro accesso ai sistemi sanitari, e ancor più ai servizi preventivi. Esistono diversi elementi che causano tali ostacoli (che rappresentano, però, anche opportunità per azioni correttive).

I fattori strutturali/ambientali includono la povertà, un alto livello di disoccupazione, una bassa educazione, un' inadeguata conoscenza ed applicazione della tutela dei diritti, un sistema di registrazione (es. nascite, assicurazioni sanitarie) debole o complesso, condizioni di vita scarse, inclusi sistemi idrici e sanitari, alloggi e strade inadeguati (che possono rappresentare una difficoltà per eventuali trasporti sanitari), uno scarso accesso a cibi sani e servizi sanitari di primo e secondo livello; una normativa relativa a vaccinazione obbligatoria inadeguata, debole o inconsistente, scarsa implementazione nella sorveglianza e nei sistemi di registrazione (es. assenza di dati sociali ed economici disaggregati).

I fattori di percezione o comportamentali includono: un atteggiamento negativo e una sfiducia (bidirezionale) da parte delle comunità Rom nei confronti delle istituzioni pubbliche; una percezione negativa e un atteggiamento negativo da parte dei Rom nei confronti del personale sanitario; uno scarso livello di conoscenza dei servizi e delle strutture sanitarie; uno scarso accesso alle informazioni sanitarie; una scarsa o diversa comprensione dei diversi rischi connessi alle malattie infettive; una difficoltà ad orientarsi nei sistemi sanitari e sociali; una scarsa capacità comunicativa da parte degli operatori sanitari e una mancanza di materiale informativo specificamente mirato all'interno delle strutture sanitarie e da parte degli operatori sanitari; stigma e discriminazione^[17].

Comunità nomadi

I nomadi sono popolazioni itineranti di origine irlandese che costituiscono una minoranza, residente principalmente in Irlanda e in Gran Bretagna. La popolazione totale varia ampiamente da 82.000 a 300.000 persone [16]. Alcuni studi effettuati in UK hanno mostrato che l'accesso di queste popolazioni ai servizi sanitari è reso loro difficile dall'assenza di un indirizzo di residenza fisso.

Suggerimenti dal loro punto di vista

Messaggi in sintesi

- Informatevi di più su di noi
- Ridefinite “difficili da raggiungere” come principalmente “poco raggiunti” per scarsa capacità del sistema di assistenza.
- Considerate la vaccinazione come una parte di una sfida di salute più ampia
- Includeteci nei programmi di sanità pubblica
- Coinvolgeteci in tutte le fasi di programmi mirati a migliorare la nostra inclusione nella società e nel sistema di sanità pubblica
- Adattate le autorità sanitarie e i sistemi sanitari in modo che siano più inclusivi
- I mediatori culturali in tema di salute e gli altri operatori sanitari sul territorio sono una risorsa di fondamentale importanza per noi - devono essere supportati
- Siate accessibili e rispettosi
- Fate attenzione agli incentivi che potrebbero essere visti come mezzi di corruzione per promuovere l’aderenza ai programmi

Informatevi di più su di noi ⁱ

Gli operatori sanitari che lavorano con noi dovrebbero avere una conoscenza di base della nostra cultura e del nostro punto di vista rispetto alla salute; dovrebbero essere informati sul nostro stato di salute; avere una conoscenza delle diversità interne alle nostre comunità; e dovrebbero essere consapevoli delle nostre forze e debolezze prima di implementare qualsiasi intervento (es. vedi Box 5 per informazioni su attitudini, convinzione e valori dei Rom).

Salute dei Rom - attitudini, convinzioni e valori in breve ⁱⁱ

La nostra percezione della salute

Molti di noi non considerano la salute come una priorità assoluta. Casa, denaro e occupazione sono tutte questioni che vengono prima della salute nella nostra lista di necessità prioritarie. Quando si tratta di salute, molti di noi intendono per salute l’assenza di malattie e intendono per malattie fenomeni disabilitanti legati alla morte. Pertanto, per noi la malattia diventa una preoccupazione

ⁱ Le voci dei messaggi espresse nel testo sono basate in alcuni casi su traduzioni delle risposte date dagli intervistati nel proprio linguaggio.

ⁱⁱ Alcuni termini come “Molti di noi non considerano la salute come una priorità assoluta” possono non riflettere il punto di vista dell’intera comunità.

solamente in presenza di sintomi molto drammatici con conseguenze disabilitanti. Quando un membro della nostra comunità percepisce la presenza di una malattia, è necessario muoversi immediatamente e in modo tempestivo. Se i sintomi spariscono grazie al trattamento, tutte le altre linee guida terapeutiche vengono generalmente ignorate perché dal nostro punto di vista la malattia è sparita. [18]

Identità culturale

E' onnipresente nella nostra comunità ed è fonte di grande orgoglio e autostima di gruppo. Il supporto per noi è strettamente legato ad un senso di identità culturale. Per questo motivo, nella nostra comunità, sono così pochi gli anziani e i disabili fisici o mentali istituzionalizzati; ed è anche il motivo per cui gli approcci basati sulla comunità o sulla famiglia con noi funzionano meglio.

Norme di protezione della salute

Alcune regole tradizionali, come il divieto di fare uso di tabacco o alcol nel caso delle donne, o la limitazione dell'attività sessuale prima del matrimonio (specialmente per le donne), hanno per noi una funzione di protezione della salute. Tradizionalmente, nonostante le difficili condizioni ambientali, noi Rom abbiamo adottato diverse pratiche di igiene, come l'uso diffuso di candeggina come disinfettante, una chiara distinzione tra oggetti o aree sporche e oggetti o aree pulite, ecc.

Organizzazione sociale

Per noi è basata sulla famiglia estesa, il nucleo attorno al quale si sviluppano i rapporti sociali e personali. Questo è il motivo per cui quando qualcuno di noi si ammala, l'intera famiglia, e non solo i familiari più stretti, lo/la accompagnano a cercare assistenza. Questo è anche il motivo per cui i rapporti che si stabiliscono spesso non sono tra individuo e sistema sanitario, ma piuttosto tra l'individuo malato, la famiglia estesa e il sistema sanitario. Per favore, consideratela come un'opportunità e non come un problema.

Come giudichiamo la qualità

Per molti di noi, la qualità di un trattamento si basa per lo più sulla lunghezza della visita, su quanto percepiamo di essere stati trattati con rispetto come persone, sull'empatia che percepiamo, sulla comunicazione non verbale, ecc. Le nostre paure ("frica") rispetto alla vaccinazione, ad esempio, spesso riguardano quello

che sappiamo della storia passata. Abbiamo sentito, ad esempio, che in Romania, alla fine degli anni '80, si è diffuso l'HIV a causa dell'uso di siringhe non sterilizzate, aghi riutilizzati. Per questo motivo vogliamo andare a vedere come vengono vaccinati i nostri figli. Vogliamo sincerarci, come qualsiasi altro genitore preoccupato, che vengano utilizzate siringhe e aghi monouso e siano aperte fiale nuove di vaccino specificamente per i nostri figli.

Sfiducia reciproca

Il pregiudizio reciproco tra noi e gli operatori sanitari spesso porta a rapporti basati su atteggiamenti difensivi e sfiducia. Questi pregiudizi, caricati da una forte componente emotiva, sono spesso basati su esperienze negative soggettive, che tendono ad alimentare il pregiudizio, mentre le esperienze positive, percepite come eccezioni alla regola, non riescono a controbilanciare la situazione. Questa è una sfida che andrebbe accolta per risolvere finalmente il problema. ⁱ

Ridefinite "difficili da raggiungere" come "poco raggiunti" principalmente per scarsa capacità del sistema di assistenza.

Molto spesso la gente ci etichetta come "difficili da raggiungere" in base ad una percezione soggettiva delle nostre caratteristiche individuali o collettive. Spesso queste opinioni nascono da stereotipi negativi e attitudini discriminatorie nei confronti delle nostre comunità. Fin troppo spesso, gli operatori sanitari non sono in grado di distinguere aspetti culturali specifici di un gruppo rispetto ad altri che sono più specifici della cultura socio-economica di marginalizzazione in cui le nostre famiglie si ritrovano. La responsabilità del fallimento della vaccinazione viene spesso addossata agli individui e alle comunità e i determinanti sociali di questi comportamenti vengono ignorati (vedi Box 5). Occuparsi degli ostacoli alla vaccinazione nelle nostre comunità richiede di fare attenzione non solo ai nostri comportamenti, ma anche alle questioni relative ai sistemi più ampi, inclusi educazione, trasporti, politiche di registrazione e fornitura dei servizi. Non siamo necessariamente difficili da raggiungere; siamo più spesso poco raggiunti o abbiamo pochi servizi! In Irlanda, ad esempio, noi popolazione Traveller (nomadi), che viviamo in campi, abbiamo difficoltà a causa della bassa alfabetizzazione (riceviamo gli inviti ma non sappiamo leggerli), mobilità (ci spostiamo frequentemente e non possiamo registrarci con i medici di base perché non possediamo un indirizzo di residenza) e spesso il servizio postale non ci recapita le lettere a causa dei pregiudizi e della paura che prova nei nostri confronti (Cotter, 2012, comunicazione personale).

ⁱ Alcune delle frasi utilizzate, come "sfiducia reciproca" e "pregiudizio reciproco" non tengono conto delle dinamiche di potere e dell'obbligo di legge degli operatori e del loro mandato di trattare le persone equamente (Maria Daly e Siobhan Curran, Pavee Point Traveller and Roma, Dublin, 2012, comunicazione personale).

Box 5**Determinanti dell'esposizione, della vulnerabilità, dell'accesso all'assistenza relativa alle malattie trasmissibili e delle sue conseguenze in popolazioni socialmente svantaggiate [17]**

Maggiore esposizione	<p>Alcuni gruppi socialmente svantaggiati hanno una maggiore probabilità di essere esposti a malattie trasmissibili perché hanno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ meno accesso a fonti d'acqua bonificate ■ condizioni di vita inadeguate e sovraffollate con abitazioni poco ventilate ■ scarsa immunità di gregge, all'interno delle proprie comunità, rispetto alle malattie prevenibili tramite vaccino ■ maggiore esposizione a familiari malati o altri contatti che vengono trattati in ritardo
Maggiore vulnerabilità	<p>Una volta esposti agli agenti infettivi, alcuni gruppi socialmente svantaggiati hanno una maggiore probabilità di infettarsi a causa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ malnutrizione concomitante (carenza di micronutrienti, sottopeso e, in alcuni contesti, sovrappeso) ■ malattia concomitante ■ non vaccinazione o vaccinazione incompleta ■ minore accesso alle altre misure preventive (a parte la vaccinazione)
Più difficile accesso ai servizi di qualità	<p>I gruppi socialmente svantaggiati, quando si ammalano, hanno generalmente un più difficile accesso ai servizi sanitari di qualità a causa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ discriminazione o assistenza culturalmente incompetente ■ una probabilità maggiore di evitare di cercare assistenza perché hanno sperimentato o hanno sentito di esperienze di discriminazione ■ domicilio lontano da una struttura assistenziale ■ mancanza di assicurazione sanitaria o altri requisiti necessari per l'accesso all'assistenza ■ costiⁱ ■ non essere in grado di acquistare i medicinali prescritti ■ problemi a seguire alcuni trattamenti, come ad esempio quelli per malattie particolarmente stigmatizzate o quelli per condizioni che sono molto costose da trattare ■ equivoci nel trattamento prescritto dovuti a un basso livello di scolarizzazione/alfabetizzazione sanitaria
Peggiori conseguenze dopo il contatto con i servizi sanitari	<p>Utilizzare i servizi sanitari può comportare conseguenze peggiori per i gruppi socialmente svantaggiati perché:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eventuali costi elevati per altri servizi non inclusi nel SSN possono portare a un ulteriore impoverimento e diminuzione della richiesta di assistenza sanitaria in futuro

ⁱ I fattori economici si riducono significativamente nei luoghi in cui i sistemi sanitari forniscono le vaccinazioni in modo equo a tutti i bambini (Maria Daly and Siobhan Curran, Pavee Point Traveller and Roma Centre, Dublin, 2012, comunicazione personale).

Considerate la vaccinazione come una parte di una sfida di salute più ampia

Pensiamo che dovrebbe essere adottato un approccio più comprensivo alla salute, piuttosto che azioni specifiche mirate a specifici problemi di salute. È importante tenere in considerazione che la vaccinazione è solo una delle azioni che possono contribuire a una salute migliore, ma non è più importante di altre azioni di prevenzione e promozione della salute. I programmi di vaccinazione dovrebbero essere posti in un più ampio contesto e, invece che progetti isolati, dovrebbero essere parte di iniziative più ampie mirate ad affrontare le disuguaglianze di salute, riconoscere i determinanti di salute ⁱ e supportare soluzioni durature per l'inclusione: es. sviluppo di risorse - formazione degli operatori sanitari; fornitura dei servizi - adattamento degli orari di apertura, dotazione di unità mobili; e finanziamenti - riduzione del carico dei pagamenti a carico degli utenti (oltre alle vaccinazioni, che di fatto in Italia sono già offerte gratuitamente a tutta la popolazione target). L'aspetto positivo è che le competenze e le abilità richieste per supportare un aumento delle vaccinazioni sono le stesse necessarie per affrontare molte delle sfide più ampie che la nostra popolazione deve fronteggiare.

Includeteci in programmi di sanità pubblica

Potrebbero essere necessarie campagne di vaccinazione aggiuntive in alcune occasioni, ma noi preferiremmo essere integrati in sistemi esistenti per avere occasione di sviluppare i rapporti, le conoscenze, la capacità di orientarsi (inclusa la alfabetizzazione sanitaria) e la fiducia necessari per sostenere e mantenere il cambiamento di atteggiamento positivo verso la sanità pubblica. Il più delle volte le informazioni di cui abbiamo bisogno sono le stesse che richiede il resto della popolazione. Dovrebbero essere sviluppati materiali informativi ed educativi universali per l'intera popolazione, poi adattati, quando necessario, per creare servizi culturalmente appropriati ed inclusivi e supporto mirato a specifici gruppi con le proprie caratteristiche. Il procedimento di adattamento dovrebbe includere il chiederci le nostre necessità e le nostre percezioni.

Coinvolgeteci in tutte le fasi di programmi mirati a migliorare la nostra inclusione e salute

Sappiamo che il nostro coinvolgimento in una qualsiasi iniziativa di sviluppo è un fattore cruciale. Migliorare le coperture vaccinali, pertanto, richiede il nostro coinvolgimento attivo e partecipazione in tutte le fasi di ricerca, definizione delle priorità, sviluppo delle politiche e implementazione. In particolare, le attività tra pari affiancate dal coinvolgimento di operatori sociali locali, insegnanti, assistenti e mediatori, si è dimostrato molto utile.

Assicuratevi che possiamo partecipare ad attività intersettoriali e team multidisciplinari che operano in aree come ricerca, formazione, mediazione interculturale ed educazione tra pari, adattamento di materiale formativo, informazione e campagne di sensibilizzazione.

ⁱ Appartenere ad una minoranza etnica ha un peso nel far emergere specifiche ineguaglianze di salute. Queste ineguaglianze non solo hanno le proprie radici in variabili socio economiche, ma sono anche il prodotto di barriere che impediscono l'accesso ai servizi sanitari e determinano un uso non efficace di tali servizi dovuto ad uno scarso adattamento o persino a discriminazione. Il processo di esclusione ed emarginazione limita l'accesso ai servizi sanitari e l'uso che se ne fa. [18]

Adattate le autorità sanitarie e i sistemi sanitari in modo che siano più inclusivi

Nonostante noi portiamo i nostri figli a vaccinarsi, troppo spesso non è possibile ricevere la vaccinazione a causa di requisiti di "sistema" che vanno al di là del nostro controllo e del controllo dei servizi che forniscono le vaccinazioni.ⁱ Ci potrebbe essere impedito di accedere agli studi dei medici di base e ai servizi di assistenza primaria, ad esempio, perché non possediamo una tessera sanitaria valida, oppure non riceviamo sussidi di assistenza sociale. Qualora ci venga data la possibilità di accedere, l'appuntamento dovrebbe poter essere flessibile per darci il tempo di informarci tramite comunicazioni che riconoscano e rafforzino le nostre limitate conoscenze mediche. Inoltre, i servizi dovrebbero essere rafforzati con visite mediche domiciliari, uso di unità mobili. Anche gli ambienti scolastici potrebbero essere utilizzati come luoghi per la promozione della salute, e un maggiore coinvolgimento delle ONG locali, inclusi i mediatori culturali in campo medico e altri attori nel processo di vaccinazione, potrebbero migliorare il sistema. Sappiamo che in alcuni paesi europei sono risultati più efficaci gli interventi mirati ad affrontare i problemi con approcci coordinati intergovernativi (intersettoriali) allo sviluppo e implementazione di politiche sanitarie: es. Government Council for Roma Minority Affairs, State Council for Roma Health, oppure centri locali che offrono assistenza medica e sociale integrata in grado fornire informazioni e sostenere azioni di monitoraggio. Tali approcci affrontano la discriminazioni e gli ambulatori che escludono Rom e comunità nomadi.

I mediatori culturali in tema di salute e gli altri operatori sanitari sul territorio sono una risorsa di fondamentale importanza per noi - devono essere supportati

In alcuni paesi, i mediatori culturali in tema di salute ad esempio, hanno contribuito ad aumentare i tassi di vaccinazione, ad ottenere documenti di identificazione e assicurativi e a fornire a noi e ai nostri figli un'educazione sanitaria. Ascoltano le nostre preoccupazioni e ci seguono, e noi non dobbiamo preoccuparci di restare da soli a gestire le questioni di salute. In molte occasioni hanno fatto da portavoce per conto nostro all'interno dei sistemi sanitari. Dovrebbero essere integrati nei sistemi correnti, ricevere formazione, riconoscimento e stipendi adeguati. Lasciare tutta la responsabilità degli interventi sulle loro spalle, però, potrebbe essere pericoloso, dal momento che temiamo che potrebbe portare gli altri a perdere interesse (in questo caso, altri operatori del sistema sanitario). Il nostro scopo finale è la normalizzazione e completa integrazione dei nostri gruppi nel sistema corrente.

In Irlanda, sono risultati efficaci i sistemi che favoriscono la capacità locale di comunicare in modo efficace e che forniscono materiali di supporto alla comunicazione. Pavee Point - una ONG dedicata ai nomadi (con supporto governativo) ha formato operatori sanitari sul territorio, che sono di solito donne della comunità. Forniscono moltissimi corsi di formazione da pari a pari e stimoli su argomenti relativi alla salute.ⁱⁱ

ⁱ Una recente normativa in Irlanda ha contribuito alle difficoltà di ottenere il raggiungimento di decisioni sui diritti al Social Welfare che hanno avuto un impatto sui servizi sanitari dedicati ai bambini e alle loro famiglie (Maria Daly and Siobhan Curran, Pavee Point Traveller and Roma Centre, Dublin, 2012, comunicazione personale).

ⁱⁱ I progetti di assistenza sanitaria di primo livello per i nomadi sono attivi in 30 aree in sparse in tutta la superficie dell'Irlanda e sono attive per sensibilizzare, disseminare informazioni e promuovere la vaccinazione (vedi <http://paveepoint.ie>).

Siate accessibili e rispettosi

Come notato in precedenza, per noi, il calore umano nel processo di assistenza, l'empatia percepita e la sensazione di essere ascoltati e capiti sono tra i criteri più importanti nella valutazione della qualità dei servizi sanitari. È, quindi, essenziale che voi prestiate particolare attenzione a questi aspetti, specialmente nella fase iniziale di definizione di un rapporto con i membri di una comunità socialmente isolata. Ricordate sempre che essere diversi non significa essere un problema o essere contrari alla vaccinazione. Siate pronti a investire tempo nel costruire i rapporti. Sfortunatamente abbiamo notato che troppo spesso i servizi sanitari e gli operatori hanno grosse difficoltà ad essere flessibili di fronte alle diversità. La mancanza di protocolli specifici è una di queste difficoltà. In assenza di specifici protocolli procedurali, molti operatori dichiarano di attenersi ai protocolli generali ("Sto solo facendo quello che mi è stato detto di fare"), mentre l'assistenza adattata ai membri dei gruppi minoritari continuerà ad essere percepita come qualcosa di volontario, limitata solamente agli operatori sanitari "sensibili". Sappiamo che formare il personale e gli operatori sanitari sulla cultura e i bisogni sanitari di Traveller (nomadi) e Rom può essere di aiuto nel rendere l'interazione tra noi più efficace e soddisfacente.

Fate attenzione agli incentivi che potrebbero essere visti come mezzi di corruzione per promuovere l'aderenza ai programmi

Fornire eventuali incentivi per la vaccinazione o disincentivi per la non vaccinazione può avere un ruolo nell'influenzare i comportamenti sanitari. Ma l'equilibrio è delicato e le cose finirebbero molto male se voi passaste per quelli che si "comprano" la fedeltà. Considerate che il denaro è solamente un tipo di incentivo o disincentivo, e valutate se ne esistono altri (es. non di tipo finanziario) che possono essere apprezzati dalla nostra comunità.

Antroposofisti

L'antroposofia è una filosofia spirituale basata sugli insegnamenti dell'austriaco Rudolf Steiner (1861-1925), che li ha descritti come "una via della conoscenza - un percorso cognitivo - che vorrebbe condurre lo spirituale che è nell'uomo allo spirituale che è nell'universo". Steiner considera la malattia e il processo di guarigione (come il morbillo nella prima infanzia) come una opportunità per lo sviluppo del corpo fisico e del corpo eterico. Nel 2011 esistevano 998 scuole steineriane in tutto il mondo (conosciute anche come scuole Waldorf), di cui circa 700 in Europa, che seguivano concetti antroposofici nel metodo di insegnamento. Attualmente è in

corso una discussione sulla vaccinazione contro il morbillo tra i medici steineriani in alcuni paesi, es. Germania [16]. Sebbene siano più diffuse in altri paesi europei, Anche in Italia ci sono alcune scuole steineriane

Suggerimenti dal loro' punto di vista

Messaggi in sintesi

- **Comprendeteci meglio**
- **Ascoltate le nostre preoccupazioni - dateci tempo**

Comprendeteci meglio

Ci preoccupa il fatto che la società moderna sia così veloce e i genitori abbiamo sempre meno tempo per i propri figli, e che malattie e patologie sono percepite solo come problemi da eliminare. Per noi antroposofisti, le malattie pediatriche sono da vedere positivamente perché le consideriamo una parte dello sviluppo fisico dei nostri figli. Le vediamo come "coadiuvanti", in particolare, nelle prime fasi di sviluppo dei nostri figli.

Ascoltate le nostre preoccupazioni - dateci tempo

Nel prendere una decisione sulle vaccinazioni, ci piace riflettere e considerare diverse opzioni. Tutti noi possiamo fare le nostre scelte sulle vaccinazioni. Ci piace fare riferimento ai nostri ambulatori antroposofisti perché ci dedicano più tempo. Sono più propensi ad adattare un programma nazionale per venire incontro alle nostre necessità e preoccupazioni. Sono attenti ad ogni singolo/a bambino/a e fanno ciò che è meglio per loro.

ⁱ Si ringrazia Nelly Fournet e Liesbeth Mollema per aver condiviso il loro lavoro in via di sviluppo in questo campo

Alcuni gruppi in specifiche comunità religiose

In Europa esistono diverse realtà eterogenee. Le comunità ebraiche ultra ortodosse (in particolare in Israele, UK, Francia e Belgio) possono includere piccoli sottogruppi che sfuggono ai servizi forniti dalle agenzie governative e dalle agenzie governative. I membri della Chiesa Cristiana Riformata in Olanda rifiutano la vaccinazione per motivi religiosi [19].

Altri gruppi riformisti e radicali che rifiutano la vaccinazione

Oltre ad alcuni dei gruppi religiosi e socialmente emarginati che rifiutano la vaccinazione descritti in precedenza, Hobson-West [20] identificano diversi gruppi riformisti e radicali (spesso ben rappresentati su internet) che si oppongono alla vaccinazione. I riformisti tendono ad essere guidati da genitori che hanno esperienze personali con bambini che credono essere stati gravemente danneggiati a seguito della vaccinazione. Talvolta questi gruppi affermano di non essere del tutto contrari alla vaccinazione di per sé, ma di volere che siano affrontati meglio gli eventuali effetti avversi. I gruppi radicali, invece, sono attivamente critici nei confronti delle vaccinazioni e gestiscono siti web e blog dedicati all'argomento. Identificano le vaccinazioni come scienza inaffidabile associata ad un comportamenti non etici, test su animali, "big pharma", ecc. I rappresentanti dei movimenti "deep/dark green", sono più interessati a promuovere medicine alternative e approcci più biologici e naturale alla prevenzione e al trattamento delle malattie. Questi gruppi in Italia rappresentano senz'altro il gruppo più numeroso di opposizione ferma alla vaccinazione, che sebbene eterogeneo, in Italia viene comunemente indicato come antivaccinisti o "anti-vax". Dopo la promulgazione del 31 Luglio 2017 del decreto legge sull'obbligo vaccinale, è nato in Italia un movimento chiamato "Free vax". Questo ha come obiettivo la lotta all'obbligatorietà dei vaccini per legge, sebbene, il loro dichiararsi in favore della "libertà di vaccinare" potrebbe, talvolta, essere un espediente per non essere accusati di antivaccinismo, avendo tale termine ormai una connotazione negativa nel linguaggio comune.



PARTE II

MATERIALE DI SUPPORTO PER LE CONVERSAZIONI CON GENITORI E CAREGIVER

Questa parte della guida fornisce informazioni di contesto che possono essere utili a voi operatori sanitari come supporto nel dialogare con famiglie, amministratori e media su temi che riguardano la vaccinazione.

La Sezione 5 riporta dati che possono essere utili per sostenere la causa della vaccinazione. La Sezione 6 riporta una serie di domande comuni assieme a possibili risposte che possono essere utilizzate come supporto nel dialogo con i pazienti, oppure trasformate in opuscoli informativi da fornire loro prima della visita.

Sono disponibili ulteriori risorse onlineⁱ, in aggiunta alle informazioni riportate in questa guida (vedi anche Allegato 4).

ⁱ <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/pages/index.aspx>



Sezione 5

Sostenere l'importanza della protezione

- I vaccini riducono le sofferenze e salvano vite: storia di un successo nel settore della Sanità Pubblica
- I vaccini sono sicuri ed efficaci: le malattie che prevengono possono causare disabilità permanenti o persino la morte
- I vaccini proteggono tutti
- Autorizzazioni di sicurezza dei vaccini in Vaccine Safety Licensing in Europa
- Quando i tassi di copertura diminuiscono, i tassi di malattia aumentano

I vaccini riducono le sofferenze e salvano vite: storia di un successo nel settore della Sanità Pubblica

“Poco meno della metà della riduzione (30%) del tasso di mortalità infantile a partire dal 1990 è attribuibile alla vaccinazione”

Dr Margaret Chan, Director-General, World Health Organization

I vaccini sono la nostra migliore difesa contro malattie infettive che possono avere complicanze gravi come polmonite, meningite, cancro e persino la morte. Grazie alle vaccinazioni abbiamo eradicato il vaiolo, e la poliomielite è quasi scomparsa.

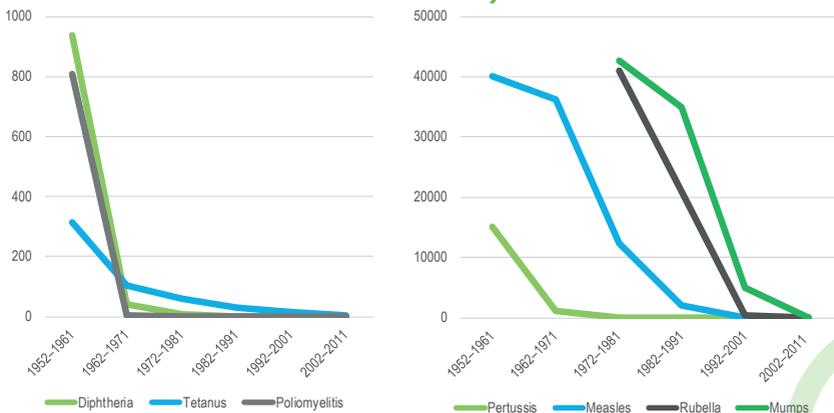
Il vaiolo è stata la prima malattia eradicata grazie alla vaccinazione: non ci sono casi di vaiolo nel mondo dal 1979 e pertanto i bambini non vengono più vaccinati contro il vaiolo.

La poliomielite paralitica è stata eliminata dalla maggior parte del mondo grazie alla vaccinazione. Nel 2016, la poliomielite era endemica solamente in tre paesi: Afghanistan, Nigeria e Pakistan. L'OMS ha stimato che dall'inizio della Global Polio Eradication Initiative nel 1988, oggi sono in grado di camminare 16 milioni di persone che altrimenti sarebbero paralizzate dal virus della poliomielite.

Le malattie contro le quali si vaccina oggi sono rare, ma se i bambini non fossero vaccinati, quelle malattie potrebbero riemergere prepotentemente.

Le statistiche dimostrano un drastico declino delle malattie prevenibili tramite vaccino a confronto con l'epoca pre vaccini.

Numero medio di casi per anno di alcune malattie prevenibili tramite vaccino (esempio - Ungheria 1952-2011)



I vaccini sono sicuri ed efficaci: le malattie che prevencono possono causare disabilità permanenti o persino la morte

Alcune persone sono preoccupate dal fatto che i vaccini si accompagnino ad un rischio non necessario. La tabella seguente riporta il confronto tra le conseguenze di contrarre ogni malattia e i possibili effetti collaterali dei rispettivi vaccini. In ognuno dei casi, i benefici della vaccinazione (nello specifico, evitare la malattia e le possibili complicanze) sono nettamente superiori ai rischi associati ai vaccini.

Malattia	Sintomi/effetti della malattia	Possibili effetti collaterali del vaccino
Difterite	Mal di gola grave, astenia, danno al sistema nervoso, insufficienza cardiaca. Morte nel 10% dei casi.	il 20% dei bambini presentano arrossamento locale, dolore; <5% presenta febbre; ulteriore arrossamento e gonfiore in sede di iniezione con la dose booster a 4-6 anni. Somministrato in Italia con l'esavalente.
Tetano	La tossina agisce sulle terminazioni nervose causando spasmi muscolari dolorosi e convulsioni. Le spore del batterio sono presenti in tutto il mondo nel terreno. Sarà sempre necessaria la protezione tramite vaccino.	Arrossamento e dolore locale sono comuni con la dose booster negli adulti. Somministrato in Italia con l'esavalente
Pertosse	Spasmi gravi di tosse che durano da 3 a 6 settimane, polmonite, convulsioni. Può causare danni cerebrali e morte in 1 bambino su 400.	Il rischio di danno neurologico a seguito del vaccino contro la pertosse è troppo basso, se esistente, per essere misurato. Somministrato in Italia con l'esavalente
Poliomielite	Paralisi muscolare in 1 su 200 persone infettate dal virus. Morte nei casi gravi.	Nessun rischio di malattia collegato al vaccino IPV. Somministrato in Italia con l'esavalente.
Hib	La meningite uccide nel 5% dei casi e porta a danno neurologico e sordità nel 10-15% dei sopravvissuti.	Somministrato in Italia con l'esavalente
Morbillo	Bronchite grave, febbre alta, rash per 7-14 giorni; morte in 1 caso su 1.000; encefalite in 1 caso su 1.000.	Somministrato in combinazione con i vaccini contro parotite e rosolia (MPR). Nel 5-10% dei casi si presenta febbre con o senza rash da 8 a 10 giorni dopo il vaccino. Nessun rischio di malattia collegato al vaccino. Rischio di encefalite in 1 caso ogni 1 milione di dosi. In 1 caso su 24.000 può verificarsi un calo delle piastrine (piastrinopenia).
Parotite	Febbre, gonfiore delle ghiandole salivari. Nessun segno di malattia in >50% dei casi. Encefalite nello 0.02-0.3% dei casi; sordità in 5 casi su 100.000. [21]	Vedi sopra per morbillo.
Rosolia	Febbre, rigonfiamento dei linfonodi (linfadenopatia). Nessun sintomo in circa il 50% dei casi. Grave danno al feto se la madre contrae l'infezione durante il primo trimestre di gravidanza.	Somministrato in combinazione con i vaccini contro parotite e morbillo (MPR). Nel 5-10% dei casi si presenta febbre con o senza rash da 8 a 10 giorni dopo il vaccino. Nessun rischio di malattia collegato al vaccino. Rischio di encefalite in 1 caso ogni 1 milione di dosi.

Varicella	Generalmente a decorso favorevole, può però dare quadri complicati con polmonite, encefalite, gravi infezioni cutanee nel 3% dei casi. Esistono anche casi a esito infausto (2 ogni 100.000 casi); rimanendo latente per anni dopo l'infezione causa fuoco di Sant'Antonio (Herpes zoster) in età adulta.	Reazioni locali lievi; rash in circa il 5% dei bambini.
Epatite B	Morte a causa di complicanze dovute all'infezione cronica (cirrosi, tumore al fegato) o da stati acuti di malattia. Circa il 90% dei bambini che contraggono l'infezione durante il primo anno di vita sviluppano un'infezione cronica, contro il 30% di quelli che contraggono l'infezione tra il primo e il quarto anno di vita; meno del 5% dei soggetti che contraggono l'infezione da adulti. Si stima che nel 2002 circa 600.000 persone siano morte a causa di infezione cronica da epatite B.	Arrossamento, gonfiore e dolore locale lieve. Somministrato in Italia nell'esavalente
Meningo-cocco	Morte nel 10% dei casi; danno neurologico, sordità, amputazioni, perdita di tessuto cutaneo nel 10% dei sopravvissuti.	Arrossamento, gonfiore e dolore locale lieve, nel 15% dei vaccinati.
Epatite A	Morte da grave danno epatico solo in una porzione molto bassa dei casi. La morte in bambini di età inferiore a 5 anni è estremamente rara, ma il rischio di morte sale all'1.5% nei soggetti infetti di età superiore a 60 anni[23].	Dolore e arrossamento lievi nel sito di iniezione. In Italia solo nelle popolazioni a rischio.
Papilloma virus umano (HPV)	Morte a causa di tumore alla cervice e altre forme tumorali. L'infezione da HPV non è sintomatica. In più del 90% dei casi l'infezione sparisce spontaneamente. Nei restanti casi persiste e nel 10-12% di questi casi progredisce verso una forma tumorale durante i successivi 20-30 anni [22].	Dolore e arrossamento lievi nel sito di iniezione.
Rotavirus	Nel mondo, più di 2 milioni di bambini vengono ricoverati ogni anno a causa di infezione da rotavirus. Può causare morte da disidratazione grave causata da diarrea profusa e acquosa, specie nei paesi in via di sviluppo. . In 1 caso su 75 la diarrea è potenzialmente fatale [22, 23, 24].	È stato riportato un lieve aumento del rischio di intussuscezione, effetto collaterale raro ma piuttosto grave. Non sono state riportate altre reazioni rilevanti.

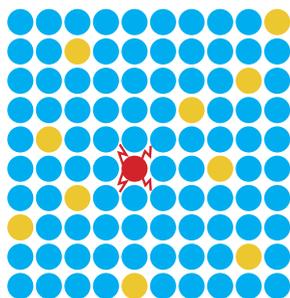
Fonte: Adattato da Canadian Pediatric Society (2010). *First Shots, Best Shot: Childhood vaccines at work in Canada* [presentazione PowerPoint basata su "Your Child's Best Shot: A parent's guide to vaccination (terza edizione, 2006)]. Disponibile a <http://resources.cpha.ca/immunize.ca/data/1770e.ppt>

I vaccini proteggono tutti

Informazioni su questo argomento sono disponibili nell'opuscolo "What is community immunity" che fa parte del ECDC Communication Toolkit ⁱ.

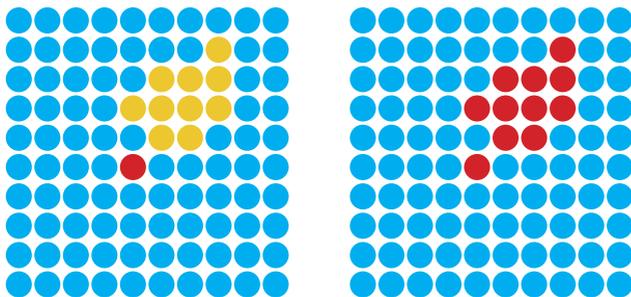
Immunità di comunità

La vaccinazione protegge te, la tua famiglia e aiuta anche a proteggere gli altri; contribuisce alla "immunità di comunità", che si ottiene quando un numero sufficiente di persone in una popolazione sono immuni ad una malattia infettiva (grazie alla vaccinazione e/o alla pregressa malattia naturale) che quindi non si diffonde da persona a persona. Persino coloro che non possono essere vaccinati perché sono troppo giovani, o sono allergici a componenti del vaccino, o hanno controindicazioni di vario genere alle vaccinazioni, risultano protetti perché la malattia non può diffondersi e contagiarli. L'immunità di comunità è conosciuta anche come "immunità di gregge".



Quando il numero di persone vaccinate in una comunità raggiunge una quota sufficiente (pallini blu), la loro presenza è in grado di proteggere le persone che non sono ancora vaccinate (pallini gialli) da coloro che hanno contratto la malattia (pallini rossi). (vedi grafico).

Quando si formano gruppi di persone non vaccinate in un raggio ristretto, l'immunità di comunità non funziona e la malattia si diffonde.



ⁱ ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/Pages/Communication-toolkit.aspx

Vaccine Safety Licensing in Europa

L'approvazione e successiva commercializzazione di un nuovo vaccino in Europa richiede che sia seguita una rigorosa procedura regolatoria che ne valuta la qualità, efficacia e sicurezza.

Tutti i vaccini devono ottenere un'"autorizzazione all'immissione in commercio". L'autorizzazione viene garantita solamente a seguito di una valutazione dei dati raccolti durante lo sviluppo del prodotto e gli studi clinici. Le Agenzie Regolatorie, prima dell'approvazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio, verificano anche l'aderenza alle buone pratiche nelle aree della produzione e della sperimentazione clinica o di laboratorio.

Esistono diverse procedure in Europa per registrare o autorizzare un nuovo vaccino: una procedura centralizzata intrapresa a livello europeo dall'Agenzia Europea per i Medicinali, Ema,ⁱ e applicata in tutti gli Stati Membri; una procedura basata sul "riconoscimento reciproco" tra alcuni Stati Membri, applicata solamente in quegli specifici paesi; procedure nazionali per prodotti che sono autorizzati solamente in uno specifico paese.

Una volta ottenuta l'autorizzazione all'immissione in commercio, deve essere valutata la qualità di ogni singolo lotto di vaccini prima che sia distribuito e utilizzato. Questa operazione viene effettuata sia dalla casa produttrice che da un laboratorio di controllo ufficiale europeo.

Inoltre, dopo l'immissione in commercio, tutti i vaccini vengono monitorati per verificare eventuali effetti collaterali. I sospetti effetti collaterali vengono segnalati da chi ha somministrato la vaccinazione o dalla popolazione generale alle Agenzie Regolatorie Nazionali in tutti i paesi e, in alcuni paesi, contestualmente anche agli istituti di Sanità Pubblica. Gli obblighi di segnalazione dei vari stakeholder sono definiti da leggi nazionali e dalla legislazione europea. In Italia la farmacovigilanza è condotta dall'AIFAⁱⁱ che pubblica i rapporti di farmacovigilanza nazionali. In Italia esiste anche "Canale Verde", il centro regionale di riferimento di consulenza pre-vaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione della Regione Veneto che pubblica annualmente una relazione sulla propria attività.ⁱⁱⁱ

Tutti i sospetti eventi avversi vengono raccolti e valutati regolarmente all'interno del database European Eudravigilanceⁱⁱⁱ gestito dall'Agenzia Europea per i Medicinali. In caso di segnalazione di eventuali allarmi di sicurezza (cosiddetti segnali), vengono intrapresi studi epidemiologici per confermare o smentire l'allarme.

I vaccini devono rispondere anche ad ulteriori requisiti di sicurezza dopo l'immissione in commercio, incluse misure di follow-up come studi di stabilità, ulteriori studi sperimentali di conferma o su popolazioni non ancora studiate. Secondo la legislazione europea, inoltre, le licenze devono essere rinnovate cinque anni dopo l'approvazione.

ⁱ www.ema.europa.eu

ⁱⁱ <http://www.agenziafarmaco.gov.it/>

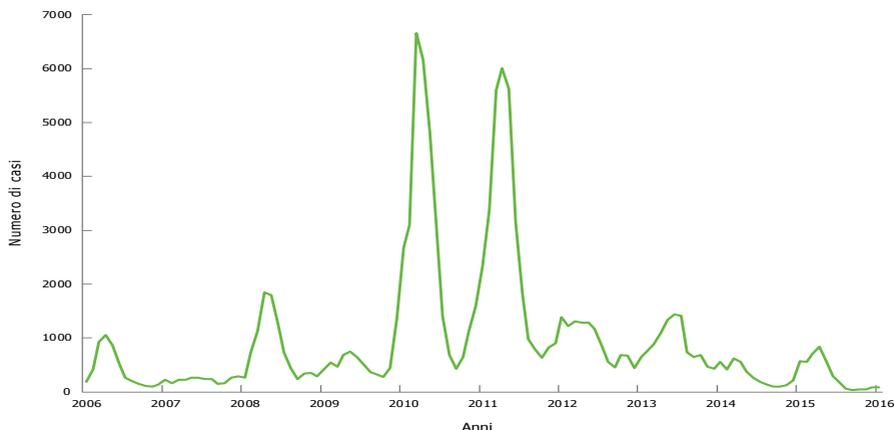
ⁱⁱⁱ <https://eudravigilance.ema.europa.eu>



Quando i tassi di copertura diminuiscono, i tassi di malattia aumentano

Alla fine degli anni '80, l'ex Unione Sovietica è andata incontro a un'interruzione della fornitura di vaccini, al collasso del proprio sistema sanitario pubblico e all'inizio di un'instabilità economica. Di conseguenza c'è stato un calo delle coperture vaccinali nei bambini, seguito da un'epidemia di difterite con più di 150.000 casi e 4.000 morti nei neo-indipendenti Stati Baltici. Grazie ad un programma di vaccinazione di massa si riuscì, alla fine, ad arginare l'epidemia. Negli anni '70, in Giappone, una campagna contro il vaccino anti pertosse portò a un drastico calo delle coperture vaccinali. Nei tre anni precedenti all'interruzione della vaccinazione, si erano verificati in tutto il paese 400 casi di pertosse e 10 morti. Nei tre anni successivi all'interruzione della vaccinazione si registrarono 13.000 casi e 113 morti. La vaccinazione riprese all'inizio degli anni '80. La copertura subottimale del vaccino MPR in molti paesi europei e l'aumento della proporzione di bambini non vaccinati ha causato un'epidemia di morbillo in Europa.

Numero di casi di morbillo per mese in Europa da gennaio 2006 a settembre 2016



Dati da 29 paesi per 2006-2011; da 30 paesi per 2012-2014

Nel 2017, a causa delle coperture vaccinali molto lontane dall'obiettivo del 95%, si è verificata in Italia un grave epidemia che in soli 10 mesi (da Gennaio a fine Settembre) ha visto più di 4500 casi in tutte le età, con 4 decessi e ben 300 casi tra operatori sanitariⁱ.

ⁱ <https://eudravigilance.ema.europa.eu>



Sezione 6

Domande e risposte

- Generali
- Prima della vaccinazione: mio/a figlio/a deve essere vaccinato oggi?
- Rimandare la vaccinazione
- Autismo
- Costituenti dei vaccini

Questa sezione contiene alcune domande frequenti e possibili risposte che possono essere utilizzate come supporto nel dialogo con utenti, genitori o *caregiver*, oppure trasformate in opuscoli informativi da fornire loro prima della visita. Sono state adattate a partire da opuscoli informativi sviluppati dal HSE National Immunisation Office, US (www.chop.edu) e dal Wellington-Dufferin-Guelph Public Health, Canada [26].

Generali

Dal momento che in Italia i bambini possono ricevere da 12 fino a 15 iniezioni (e raramente più di 2 a seduta) prima del compimento dei 2 anni, molti genitori si chiedono se sia sicuro somministrare ai bambini così tanti vaccini

D. *Come funzionano i vaccini?*

R. I vaccini contengono o una forma molto attenuata del virus o batterio che causa la malattia, oppure più frequentemente, una piccola parte di esso. Quando il corpo individua il contenuto del vaccino, il sistema immunitario produce gli anticorpi necessari a contrastare, qualora ne venisse a contatto nel futuro, il virus o batterio causa della eventuale infezione o malattia.

Quando, nel corso della vita, chi si è vaccinato entrerà in contatto con lo stesso virus o batterio, il sistema immunitario lo riconoscerà e proteggerà la persona producendo l'anticorpo giusto prima dell'insorgere della malattia.

D. *I bambini ricevono troppi vaccini troppo presto?*

R. No. I neonati di norma gestiscono contemporaneamente moltissime sollecitazioni al proprio sistema immunitario. Nel grembo materno non esistono batteri e virus, quindi i neonati si trovano immediatamente a fronteggiare una grande quantità di sollecitazioni del proprio sistema immunitario. Dal momento in cui nascono, migliaia di batteri differenti iniziano a vivere sulla superficie dell'intestino. Innescando una reazione immunitaria immediata a questi batteri, nei primi giorni di vita i neonati, aiutati dagli anticorpi trasferiti dalla madre, impediscono di invadere il flusso sanguigno e causare gravi malattie. I neonati, infatti, sono in grado di rispondere a milioni di diversi virus e batteri perché posseggono miliardi di cellule immunitarie in circolo nel proprio corpo. Quindi, i vaccini somministrati durante i primi due anni di vita sono una goccia nell'oceano di ciò che il sistema immunitario di un neonato affronta e gestisce con successo ogni giorno [27].

Prima della vaccinazione: Mio/a figlio/a deve essere vaccinato oggi?

D. *Cosa succede se i miei figli sono malati?*

R. Esistono pochissimi motivi medici per rimandare la vaccinazione. I neonati e i bambini che hanno tosse lieve o sono in trattamento con antibiotici, possono essere vaccinati efficacemente e in sicurezza. Nel caso i vostri figli abbiano, invece, febbre alta, la vaccinazione dovrebbe essere rimandata fino a guarigione. Se siete preoccupati che i vostri figli possano non essere idonei alla vaccinazione, parlatene con i medici o con gli operatori del centro vaccinale prima di rimandare la vaccinazione.

D. *Cosa succede se i miei figli sono prematuri, hanno un basso peso alla nascita o soffrono di ittero?*

R. In generale, i bambini pre-termine dovrebbero essere vaccinati normalmente secondo la loro età dopo la nascita. È importante proteggere i bambini pre-termine perché sono più vulnerabili ad alcune malattie. Se i vostri figli avevano un peso molto basso alla nascita, dovrete discutere le loro necessità in termini di vaccinazione con il vostro centro vaccinale e il vostro pediatra. I bambini che hanno sofferto di itterizia dopo la nascita e quelli che sono ancora allattati al seno dovrebbero essere vaccinati normalmente. Solo per i bambini fortemente immaturi (nati prima della 28ma settimana) è necessario porre maggiori attenzioni dopo la vaccinazione.

D. *Cosa succede se i miei figli soffrono di una malattia grave?*

R. È molto importante che i bambini che soffrono di malattie gravi siano vaccinati, perché sono spesso più a rischio di complicanze dovute alla malattia. I bambini con malattie neurologiche stabili come una paralisi cerebrale o la sindrome di Down dovrebbero essere vaccinati normalmente. È necessario, però, essere cauti nel caso la malattia del bambino o il suo trattamento causi un abbassamento delle difese immunitarie. In caso di bambini affetti da neoplasie o malattie che causano immunodeficienza, o in trattamento con farmaci che possono ridurre la loro capacità di fronteggiare malattie infettive, la vaccinazione è da considerare con estrema cautela. Discutetene con il vostro medico.

I bambini che hanno ricevuto una trasfusione di sangue o in trattamento con derivati del sangue dovrebbero rimandare la vaccinazione MPR.

D. *Cosa succede se i miei figli soffrono di asma, eczema o febbre da fieno?*

R. I bambini che soffrono di asma, eczema, febbre da fieno e allergie (anche alle uova) possono essere vaccinati, fanno eccezione i rari casi in cui un bambino ha manifestato dopo una dose di vaccino una grave reazione allergica. Prima di ogni vaccinazione, per sicurezza, gli operatori sanitari raccolgono informazioni atte a identificare situazioni che controindicano alla vaccinazione.

I bambini in trattamento con steroidi per via inalatoria o in forma di crema a basso dosaggio, dovrebbero essere vaccinati normalmente. Se avete dubbi, parlatene con i medici o gli operatori che somministrano la vaccinazione.

D. *I miei figli possono ricevere la vaccinazione MPR o anti-influenzale se sono allergici alle uova?*

R. Il vaccino MPR e quello anti-influenzale possono essere somministrati ai bambini che soffrono di allergia alle uova. Solo i bambini che possono presentare uno shock anafilattico (una forma clinica di allergia gravissima) da contatto con le uova dovrebbero effettuare la vaccinazione in ambiente protetto. Non è necessario sospendere la vaccinazione né prendere alcuna precauzione specifica se i vostri figli non amano le uova o presentano diarrea o mal di stomaco dopo aver mangiato le uova. Se avete dubbi, parlatene con i medici o gli infermieri che somministrano la vaccinazione.

D. *Cosa succede se i miei figli soffrono di epilessia o hanno sofferto di crisi convulsive?*

R. Questi bambini dovrebbero essere comunque vaccinati se la condizione è stabile. La febbre alta o un aumento della temperatura possono far insorgere convulsioni in alcuni bambini. Nel caso in cui, a seguito della vaccinazione, abbiano febbre alta (sopra i 39°), trattateli con paracetamolo o ibuprofene. I bambini con una storia familiare di convulsioni o epilessia dovrebbero essere vaccinati normalmente.

D. *Cosa succede se i miei figli hanno subito di recente un intervento chirurgico o lo devono subire a breve?*

R. Non è necessario rimandare la vaccinazione a causa di un intervento chirurgico, né è necessario rimandare un intervento chirurgico a causa della vaccinazione.

D. *Cosa succede se i miei figli hanno già avuto una delle malattie verso cui è diretto un vaccino combinato ?*

R. Dovreste comunque vaccinare i vostri figli contro queste malattie, anche se le hanno già avute. È importante essere protetti contro tutte le malattie coperte dai vaccini, anche se i bambini ne hanno già avuta una prima di vaccinarsi, ed è ancora più importante nei bambini al di sotto dei due anni, dal momento che in caso di infezione da *Haemophilus influenzae*, meningococco o pneumococco, non ottengono una sufficiente immunità naturale.

D. *I miei figli possono essere vaccinati quando sono in stretto contatto con una donna in gravidanza?*

R. Sì. Non ci sono problemi a somministrare la vaccinazione di routine a bambini che sono in stretto contatto con donne in gravidanza. Anzi, vaccinare il bambino proteggerà la donna dall'essere esposta a malattie come la rosolia. Nel caso della Varicella, in rari casi, i bambini possono manifestare un' modesta eruzione cutanea fino a 4 settimane dopo la vaccinazione e in quel caso viene suggerito di coprire le lesioni ed evitare i contatti della persona vaccinata con la gravida.

D. *Alcuni bambini hanno bisogno anche di altre vaccinazioni?*

R. Sì. I bambini cui viene asportata la milza, quelli che soffrono di fibrosi cistica o di una qualche immunodeficienza, malattie cardiache, polmonari, respiratorie o renali croniche, anemia falciforme o malattie come il diabete, sono più vulnerabili ad alcune malattie infettive. Se i vostri figli soffrono di una malattia a lungo termine, chiedete al vostro medico se hanno bisogno di essere vaccinati contro altre malattie.

Se dovete viaggiare in un altro paese, ricordate di controllare se i vostri figli hanno bisogno di specifiche vaccinazioni.

Rimandare la vaccinazione

D. *Va bene rimandare le vaccinazioni? A quando ?*

R. Non esiste alcuna prova ad oggi che supporti il rimandare la vaccinazione. Uno studio del 2010 [28] ha dimostrato che i bambini tra i 7 e i 10 anni vaccinati in ritardo non hanno ottenuto punteggi migliori alle valutazioni comportamentali e cognitive rispetto ai bambini vaccinati nei tempi

previsti. Rimandare le vaccinazioni aumenta il periodo di tempo durante il quale i bambini sono a rischio di contrarre le malattie prevenibili grazie ai vaccini. Molte di queste malattie, come varicella, pertosse e le infezioni da pneumococco (che possono causare sepsi, polmonite e meningite) sono molto comuni e possono avere sintomi gravi in un bambini molto piccoli. Sebbene la schedula vaccinale possa sembrare pesante, è basata sulle migliori evidenze scientifiche.

Suddividere, distanziare o sospendere le vaccinazioni può rappresentare un pericolo perché i bambini saranno suscettibili alle malattie per un periodo di tempo più lungo. Il momento ideale in cui vaccinare i bambini viene stabilito facendo un bilancio tra il periodo in cui sono più a rischio di contrarre la malattie e quello in cui il vaccino determinerà la migliore risposta immunitaria.

Infine, cambiare la schedula vaccinale richiede ulteriori visite mediche. Uno studio ha misurato il livelli di cortisolo, un ormone associato con lo stress, e ha determinato che i bambini non subiscono un maggiore stress quando ricevono due iniezioni invece di una sola. Pertanto, un aumento del numero di visite per singole iniezioni significherebbe sottoporre i bambini ad una situazione di maggiore stress. Inoltre, determinerebbe un aumento della probabilità di un errore di somministrazione, un maggiore dispendio di tempo e di spostamenti per gli appuntamenti e un potenziale aumento dei costi.

Autismo

Alcuni genitori di bambini con autismo sono preoccupati che i vaccini ne siano stati la causa. Le loro preoccupazioni si focalizzano sull'associazione vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) e thimerosal, un conservante che contiene mercurio, aggiunto tempo fa ad alcuni vaccini e ora non più usato.

D. *Il vaccino MPR causa autismo?*

R. No. Nel 1998 un ricercatore inglese di nome Andrew Wakefield sollevò la questione che il vaccino MPR potesse causare autismo. Nella rivista medica *The Lancet* riportò le storie di otto bambini che avevano sviluppato una forma di autismo e problemi intestinali poco dopo aver ricevuto il vaccino MPR. Per determinare se il sospetto di Wakefield fosse corretto, i ricercatori eseguirono una serie di studi confrontando centinaia di migliaia di bambini che avevano ricevuto il vaccino MPR con centinaia di migliaia che non avevano mai ricevuto il vaccino. Scoprirono che il rischio di autismo era lo stesso in entrambi i gruppi. Il vaccino MPR non era in alcun modo associato all'autismo. Inoltre, i bambini con autismo non avevano una

maggiore probabilità di avere problemi intestinali rispetto agli altri [29,30]. Inoltre fu dimostrato in seguito che Wakefield avesse alterato a fini di lucro i risultati dei suoi studi e fu radiato dall'ordine dei medici per frode scientifica.

D. *Il thimerosal causa autismo?*

R. No. Diversi studi hanno dimostrato che il thimerosal nei vaccini non è associato all'insorgenza di autismo. Il thimerosal è un conservante che contiene mercurio che era utilizzato in alcuni vaccini per impedirne la contaminazione. Alla fine degli anni 90, negli Stati Uniti, l'American Academy of Pediatrics e l'Ufficio per la Salute Pubblica chiesero per precauzione la rimozione del thimerosal dai vaccini. Sfortunatamente, la rimozione precipitosa del thimerosal da tutti i vaccini, ad eccezione di alcune preparazioni del vaccino antinfluenzale, spaventarono i genitori. Anche i clinici rimasero confusi da tali raccomandazioni. Dopo la rimozione del thimerosal furono condotti diversi studi per determinare se il thimerosal fosse una possibile causa di autismo. Centinaia di migliaia di bambini che avevano ricevuto vaccini che contenevano thimerosal furono confrontati con centinaia di migliaia di bambini che avevano ricevuto gli stessi vaccini ma senza thimerosal. I risultati furono chiari: il rischio di autismo era lo stesso in entrambi i gruppi [31-34].

Costituenti dei vaccini

Alcuni genitori sono preoccupati degli ingredienti contenuti nei vaccini, nello specifico alluminio, mercurio, gelatina e antibiotici. Possono, tuttavia essere rassicurati perché le quantità di queste componenti nei vaccini sono minime e necessarie.

D. *Perché alcuni vaccini contengono mercurio?*

R. **Il mercurio è contenuto in alcune preparazioni multi dose dei vaccini antinfluenzali come conservante.** I conservanti impediscono la contaminazione batterica. All'inizio del ventesimo secolo, la maggior parte dei vaccini era confezionata in fiale che contenevano più di una dose. Medici e infermieri aspiravano una singola dose e riponevano il vaccino nel frigorifero. Sfortunatamente, alcune volte poteva accadere che alcuni batteri contaminassero la fiala e causassero ascessi al sito di iniezione o sepsi in alcuni casi anche fatali. I conservanti, aggiunti originariamente negli anni '30, risolsero il problema. Il conservante più comunemente utilizzato era il thimerosal, un composto contenente mercurio. Con l'aumentare dei vaccini somministrati, i bambini finirono per ricevere quantità maggiori di thimerosal. Alla fine degli anni 90,

l'American Academy of Paediatrics e il Public Health Service chiesero la rimozione del thimerosal dai vaccini per rendere i "vaccini più sicuri". Non esisteva alcuna prova a supporto di una possibile pericolosità del thimerosal, ma volevano essere cauti. Sfortunatamente, la loro cautela spaventò i genitori che si chiesero se il mercurio nei vaccini stesse causando lievi segni di avvelenamento da mercurio o autismo. Per verificare tali preoccupazioni, i ricercatori eseguirono diversi studi e tutti dimostrarono che il thimerosal alle concentrazioni contenute nei vaccini non era pericoloso.

Inoltre, dal momento che il mercurio è un elemento che naturalmente si trova nella crosta terrestre, nell'aria, nel terreno e nell'acqua, vi siamo esposti tutti. Di fatto, i neonati che sono esclusivamente allattati al seno ingeriscono più del doppio della quantità di mercurio che era contenuta nei vaccini.

D. *Perché alcuni vaccini contengono antibiotici?*

R. **Diversi vaccini contengono tracce di antibiotici e stabilizzanti.** Gli antibiotici vengono utilizzati durante la produzione dei vaccini per evitare la contaminazione involontaria da parte di batteri o funghi. In alcuni vaccini possono essere presenti tracce di antibiotici. Gli antibiotici contenuti nei vaccini (neomicina, streptomina o polimixina B), comunque, non sono quelli comunemente somministrati ai bambini. Pertanto, i bambini che soffrono di allergie ad antibiotici come penicillina, amoxicillina, sulfamidici, o cefalosporine possono essere comunque vaccinati.

D. *Perché alcuni antibiotici contengono alluminio?*

R. **L'alluminio è utilizzato nei vaccini come adiuvante.** Gli adiuvanti aumentano la risposta immunitaria offrendo la possibilità di utilizzare una quantità minore di principio attivo e, in alcuni casi, un dosaggio inferiore. I primi adiuvanti aggiunti ai vaccini, nello specifico sali di alluminio, sono stati utilizzati per la prima volta durante gli anni 30 negli Stati Uniti. Alcune persone sono preoccupate che l'alluminio nei vaccini sia pericoloso. I fatti sono rassicuranti.

Innanzitutto l'alluminio è presente nel nostro ambiente; l'aria che respiriamo, l'acqua che beviamo e il cibo che mangiamo, tutti contengono alluminio. In secondo luogo, la quantità di alluminio presente nei vaccini è molto bassa. Ad esempio, durante i primi sei mesi di vita, i neonati ricevono circa 4 milligrammi di alluminio se sottoposti a tutte le vaccinazioni raccomandate. Nello stesso periodo, ingeriranno

circa 10 milligrammi di alluminio se verranno allattati al seno, 40 milligrammi se verranno allattati con il latte artificiale, e fino a 120 milligrammi se allattati con latte di soia [35].

D. *Perché alcuni vaccini contengono gelatina?*

R. **La gelatina è utilizzata nei vaccini come stabilizzante.** Gli stabilizzanti vengono aggiunti ai vaccini per proteggere i principi attivi da una potenziale degradazione durante il processo di produzione, trasporto e conservazione. La gelatina, ricavata da pelle o zoccoli suini, suscita preoccupazione perché alcune persone (circa 1 su 2 milioni) possono soffrire di reazioni allergiche a questi prodotti.

Inoltre, dal momento che alcuni gruppi religiosi, tra cui ebrei, musulmani e avventisti del settimo giorno, seguono restrizioni alimentari che proibiscono i prodotti suini, alcuni genitori sono preoccupati all'idea di utilizzare vaccini che contengono gelatina. Tutti i gruppi religiosi, comunque, hanno approvato l'uso da parte dei propri seguaci, dei vaccini contenenti gelatina per diverse ragioni: primo, i vaccini sono iniettati, non ingeriti (tranne alcuni vaccini come quello contro il rotavirus, che non contiene gelatina). Inoltre, la gelatina nei vaccini è stata altamente purificata e idrolizzata (scomposta dall'acqua), quindi la quantità è di molto inferiore rispetto a quella trovata in natura. Infine, i leader di questi gruppi religiosi ritengono che i benefici di ricevere le vaccinazioni siano molto superiori rispetto alle restrizioni alimentari religiose [36].

D. *Perché alcuni vaccini contengono formaldeide?*

R. **La formaldeide viene utilizzata durante la produzione di alcuni vaccini per inattivare i virus** (come i virus della Polio e dell'epatite A) o le tossine batteriche (come le tossine della difterite e del tetano). Sebbene la formaldeide venga diluita durante il processo di produzione, ne possono restare piccole quantità. Dal momento che la formaldeide è associata con la conservazione di cadaveri, la sua presenza nei vaccini può apparire inappropriata; è invece importante comprendere che la formaldeide è anche un sottoprodotto della sintesi proteica e del DNA, quindi si trova normalmente nel sangue. La quantità di formaldeide presente nel sangue è dieci volte maggiore di quella contenuta in qualsiasi vaccino [37].

D. *Alcuni vaccini sono prodotti utilizzando cellule fetali?*

R. **Le cellule fetali sono utilizzate per produrre quattro vaccini: rosolia, varicella, epatite A e rabbia.** Le cellule fetali utilizzate per far crescere i virus per i vaccini sono state isolate da 2 aborti elettivi eseguiti in Svezia e in Inghilterra all'inizio degli anni '60.

Alcuni genitori si chiedono perché i ricercatori scelgano di utilizzare cellule fetali. Esistono diversi motivi per questa scelta. Primo, i virus, a differenza dei batteri, hanno bisogno di cellule per crescere. Secondo, le cellule umane sono spesso migliori di quelle animali per supportare la crescita di virus umani. Terzo, le cellule fetali sono diverse da altri tipi di cellule perché sono virtualmente immortali, nel senso che possono riprodursi tantissime volte prima di morire. Le altre cellule sono in grado di riprodursi solo un numero limitato di volte prima di morire [38].

D. *I costituenti dei vaccini possono causare reazioni allergiche?*

R. **Oltre alla gelatina, altri costituenti contenuti nei vaccini come le proteine dell'uovo e gli antibiotici possono causare una reazione allergica.** Dal momento che i vaccini contro influenza e febbre gialla sono fatti crescere nelle uova, il prodotto finale contiene quantità di proteine dell'uovo. Tuttavia l'unico vaccino che è controindicato in caso di allergia all'uovo è quello delle febbre gialla che ne contiene in quantità maggiori. Il vaccino contro la febbre gialla non fa parte del calendario vaccinale, ma è usato solo per i viaggi in alcuni paesi extra europei. In ogni caso, è buona norma riferire al medico vaccinatore eventuali pregresse allergie per la sua valutazione.

Alcuni antibiotici come neomicina, streptomina, polimixina B, clorotetraciclina e amfotericina B, vengono utilizzati per prevenire la contaminazione batterica nella fase di produzione di alcuni vaccini. I soggetti allergici ad uno qualsiasi degli antibiotici utilizzati nel processo di produzione dei vaccini dovrebbero consultare i medici o gli operatori responsabili della somministrazione dei vaccini prima di essere sottoposti a vaccinazione.

Riferimenti

1. Stefanoff P, Mamelund S, Robinson M, Netterlidd E, Tuellse J, Riise Bergsaker M, et al. Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: The Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC). The VACSATC working group on standardization of attitudinal studies in Europe. *Vaccine*. 2010, 28:5731–5737.
2. Heining U. An internet-based survey on parental attitudes towards immunization. *Vaccine*. 2006, 24:6351–6355.
3. Schmitt H, Booy R, Aston R, Van Damme P, Schumacher R, Campins M, Rodrigo C, et al. How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. *BMC Med*. 2007;5:11.
4. European Centre for Disease Prevention and Control Measles and rubella monitoring reports [Internet]. Stockholm: ECDC; c2005-2016. [cited 12 June 2012]. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/measles/Pages/index.aspx>.
5. Plotkin S, Orenstein W, Offit P. *Vaccines*. 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2013
6. ECOM Project. Under-vaccinated Groups in Europe: Who are they and how to communicate with them in outbreak situations? Rotterdam: c2012. Available from: <http://ecomeu.info/wp-content/uploads/2015/11/ECOM-Under-vaccinated-groups-in-Europe-WP6.pdf>
7. Lopalco PL, Martin R. Measles still spreads in Europe: who is responsible for the failure to vaccinate. *Eurosurveill*. 2010;15(17):pii=19557. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19557>.
8. Paulussen T, Hoekstra F, Lanting C, Buijs G, Hirasig R. Determinants of Dutch parents' decisions to vaccinate their child. *Vaccine*. 2006, 24(5):644–651.
9. Robert Wood Johnson Foundation A New Way to Talk About: The Social Determinants Of Health. Available from: <http://www.rwjf.org/en/library/research/2010/01/a-new-way-to-talk-about-the-social-determinants-of-health.html>.
10. Niederdeppe J, Bu Q, Borah P, Kindig D, Robert S. Message design strategies to raise public awareness of social determinants of health and population health disparities. *Milbank Q* 86:481-513.
11. Daghofer D. *Communicating the Social Determinants of Health*. 2011. Well Spring Strategies, Inc. Canada.
12. Chapman S. Advocacy for public health: a primer. *J Epidemio Community Health*. 2004, 58:361-365.
13. Apfel F, Jacobson K, Parker R, Taylor J, Boyle T, Grove J, et al. *Health Literacy, Part 2. Evidence and Case Studies*. World Health Communication Associates; 2010 Available from: www.whcaonline.org

14. Mollema L, Staal J, van Steenberg J, Paulussen J, de Melker H. An exploratory qualitative assessment of factors influencing childhood vaccine providers' intention to recommend immunization in the Netherlands. *BMC Public Health*. 12:128 doi:10.1186/1471-2458-12-128
15. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). The situation of Roma in 11 EU Member States - Survey results at a glance. [Internet] Vienna: FRA; 2012. Available from: http://fra.europa.eu/fraWebsite/research/publications/publications_per_year/2012/pub_roma-survey-at-a-glance_en.htm (cited 15 July 2012).
16. Muscat M. Who gets measles in Europe? *J Infect Dis*. 2011 Jul; 204 Suppl 1:S353-65. Review. Erratum in: *J Infect Dis*. 2011 Oct 15;204(8):1293-4.
17. European Centre for Disease Prevention and Control. Meeting report: Communicable disease prevention among the Roma. Stockholm: ECDC; 2012. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Communicable-disease-prevention-among-Roma-meeting-report.pdf>
18. MSC-FSG (Spanish Ministry of Health and Social Policy and Fundación Secretariado Gitano). Health and the Roma Community. Madrid, Spain. Available from: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Health_and_the_Roma_Community.pdf
19. van den Hof S, Conyn-van Spaendonck MA, van Steenberg JE. Measles epidemic in the Netherlands, 1999-2000. *J Infect Dis*. 2002 Nov 15;186(10):1483-6. Epub 2002 Oct 29.
20. Hobson-West P. Needle Politics: Risk, Trust and Anti-vaccinationism. Nottingham: Institute for the Study of Genetics, Biorisks and Society University of Nottingham; 2003.
21. World Health Organization. Mumps virus vaccines: WHO position paper. *Weekly epidemiological record*. No. 7, 2007, 82, 51-60.
22. Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines. 5th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008.
23. WHO, UNICEF, World Bank. State of the world's vaccines and immunization. 3rd ed. Geneva : World Health Organization ; 2009. Available from: http://www.unicef.org/immunization/files/SOWVI_full_report_english_LR1.pdf
24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Rotavirus surveillance – worldwide, 2001–2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2008, 57:1255–8.
25. Health Service Executive National Immunisation Office, Ireland. Your child's immunisation. A guide for parents. Dublin: HSE; 2015. Available from www.immunisation.ie
26. Wellington-Dufferin-Guelph Public Health. Educate. Protect. Vaccinate. A Resource to Address Parents' Concerns About Childhood Vaccines Communication Techniques. Canada; 2007.
27. Offit P, Quarles J, Gerber M, Hackett C, Marcuse E, Kollman T, et al. Addressing Parents' Concerns: Do Vaccines Weaken or Overwhelm the Infant's Immune System? *Pediatrics*. 2002 Jan;109(1):124-9.

28. Smith MJ, Woods CR. On-time vaccine receipt in the first year does not adversely affect neuropsychological outcomes. *Pediatrics*. 2010 Jun;125(6):1134-41. doi: 10.1542/peds.2009-2489. Epub 2010 May 24.
29. Deer B. Secrets of the MMR scare. How the case against the MMR vaccine was fixed. *BMJ* 2011;342:c5347.
30. Institute of Medicine (IOM). Adverse Effects of Vaccines. Evidence and Causality. Consensus Report. Washington DC: National Academy of Sciences; 2011. Available from: <http://www.iom.edu/Reports/2011/Adverse-Effects-of-Vaccines-Evidence-and-Causality.aspx>
31. Gerber JS, Offit PA. Vaccines and autism: A tale of shifting hypotheses. *Clinical Infectious Diseases*. 2009;48:456-461.
32. Andrews N, Miller E, Grant A, Stowe J, Osborne V, Taylor B. Thimerosal exposure in infants and developmental disorders: a retrospective cohort study in the United Kingdom does not support a causal association. *Paediatrics*. 2004;114:584-591.
33. Heron J, Golding J. Thimerosal exposure in infants and developmental disorders: a prospective cohort study in the United Kingdom does not support a causal association. *Pediatrics*. 2004;114:577-583.
34. Madsen KM, Lauritsen MB, Pedersen CB, et al. Thimerosal and the occurrence of autism: negative ecological evidence from Danish population-based data. *Pediatrics*. 2003;112:604-606.
35. Baylor NW, Egan W, Richman P. Aluminium salts in vaccines – U.S. perspective. *Vaccine*. 2002, 20:S18-S23.
36. Atkinson WL, Kroger AL, and Pickering LK.. General Immunization Practices. In: Plotkin SA, Orenstein WA, and Offit PA, eds. *Vaccines*. Fifth Edition. Saunders Elsevier; 2008.
37. Children’s Hospital of Philadelphia (CHOP). Vaccines Hot Topics: Formaldehyde. [Internet]. CHOP: Philadelphia; c2011. <http://www.chop.edu/centers-programs/vaccine-education-center> (cited 12 June 2012).
38. Offit P. *Vaccinated: One man’s quest to defeat the world’s deadliest diseases*. New York: Smithsonian Books; 2007.
39. European Centre for Disease Prevention and Control. A literature review on health information-seeking behaviour on the web: a health consumer and health professional perspective. Stockholm: ECDC; 2011.
40. European Centre for Disease Prevention and Control. A literature review of trust and reputation management in communicable disease public health. Stockholm: ECDC; 2011.
41. European Centre for Disease Prevention and Control. Conducting health communication activities on MMR vaccination. Stockholm: ECDC; 2010.

Bibliografia

- Alfredsson R, Svensson E, Trollfors B, Borres MP. Why do parents hesitate to vaccinate their children against measles, mumps and rubella? *Acta Paediatr.* 2004; 93(9):1232-7.
- Atkinson W, et al. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases.* Washington D.C.: Public Health Foundation; 2006.
- Austin H, Campion-Smith C, Thomas S, Ward W. Parents' difficulties with decisions about childhood immunisation. *Community Pract.* 2008; 81(10):32-5.
- Bernsen RM, de Jongste JC, Koes BW, Aardoom HA, van der Wouden JC. Diphtheria tetanus pertussis poliomyelitis vaccination and reported atopic disorders in 8-12-year-old children. *Vaccine.* 2006;24(12):2035-42. Epub 2005 Nov 28.
- British Medical Association (BMA). *Childhood immunisation: a guide for healthcare professionals.* London: BMA; 2003.
- Canadian Paediatric Society. *First Shots. Best Shot: Childhood vaccines at work in Canada.* 2010. <http://www.cps.ca/English/healthcentres/FirstShotsBestShot.htm> (accessed 12 July 2012).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Immunization and Respiratory Diseases, American Academy of Family Physicians, American Academy of Paediatrics. *Provider resources for Vaccine Conversations with Parents.* 2012. Available online: www.cdc.gov/vaccines/conversations (accessed 12 June 2012).
- Conyn-Van Spaendonck MA, de Melker HE, Abbink F, Elzinga-Gholizadea N, Kimman TG, van Loon T. Immunity to poliomyelitis in The Netherlands. *Am J Epidemiol.* 2001 Feb 1;153(3):207-14.
- Cotter S, Ryan F, Hegarty H, McCabe TJ, Keane E. Immunization: the view of parents and health professionals in Ireland. *Euro Surveill* 2003, 8(6):145–150.
- de Melker HE, van den Hof S, Berbers GA, Conyn-van Spaendonck MA. Evaluation of the national immunisation programme in the Netherlands: immunity to diphtheria, tetanus, poliomyelitis, measles, mumps, rubella and Haemophilus influenzae type b. *Vaccine.* 2003 Jan 30;21(7-8):716-20.
- Diekema DS. Improving childhood vaccination rates. *N Engl J Med.* 2012; 366(5):391-3.
- Drebot MA, Mulders MN, Campbell JJ, Kew OM, Fonseca K, Strong D, et al. Molecular detection of an importation of type 3 wild poliovirus into Canada from The Netherlands in 1993. *Appl Environ Microbiol.* 1997 Feb;63(2):519-23.
- Elverdam B. 'It is only a pinprick': (or is it?): childhood vaccinations in general practice as 'matter out of place'. *Anthropol Med.* 2011; 18(3):339-50.
- European Centre for Disease Prevention and Control. *Evidence-based methodologies for public health – How to assess the best available evidence when time is limited and there is lack of sound evidence.* Stockholm: ECDC; 2011.

Fisher MC. Immunization and Infectious Diseases: An Informed Parent's Guide. Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics; 2006.

Gellin BG, Maibach EW, Marcuse EK. Do parents understand immunizations? A national telephone survey. *Pediatrics*. 2000; 106(5):1097-102.

Gold R. Your Child's Best Shot: A parent's guide to vaccination. 3rd ed. Canadian Paediatric Society; 2006.

Hahné S, Macey J, van Binnendijk R, Kohl R, Dolman S, van der Veen Y, et al. Rubella outbreak in the Netherlands, 2004-2005: high burden of congenital infection and spread to Canada. *Pediatr Infect Dis J*. 2009 Sep;28(9):795-800.

Halperin, Scott A. How to Manage Parents Unsure About Immunization. *Canadian Journal of CME* Vol. 12, No. 1 (January 2000), pp.62-75.

Hanson L. Immunobiology of Human Milk: How Breastfeeding Protects Babies. Amarillo, TX: Pharmasoft Publishing; 2004.

Haynes A, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine* 2009;491-9.

Higgins O, Sixsmith J, Barry M, Domegan C. A literature review on health information-seeking behaviour on the web: a health consumer and health professional perspective. ECDC: Stockholm; 2011.

Larson H, Cooper L, Eskola J, Katz S, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. 2011 Aug 6;378(9790):526-35. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60678-8. Epub 2011 Jun 12

Lugnér AK, Mollema L, Ruijs WL, Hahné SJ . A cost-utility analysis of antenatal screening to prevent congenital rubella syndrome. *Epidemiol Infect*. 2010 Aug;138(8):1172-84. Epub 2009 Dec 17.

Luthy K, Beckstrand R, Callister L. Parental hesitation in immunizing children in Utah. *Public Health Nurs*. 2010 Jan-Feb;27(1):25-31.

MSC-FSG (Spanish Ministry of Health and Social Policy and Fundación Secretariado Gitano). Handbook for action in the area of health services with the Roma community. Madrid, Spain; 2006. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/handbookHealthServices.pdf>

New South Wales Department of Health. Public Health Classifications Project – Determinants of Health Phase Two: Final Report. Sydney: NSW Department of Health; 2010. Available from: <http://www.health.nsw.gov.au/hsnsw/Publications/classifications-project.pdf>

Offit P, Bell L. *Vaccines What You Should Know*. New Jersey:Wiley; 2003.

Offit P. The Power of 'Box A'. *Expert Rev. Vaccines*. 2003, 2(1), pp. 89-91.

Offit P, Jew R. Addressing parents' concerns: do vaccines contain harmful preservatives, adjuvants, additives, or residuals? *Pediatrics*. 2003; 112:1394-1406.



Offit P, Salisbury D. Childhood vaccination: should it be mandatory? *BMJ*. 2012;344:e2435.

Petrovic M, Roberts R, Ramsay M. Second dose of measles, mumps and rubella vaccine: questionnaire survey of health professionals. *BMJ*. 2001; 322:82–85.

Public Health Agency of Canada Immunization Competencies for Health Professionals. 2008.

Public Health Agency of Canada A Parent's Guide to Vaccination. 2009.

Public Health Agency of Canada Canadian Immunization Guide. 8th edn. 2010.

Ramsay M, Yarwood J, Lewis D, Campbell H, White J. Parental confidence in measles, mumps and rubella vaccine: evidence from vaccine coverage and attitudinal surveys. *Br J Gen Pract*. 2002;52(484):912-6.

Roma Health Project Open Society Public Health Program. Roma health mediators: Successes and challenges. Open Society Foundation; 2011.

Ruijs W, Hautvast J, Akkermans R, Hulscher M, van der Velden K. The role of schools in the spread of mumps among unvaccinated children: a retrospective cohort study. *BMC Infect Dis*. 2011 Aug 24;11:227.

Ruijs W, Hautvast J, van Ansem W, Akkermans R, Van't Spijker K, Hulscher M, et al. Measuring vaccination coverage in a hard to reach minority. *Eur J Public Health*. 2011 Jun 29. [Epub ahead of print]

Ruijs W, Hautvast J, van der Velden K, de Vos S, Knippenberg H, Hulscher M. Religious subgroups influencing vaccination coverage in the Dutch Bible belt: an ecological study. *BMC Public Health*. 2011 Feb 14;11:102.

Singer A. Optimizing Vaccine Acceptance. Autism Science Foundation from presentation UMDNJ: Facts of Vaccine Science, Safety and Surveillance July 26, 2010.

Steffens I, Martina R, Lopalco PL. Spotlight on measles 2010: Measles elimination in Europe – a new commitment to meet the goal by 2015. *Eurosurveill*. 2010; 15(50):pii=19749. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19749>

UN Inter-agency Group for Child Mortality. Levels & Trends in Child Mortality Report. New York; 2011.

Wielders C, van Binnendijk R, Snijders B, Tipples G, Cremer J, Fanoy E, et al. Mumps epidemic in orthodox religious low-vaccination communities in the Netherlands and Canada, 2007 to 2009. *Euro Surveill*. 2011 Oct 13;16(41). pii: 19989.

World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998 http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf.

Zucs A, Crispin A, Eckl E, Weitkunat R, Schlipkötter U. Risk factors for under-vaccination against measles in a large sample of preschool children from rural Bavaria. *Infection*. 2004;32(3):127-33.

Allegato 1

Per la metodologia utilizzata per sviluppare la guida in inglese "Let's talk about protection" ("Parliamo di protezione"), su cui si basa questa edizione, fare riferimento all'allegato 1 di "Let's talk about protection".

Allegato 2

Per la lista degli sviluppatori dei contenuti, i consulenti, gli esperti coinvolti e i revisori della guida in inglese "Let's talk about protection" ("Parliamo di protezione"), su cui si basa questa edizione, fare riferimento all'allegato 2 di "Let's talk about protection".

Allegato 3

Questionari - domande campione

Questionario utilizzato per sviluppare la guida in inglese "Let's talk about protection" ("Parliamo di protezione").

Operatori sanitari - Esperti

1. Dichiarare il suo nome, affiliazione istituzionale e ruolo.
2. In che modo è stato coinvolto nei programmi di vaccinazione?
3. Dove si porrebbe in una scala da 0 a 10, in cui 0 significa essere scettico e 10 proporre attivamente la vaccinazione?
4. Descrivere un intervento relativo alla vaccinazione a cui lei e/o la sua istituzione avete preso parte e che considerate un successo? Cosa lo ha reso un successo?
5. Cosa ritiene che rappresenti la principale sfida per lei o per la sua istituzione nell'aumentare e/o mantenere alte le coperture vaccinali?

Questo progetto ha come obiettivo produrre materiale informativo per rafforzare la capacità degli operatori sanitari di aumentare le coperture vaccinali. A questo scopo:

6. Di quale genere di supporto e di informazioni sulle vaccinazioni hanno bisogno gli operatori sanitari, secondo lei? In quale/i formato/i, es. corsi post laurea, opuscoli, brochure, poster, materiale audiovisivo, formazione tra pari, formazione in comunicazione, testimonianze di pazienti, social media, siti web, ecc. e da chi dovrebbe essere fornita?
7. Quali sono, secondo lei, le principali informazioni di cui hanno bisogno le famiglie (genitori e nonni in particolare) e che gli operatori sanitari dovrebbero fornire? In che formato dovrebbero essere presentate? Richiedere esempi di buone e cattive pratiche.
8. Chi nella sua comunità lei e/o la sua istituzione considerate come "difficile da raggiungere"? Quali sono le informazioni di cui hanno bisogno e qual'è il miglior modo in cui, secondo lei, gli operatori sanitari possono raggiungerli? In che formato e da chi queste informazioni dovrebbero essere fornite? Richiedere esempi. Richiedere anche la loro opinione sull'uso di incentivi come pagamenti o omaggi come quelli utilizzati in alcune comunità per aumentare le coperture vaccinali.

9. In che modo ritiene che i media influenzino la propensione alla vaccinazione? Sa di campagne sui media che hanno avuto successo nell'aumentare le coperture vaccinali? Quali ritiene siano i motivi principali del successo? Di quali informazioni hanno bisogno i media? In quale/i formato/i dovrebbero essere fornite e da chi? Richiedere esempi.
10. Esistono articoli, persone o progetti particolarmente validi che ritiene che questo progetto dovrebbe tenere in considerazione?
11. Cosa, secondo lei, renderebbe questo progetto un successo? Quali dovrebbero essere i criteri di valutazione?

Famiglie (genitori/nonni) e popolazioni difficili da raggiungere

1. Indichi il suo nome e descriva brevemente la sua famiglia.
2. I suoi figli o nipoti sono stati vaccinati?
3. Cosa sa dei vaccini in generale? (come funzionano, l'efficacia, gli effetti collaterali...)
4. Da chi o dove ottiene le informazioni sulla salute in generale e sulle vaccinazioni in particolare?
5. Quali ritiene che siano le vaccinazioni più importanti? E le meno importanti?
6. Cosa pensa delle vaccinazioni in generale?
7. Cosa sa riguardo morbillo/rosolia/parotite? (vie di trasmissione, gravità, complicanze...)
8. Cosa sa delle vaccinazioni somministrate per proteggere da morbillo/rosolia/parotite? (durata, effetti collaterali, efficacia...)
9. Quali sono, secondo lei, i motivi principali per non vaccinare i propri figli?
10. Descriva la sua esperienza più recente con le vaccinazioni di uno dei suoi figli o nipoti.
11. Cosa considera come buono e/o non buono di questa esperienza?
12. Chi ritiene sia la fonte più affidabile di informazioni sulla salute? Perché?
13. Quanto è stato difficile vaccinarsi per lei o per i suoi figli?
14. Cosa lo ha reso più difficile o più semplice?
15. Questo progetto ha come obiettivo produrre materiale informativo per rafforzare la capacità degli operatori sanitari di aumentare le coperture vaccinali. Quali sono, secondo lei, le principali informazioni di cui hanno bisogno i genitori e i nonni [o le popolazioni difficili da raggiungere es. i Rom] e che gli operatori sanitari dovrebbero fornire?
16. Quale tipo di informazioni le è più utile nel prendere decisioni riguardo le vaccinazioni?

17. In quale formato e da chi dovrebbero essere fornite? Qual è il formato migliore (informazioni fornite a voce da medici o assistenti sanitari, informazioni presentate in TV, informazioni in formato audiovisivo in DVD?)
18. Fornire esempi di buona o cattiva pratica. Chiedere specificamente di esperienze con opuscoli, brochure, poster, materiale audiovisivo, formazione tra pari, testimonianze di pazienti, social media, siti web. Cosa ne pensa di incentivi, come, ad esempio, pagamenti in denaro, utilizzati per la vaccinazione?
19. Che suggerimenti darebbe agli operatori sanitari per aiutarli ad aumentare i tassi di vaccinazione nella sua comunità?

Media

1. E' mai stato/a coinvolto/a nella copertura di notizie e iniziative relative alla vaccinazione? Se sì, in che modo?
2. Quali sono, secondo lei, alcune delle questioni chiave, che fanno notizia, riguardo le vaccinazioni, in particolare riguardo la vaccinazione contro il morbillo?
3. Quali sono, secondo lei, le principali informazioni di cui i genitori hanno bisogno riguardo le vaccinazioni?
4. Quali sono le principali informazioni di cui i media hanno bisogno riguardo la vaccinazione?
5. Che suggerimenti darebbe agli operatori sanitari che stanno tentando di aumentare le coperture vaccinali contro le malattie prevenibili?

Feedback della revisione di bozze

1. Qual'è la sua impressione complessiva riguardo la guida? C'è qualcosa in particolare che è degno di nota?
2. Cosa ritiene che abbia funzionato bene? Cosa non ha funzionato?
3. Cosa ne pensa di questo approccio di "dar voce agli stakeholder"?
4. Ha trovato il contenuto rilevante per il contesto in cui lavora? Se sì, in che modo? Se no, perché?
5. Come ritiene che si potrebbe rendere più rilevante?

Allegato 4

Lista delle risorse Italiane sulla vaccinazione

Vaccinazioni- Ministero della Salute

Il portale del Ministero della Salute dedicato alle vaccinazioni
<http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp>

Epicentro – Vaccinazioni

Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità

Fa parte del "Vaccine safety net" dell'OMS
<http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/>

Vaccinarsi

Portale di informazione sulle vaccinazioni a cura della Società Italiana di Igiene
Fa parte del "Vaccine safety net" dell'OMS
<http://www.vaccinarsi.org>

e relativi i siti regionali

<http://www.vaccinarsinveneto.org/>
<https://www.vaccinarsinpuglia.org/>
<https://www.vaccinarsintoscana.org/>
<https://www.vaccinarsinsicilia.org/>
<https://www.vaccinarsinliguria.org/>
<https://www.vaccinarsinsardegna.org/>
<https://www.vaccinarsinlazio.org/>
<https://www.vaccinarsinllemarche.org/>

Io Vaccino

Associazione di promozione sociale per la tutela della salute attraverso la prevenzione.

Fa parte del "Vaccine safety net" dell'OMS
<http://www.iovaccino.it/>

Vaccinfo

Un sito non istituzionale sulle vaccinazioni e contro la disinformazione
<http://www.vaccinfo.it/>

RIV - Rete Informazione Vaccini
<http://www.riv.life/>

Documenti Utili

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2017

Ministero della salute

Contiene informazioni sulle strategie vaccinali, importanza della vaccinazione, sicurezza dei vaccini, rischi da non-vaccinazione
<http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4828&area=vaccinazioni&menu=vuoto>

Guida alle controindicazioni

A cura di Giovanni Gallo, Rosanna Mel et al.
 Contiene informazioni sulle controindicazioni e le false controindicazioni alle vaccinazioni.
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1947

Quaderni del Ministero della Salute

Vaccinazioni: stato dell'arte, falsi miti e prospettive. Il ruolo chiave della prevenzione (2017)
 AA.VV. Coordinamento Ranieri Guerra, Walter Ricciardi, Prof.ssa Roberta Siliquini
 Contiene informazioni sui vaccini, sulla sicurezza, sulle malattie prevenibili, impatto delle vaccinazioni)
http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2875

AIFA - Guida alla valutazione delle reazioni avverse osservabili dopo vaccinazione (2016)

A cura del Gruppo di lavoro sull'analisi dei segnali dei vaccini
<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/guida-alla-valutazione-delle-reazioni-avverse-osservabili-dopo-vaccinazione>

Vaccinazioni: i dubbi degli operatori (2015)

A cura di Franco Giovanetti, Dirigente medico Dipartimento di Prevenzione ASL CN2 Alba Bra Regione Piemonte

http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/pdf/Vaccinazioni_I%20Dubbi%20degli%20operatori.pdf

Banca dati AIFA dei farmaci autorizzati in Italia.

Include le schede tecniche con le caratteristiche di ogni vaccino

<https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/bancadatifarmaci/cerca-farmaco>

Vaccinazioni pediatriche: le domande difficili. (2017)

A cura di Franco Giovanetti, Dirigente medico Dipartimento di Prevenzione ASL CN2 Alba Bra Regione Piemonte

<http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/pdf/LeDomandeDifficili.pdf>

Le 58 risposte agli antivaccinisti: un vademecum contro la disinformazione (2014)

A cura dell' Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia c/o DIMO – Sezione di Igiene

http://www.sitiappulolucana.it/images/pdf scaricabili/vademecum_2014_def.pdf

#IoVaccino Guida intergalattica per genitori dubbiosi (2015)

A cura di io Vaccino

http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/pdf/GuidaVaccini_ott2015.pdf

NON ESITATE. Parlate di vaccinazioni ai vostri amici dubbiosi con empatia e fiducia (2015)

A cura di Io Vaccino e Rete Informazione Vaccini

<http://www.iovaccino.it/download/Non-esitare-parla-agli-amici-dubbiosi.pdf>

Social Network e Blog

Roberto Burioni

<https://www.facebook.com/robertoburioniMD/>

Pierluigi Lo Palco

<https://www.facebook.com/PLopalcoPublic/>

Guido Silvestri

<https://www.facebook.com/guidosilvestriMD/>

VaccinarSi (Ulrike Schmidleithner)

<https://www.facebook.com/VaccinarSI.Vaccinfo/>

Rete Informazione Vaccini

<https://www.facebook.com/reteinformazioneevaccini/>

Io Vaccino

<https://www.facebook.com/iovaccino/>

Federazione Italiana Medici Pediatri

<https://www.facebook.com/FIMPrevenzione/>

L'influenza, questa sconosciuta

<https://www.facebook.com/groups/influenzasconosciuta/>

VaccinarSi – Informarsi sulle vaccinazioni

<https://www.facebook.com/VaccinarSi-253290528189135/>

<https://www.facebook.com/vaccinarsinveneto/>

<https://www.facebook.com/VaccinarSiInSicilia/>

Blog contro la disinformazione:

BUTAC – Bufale un tanto al chilo

<http://www.butac.it/category/salute/medicina/vaccini/>

MEDBUNKER (a cura di Salvo Di Grazia)

<http://medbunker.blogspot.it/search/label/vaccini>

VACCINARSI BLOG (a cura di Ulrike Schmidleithner)

<http://vaccinarsi.blogspot.it/>



Allegato 5

Il Decreto Legge 73/2017 sull'obbligo vaccinale in Italia

A seguito del calo delle coperture vaccinali a partire dal 2014, e per la mancanza del raggiungimento degli obiettivi del piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, il 7 giugno 2017 è stato emanato il decreto-legge n. 73 (convertito con modificazioni dalla Legge 31 luglio 2017, n. 119) recante «Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci.»

Il Decreto vaccini ha portato il numero di vaccinazioni obbligatorie in Italia nell'infanzia e nell'adolescenza (da 0 fino al compimento del 17 anno di vita) da quattro a dieci.

Questo decreto è pienamente in linea con gli obiettivi prioritari del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 19 gennaio 2017, ed il rispetto degli obblighi assunti a livello europeo ed internazionale.

Il decreto prevede le seguenti vaccinazioni obbligatorie per tutti i minori di età compresa tra zero e sedici anni inclusi i minori stranieri non accompagnati:

- anti-poliomielitica
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse
- anti-Haemophilus influenzae tipo b
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella (solo per i nati dal 2017)

L'obbligatorietà per le ultime quattro (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella) è soggetta a revisione ogni tre anni in base ai dati epidemiologici e delle coperture vaccinali raggiunte.

Sono, inoltre, indicate ad offerta attiva e gratuita come previsto dal PNPV, da parte delle Regioni e Province autonome, ma senza obbligo vaccinale, le vaccinazioni:

- anti-meningococcica B
- anti-meningococcica C
- anti-pneumococcica
- anti-rotavirus.

Le vaccinazioni obbligatorie sono gratuite e con chiamata attiva.

Il rispetto degli obblighi vaccinali diventa un requisito per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia (cioè i servizi educativi dell'infanzia per i bambini da 0 a 6 anni), mentre dalla scuola primaria (scuola elementare) in poi i bambini e i ragazzi possono accedere comunque a scuola e fare gli esami, ma, in caso non siano stati rispettati gli obblighi, viene attivato dalla Asl un percorso di recupero della vaccinazione ed è possibile incorrere in sanzioni amministrative da 100 a 500 euro. Sono esonerati dall'obbligo i bambini e i ragazzi già immunizzati a seguito di malattia naturale, e i bambini che presentano specifiche condizioni cliniche che rappresentano una controindicazione permanente e/o temporanea alle vaccinazioni. Le informazioni in dettaglio su questo decreto e sulle circolari operative che forniscono i dettagli operativi sono disponibili sul sito del Ministero della Salute <http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp>

È stato scelto di intraprendere la via dell'obbligo per rinforzare il messaggio sull'importanza della vaccinazione sia per la protezione del singolo che della comunità.

Il Decreto legge non è in contrasto con il valore della comunicazione in ambito vaccinale. La legge infatti non implica una coercizione, poiché non impone la vaccinazione nei minori, ma semplicemente applica una sanzione agli inadempienti e ricorda, attraverso il filtro scolastico, le scadenze correlate alla vaccinazione.

La scuola diventa un "filtro" per potere identificare meglio le situazioni in cui i servizi locali devono intervenire per interagire con i genitori/tutori dei non vaccinati attraverso una comunicazione corretta e bidirezionale, così come previsto dal PNPV. I servizi locali per le vaccinazioni hanno a disposizione in più quindi una serie di strumenti per migliorare le coperture vaccinali, ormai ampiamente insufficienti, con il rischio di nuove epidemie.

Il Ministero della Salute ha anche programmato diverse attività di comunicazione in materia per spiegare sia gli aspetti operativi correlati alla presentazione della documentazione nelle scuole, sia per promuovere la vaccinazione stessa e i suoi valori. Inoltre sono stati attivati dei servizi informativi straordinari, quali il telefono verde 1500, e due caselle di posta dedicate alla risposta dei quesiti più complessi a supporto dei cittadini.

Allegato 6

Glossario

Caregiver: chi assiste e si prende cura di una persona non necessariamente malata o con una disabilità.

Feedback: Nel linguaggio tecnico e scientifico, il processo per cui il risultato dall'azione di un sistema (per esempio un sistema di sorveglianza) si riflette sul sistema stesso per correggerne o modificarne il comportamento. Esso include, ad esempio il processo di restituzione della informazione elaborata per il miglioramento del sistema stesso.

Peer review: nell'ambito della ricerca scientifica, la procedura di valutazione e di selezione degli articoli o dei progetti di ricerca effettuata da specialisti del settore per verificarne l'idoneità alla pubblicazione o al finanziamento.

Social marketer: è colui che utilizza i principi e le tecniche del marketing commerciale per la analisi, pianificazione, attuazione e valutazione di programmi. Queste tecniche hanno lo scopo di influenzare i destinatari a modificare in modo volontario un loro comportamento allo scopo di migliorare il loro benessere personale e quello della società nel suo complesso.

Stakeholder: con il termine stakeholder (o portatore di interesse) si indica genericamente un soggetto (o un gruppo di soggetti) influente nei confronti di un'iniziativa.

© European Centre for Disease Prevention and Control, 2016

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

www.ecdc.europa.eu



Ministero della Salute

www.salute.gov.it