



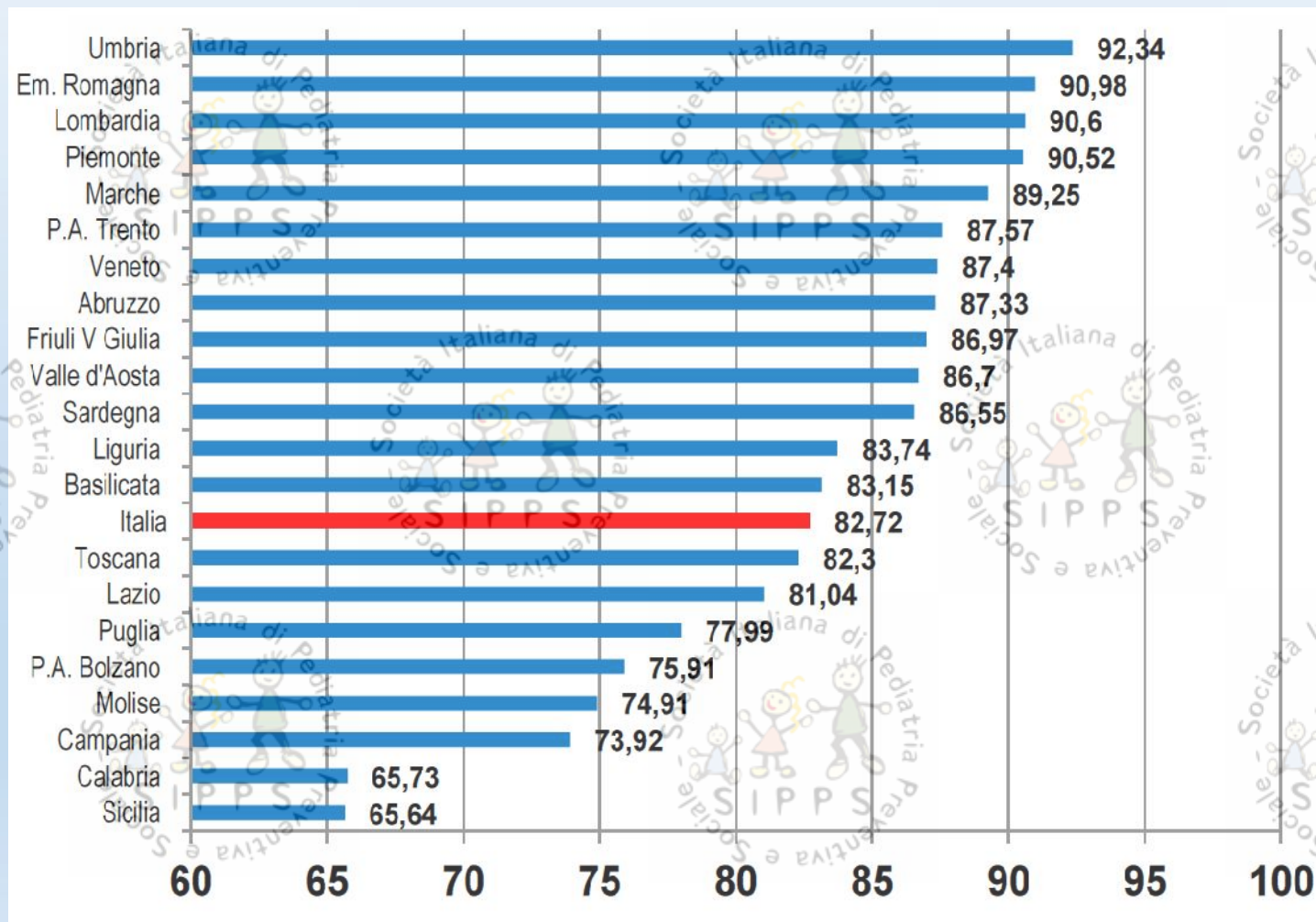
LA COMUNICAZIONE: RUOLO NELLA PROMOZIONE DELLE VACCINAZIONI

Piercarlo Salari – Milano
Gruppo di Sostegno alla genitorialita' SIPPSS

Lo scenario attuale

- Nonostante la riduzione dell'incidenza di numerose infezioni e l'ampliamento degli strumenti di prevenzione, si è paradossalmente osservata una progressiva resistenza da parte dei genitori alle vaccinazioni
- Gli effetti si sono tradotti in un calo preoccupante delle coperture vaccinali al 24° mese di vita (per cicli completi – di 3 dosi – di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib, e per una dose di MPR) registrato in Italia nel 2014 per il secondo anno consecutivo

Un esempio: la copertura MPR nel 2014 (dati del 27/01/2016)



La comunicazione: un ruolo insostituibile

- miglioramento della conoscenza dei vaccini e/o delle malattie prevenibili con le vaccinazioni
- aumento probabile del numero di bambini che vengono vaccinati
- modificazione degli atteggiamenti a favore della vaccinazione nei genitori di bambini piccoli

Se la comunicazione è poco curata o del tutto assente, può addirittura trasmettere scarsa convinzione e titubanza degli stessi professionisti e contribuire al rifiuto delle vaccinazioni



Obiettivi e strategie della comunicazione

Obiettivi della comunicazione

Soddisfare le aspettative e i bisogni di informazione delle famiglie

Promuovere e rafforzare il rapporto fiduciario con i genitori

Sostenere i genitori a intraprendere scelte basate sull'evidenza

Diffondere la cultura delle vaccinazioni come strumento di prevenzione per il singolo e la collettività

Potenziare e mantenere l'adesione al calendario

Possibili strategie operative

Esplorare la posizione dei genitori (preconcetti, lacune) verificandone la successiva effettiva acquisizione e comprensione dei messaggi trasferiti

Esaminare e discutere i potenziali "rischi" del singolo bambino, esternare convinzione

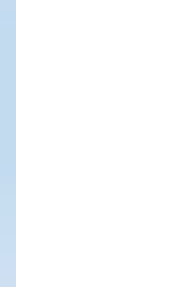
Argomentazioni scientifiche, lettura di testi, suggerimenti di siti accreditati

Commento a fatti di cronaca, racconto di esperienze personali

Promemoria scritto e telefonico, valutazione dello stato vaccinale in occasione delle visite

Le criticita' legate al contesto

- **Questione dell'obbligatorietà**
- **Memoria storica delle malattie infettive**
- **Percezione del rischio delle vaccinazioni**
- **Molteplicita' e frequente scarsa autorevolezza delle fonti di informazione**
- **Mancanza di continuita' e coerenza fra pediatra e istituzioni**



Le criticita' legate al pediatra

- Terminologia
- Neutralita' (atteggiamento non giudicante)
- Argomentazione, sintesi, assertivita'
- Verifica della comprensione
- Conoscenza degli orientamenti
- Multiculturalita'



Le criticita' legate al paziente

- Capacita' di ascolto
- Individuazione e gestione delle paure
- Comunicazione empatica
- Bisogno di rassicurazione
- Fobia del rischio





TECHNICAL DOCUMENT

**Communication on
Immunisation –
Building trust**



Let's talk about protection

enhancing childhood vaccination uptake



Communication action guide for health care providers —



L'orientamento del colloquio

- Studio del pensiero e delle convinzioni dell'interlocutore
- Approccio personalizzato
- Ricorso a immagini ed esempi tangibili (inclusi testimonial)
- Disponibilità di tempo adeguato
- Mantenimento del contatto visivo
- Gestione del linguaggio non verbale

Tipologia di genitore	Elementi distintivi	Obiettivi della comunicazione	Criteri di approccio
Convinto senza riserve	Favorevole alle vaccinazioni e ligio agli appuntamenti		La relazione fiduciaria è stabile e consolidata
Prudente	Consapevolezza dello stato vaccinale del proprio bambino, che in genere "e' in regola"	Mantenere l'atteggiamento di positività nei confronti delle vaccinazioni	Accogliere dubbi, ricorrere a descrizioni semplici e dirette
Incerto/esitante	Di solito giunge con lieve ritardo all'appuntamento, si lascia persuadere ma sulla base di dati o elementi convincenti	Modificare il comportamento, aiutare a superare i dubbi	Utilizzare una comunicazione autorevole e assertiva, ricca di dati di immediata percezione
Critico	Salta spesso gli appuntamenti. Lo stato vaccinale del bambino non aggiornato o in regola per l'età. Si documenta e "decide" autonomamente le vaccinazioni da fare	Richiamare l'attenzione all'importanza di tutte le vaccinazioni, far emergere riserve e preconcetti	Dedicare tempo, praticare recall attivo, fornire o suggerire documenti informativi o siti web accreditati
Oppositore	Non ama parlare di vaccinazioni. Accetta a mala pena le vaccinazioni "obbligatorie", trova pretesti per saltare le sedute, spesso è convinto assertore delle medicine naturali	Ribadire le conseguenze della mancata vaccinazione, indagare sui rischi e sulla vita del bambino, sostenere il razionale dei rimedi naturali spiegando che non possono sostituirsi alle vaccinazioni	Descrivere le implicazioni delle malattie infettive e verificarne la consapevolezza, intavolare colloqui brevi ma possibilmente ripetuti e senza atteggiamenti impositivi

Errori comuni

Eccessivo tecnicismo espressivo

Overflow e/o superficialita' delle informazioni

Banalizzazione di convinzioni, preconcetti o timori

Terrorismo informativo

Imposizione, contrapposizione ideologica

Eccessiva rapidita' espositiva

Espressione di giudizi

Possibili soluzioni

Spiegazione di termini difficili, lettura ragionata di testi scientifici o normative

Selezione di 3-4 concetti chiave

Individuazione e raccolta delle paure, ascolto attivo, destinazione di tempo

Comunicazione dei rischi senza allarmismi

Sintesi, demolizione delle "certezze" pretestuose de gli oppositori

Verifica di quanto e' stato appreso dai genitori, ricorso a piu' modalita' e strumenti di comunicazione

Tranquillizzare con un atteggiamento empatico

Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination (Review)

Saetherdal I, Lewin S, Austvoll-Dahlgren A, Glenton C, Munabi-Babigumira S

Leask et al. *BMC Pediatrics* 2012, **12**:154
<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/154>



CORRESPONDENCE

Open Access

Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals

Julie Leask^{1*}, Paul Kinnersley², Cath Jackson³, Francine Cheater⁴, Helen Bedford⁵ and Greg Rowles⁶

Human Vaccines & Immunotherapeutics 9:8, 1802-1811; August 2013; © 2013 Landes Bioscience

Utilizing health information technology to improve vaccine communication and coverage

Melissa S Stockwell^{1,2,3,*} and Alexander G Fiks^{4,5,6,7,8}

¹Division of Child and Adolescent Health, Department of Pediatrics Columbia University; New York, NY USA; ²Department of Population and Family Health; Mailman School of Public Health; Columbia University; New York, NY USA; ³New York-Presbyterian Hospital; New York, NY USA; ⁴The Pediatric Research Consortium (PeRC); Philadelphia, PA USA; ⁵Center for Biomedical Informatics (CBMI); Philadelphia, PA USA; ⁶Center for Pediatric Clinical Effectiveness; Philadelphia, PA USA; ⁷PolicyLab at The Children's Hospital of Philadelphia; Philadelphia, PA USA; ⁸Department of Pediatrics at the Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania; Philadelphia, PA USA

CONOSCERE per CRESCERE

la rivista dei pediatri italiani per la famiglia, le associazioni e la scuola

LA MENINGITE DA MENINGOCOCCO la vera arma per affrontarla è la **PREVENZIONE**

Luciano Pinto*, Piercarlo Salari**
***Pediatra, Napoli, Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPSS**
****Pediatra, Milano, Responsabile Gruppo di Sostegno Genitorialità SIPPSS**

Il titolo dello studio di un pediatra di famiglia era stata ricoverata d'urgenza per meningite: i media hanno dato ampio risalto e le famiglie, preoccupate, hanno tempestato di domande i pediatri per avere indicazioni sul da farsi. Dopo alcuni giorni l'ASL ha chiarito che si trattava di una meningite da meningococco di tipo C e ha fornito le opportune disposizioni per l'identificazione ed il trattamento dei "contatti".

Poiché nel nostro Paese episodi del genere si ripetono, se pure sporadicamente, abbiamo voluto dare una risposta ai principali interrogativi posti dai genitori.

Il meningococco, batteri emofilo di tipo B sono gli agenti più frequenti) è più rara di quella virale, ma molto più grave. Si conoscono 13 sierogruppi di meningococco, ma i ceppi più frequentemente isolati appartengono ai sierogruppi A, B, C, Y, W. In Europa e in Italia, il più diffuso è il tipo B, seguito dal C, e dall'Y.

Come avviene il contagio?

Il meningococco si trasmette da una persona all'altra attraverso le secrezioni respiratorie e poiché sopravvive per pochi minuti fuori dell'organismo richiede un

Come si manifesta la malattia? E con quali conseguenze?

I quadri clinici più frequenti sono la meningite febbrile, cefalea, rigor, vomito, fotofobia, stato mentale alterato) e la sepsi (forma grave, per la presenza del meningococco nel sangue, improvvisa comparsa di febbre ed eruzione purpurea, ipotensione, shock, insufficienza multi-organica), che possono presentarsi da sole o in associazione. Nei lattanti il quadro è più sfumato, si possono manifestare convulsioni, pianto continuo, irritabilità, sonnolenza, scarso appetito, fontanella anteriore tesa. Queste

infezioni sono più frequenti nei bimbi di età inferiore a 5 anni (in particolare nel 1° anno di vita) e negli adolescenti.

Nel 10-15% dei casi il decorso è fulminante e fatale in poche ore; il 10-20% dei sopravvissuti presenta sordità, danni neurologici, amputazioni delle dita e degli arti, cicatrici cutanee.

Come comportarsi se c'è stato un contatto con un ammalato?

La contagiosità è bassa, ed un ammalato non è più contagioso dopo 24 ore di terapia antibiotica. Devono essere sottoposti ad una profilassi antibiotica i "contatti stretti" dell'ammalato: conviventi, familiari, compagni di studio e di lavoro, persone che hanno dormito o mangiato spesso nella casa del malato o nei 7 giorni precedenti hanno avuto contatti con la sua saliva attraverso baci, stoviglie, spazzolini, denti, giocattoli. Contatti stretti sono anche i sanitari che sono stati esposti direttamente alle secrezioni respiratorie del paziente (durante manovre di intubazione o di respirazione bocca a bocca) e i passeggeri che durante un volo sono stati seduti per più di 8 ore vicino ad un soggetto a cui è stata diagnosticata l'infezione.

Si può prevenire?

L'unica misura efficace è il vaccino. In Italia il vaccino contro il meningococco C è offerto gratuitamente ai bambini di 13-15 mesi ed agli

adolescenti (11-18 anni) in precedenza non vaccinati. Sono anche disponibili 2 tipi di vaccino tetravalente che protegge dai sierogruppi A,C,Y,W, uno polisaccaridico ed uno coniugato, (particolarmente indicati per i gruppi a rischio e per coloro che si recano in Paesi ove sono presenti questi sierogruppi) e, da poco, anche un vaccino contro il meningococco B.

I vaccini sono sicuri?

Certamente sì: si possono verificare lievi effetti collaterali quali arrossamento o dolore nel punto dell'iniezione, malessere, cefalea, dolori muscolari, che di solito durano 1-2 giorni e sono più frequenti quando si utilizza il vaccino tetravalente. Un rialzo febbrile da 1-2 giorni si può verificare dopo la vaccinazione contro il meningococco B.



In Toscana, tra il 2015 ed il febbraio 2016 ci sono stati 43 casi di meningite da meningococco di tipo C, con 10 decessi. Nessun caso fra i bambini (grazie alle vaccinazioni).

Genitori oggi: i trucchi del mestiere

Le MALATTIE INFETTIVE

obiettivo prevenzione



Di prossima
pubblicazione

