

Il medico di famiglia e le complessità di vecchie e nuove vaccinazioni

Francesco Del Zotti

Medico di medicina generale
Verona
Direttore di Netaudit

Il grande capitolo dei vaccini, che negli ultimi anni ha visto l'avvento di nuovi presidi accanto a quelli tradizionali, pone numerose sfide alla medicina generale. La svolta dal modello centralizzato a modello policentrico formato da diversi attori - pazienti, media, medici, istituzioni - offre molte opportunità al Mmg. La sfida è però complessa: il rafforzamento del ruolo in tema vaccinale potrà avvenire solo dopo l'incremento di risorse per gestire le abilità

Negli ultimi anni abbiamo assistito sia all'affermazione di numerosi nuovi vaccini accanto a quelli tradizionali sia al moltiplicarsi delle complessità della gestione vaccinale. Da un modello centralizzato e paternalistico, che vedeva l'autorità sanitaria pubblica come unica depositaria del know how e delle responsabilità, si è passati a un modello policentrico, con vari protagonisti. In questo articolo viene delineato in breve il ruolo di pazienti, media, istituzioni scientifiche e sanitarie pubbliche e dei medici di medicina generale.

■ I pazienti sono pronti ad assumersi nuove responsabilità?

Intervista all'ultima paziente (laureata) incontrata, a cui inizio a riferire dei pro e contro del vaccino per l'Hpv per la loro figlia 15enne: "Sa, dopo quel febbre procurato dal vaccino per il morbillo, siamo un po' indecisi. Io e mio marito ne abbiamo discusso mesi fa, poi basta... vedremo".

La combinazione tra non obbligatorietà dei vaccini e il moltiplicarsi di vecchi e nuovi vaccini costituisce una grossa sfida per i pazienti, al di là del loro livello culturale. Con queste premesse, è comprensibile assistere alla delega-scarico totale al pediatra o al Mmg ("dottore, decida lei") o a lunghe discussioni infertili tra coniugi o a mere "dimenticanze".

Si tratta di immaginare quindi un diverso atteggiamento professionale orientato al counselling orizzontale, più che al paternalismo. Ma ciò significa anche la necessità di un nuovo apprendimento di abilità per i Mmg e di una educazione sanitaria più raffinata verso i cittadini da parte di istituzioni scolastiche, civiche e media.

■ Le Asl e le Regioni sono al passo?

Intervista a una paziente straniera (ucraina) capitata in un ambulatorio italiano.

Il medico: "All'uscita dal suo Paese ha portato con sé il documento con i vaccini eseguiti?".

La paziente: "No; nel mio Paese nessuno li chiede e non so neanche se siano in grado di produrne uno".

Il medico: "In Italia o alla Asl qualcuno le ha mai chiesto un tale documento?".

La paziente: "No, nessuno".

Da una prima valutazione nella mailing list nazionale di 800 Mmg (MIR) si evince che molte Asl hanno solo un sistema cartaceo di registrazione dei dati. Poche sono quelle che hanno un sistema elettronico e pochissime quelle che consentono al Mmg di leggere sul server la condizione vaccinale dei propri assistiti o addirittura di aggiornare il database con i vaccinati dal Mmg; qualche esempio in tal senso lo si può trovare in Piemonte e in Friuli-Venezia Giulia.

Del tutto irrisolto è inoltre il problema dell'integrazione nel database dei Mmg delle condizioni vaccinali degli stranieri, un fattore in peggioramento, vista la crescente proporzione di immigrati e di irregolari che non si presenteranno più all'attenzione dei medici.

Per quanto riguarda poi la politica dei rimborsi per gli ormai tanti vaccini non obbligatori (o per vaccinazioni eseguite fuori dal periodo ufficiale indicato dalle lettere delle Asl alle famiglie) vi è forte disparità tra le varie Regioni; ma anche quelle che vanno più incontro ai pazienti fanno pagare percentuali che vanno dal 60% all'80% delle tariffe intere. Comunque, le spese chieste alle famiglie per i nuovi vaccini non sono affatto indolori.

Analizzando, infine, le statistiche regionali pubbliche dei vaccini si vede che si moltiplicano e complicano le ragioni del non vaccino: da quella prevalente di "dissenso" definitivo o temporaneo, a quella del domicilio estero al nomadismo o ai senza fissa dimora o, infine, agli esonerati per salute.

■ Le istituzioni sanitarie nazionali e internazionali e l'EBM ci aiutano o ci complicano il compito?

Il caso H1N1v e dei relativi antivirali dell'anno scorso la dice lunga sul fatto che autorità scientifiche istituzionali (OMS) creano, a volte, più allarme che pratiche basate su

solide evidenze. Inoltre, i comunicati dell'OMS e dei ministeri hanno dato il fiato più di una volta ad atteggiamenti discutibilissimi dei media, che nei telegiornali e nei giornali per svariati giorni hanno messo in onda come prima notizia le "morti benigne" ("sì, vi è stato un morto, ma l'influenza è benigna").

Ma anche i cultori dell'EBM a volte rischiano di portarci in vicoli ciechi. In Italia ci sono grandi esperti internazionali di epidemiologia dell'influenza, delle campagne vaccinali e delle terapie antivirali. Ma non sempre da questi sono giunte chiare indicazioni ai medici pratici.

Un ulteriore esempio di complessità e a volte inflazione informativa lo si ha nella campagna per i nuovi vaccini per l'Hpv. I siti ufficiali aggiornano le 100 domande sull'Hpv e anzi avvertono che i quesiti sono destinati ad andare ben oltre il numero 100.

Come può un medico pratico maneggiare centinaia di domande per un solo vaccino? Le difficili discussioni e domande degli esegeti dell'EBM, sui pro e contro dei vari tipi di vaccini, rischiano alla fine di fare scendere una fitta nebbia su prodotti comunque presenti nel mercato e nella lista dei servizi delle Regioni.

■ Il Mmg di oggi è pronto?

Sino a qualche anno fa i Mmg non avevano alcun titolo ad occuparsi di vaccini diversi da quello influenzale. Sicuramente nel prossimo futuro crescerà e non di poco il ruolo nei vaccini, soprattutto per quel che riguarda quelli (numerosi) "facoltativi". Intanto è sempre più diffusa l'implicazione della medicina generale nelle campagne sulla vaccinazione antinfluenzale. Ma come avviene? Ogni anno i Mmg ricevono dalle Asl un tabulato (il più delle volte cartaceo) di pazienti ultraseicenni a rischio, quindi procedono alla campagna. Vi è da dire che questo diffuso uso di tabulati cartacei condiziona il sotto-utilizzo della sezione vaccinale delle cartelle com-

puterizzate. Abbiamo intravisto tutto ciò dall'analisi di qualche grande database della medicina generale: la registrazione in cartella dei vaccini antinfluenzali eseguiti è in genere inferiore al 15%. Probabilmente, una nuova configurazione delle procedure potrebbe cambiare questo stato di cose. Già in alcune aree del Paese esistono tentativi di eliminare i tabulati cartacei e di rendere osmotiche le procedure di selezione dei soggetti, anziani e a rischio, e di registrazione del dato tra server delle Asl e cartelle computerizzate dei Mmg.

Ma al di là di questo, qual è l'atteggiamento profondo dei Mmg verso le vaccinazioni, a partire dalle proprie vaccinazioni? Nell'autunno del 2009 abbiamo riscontrato un tasso bassissimo di vaccini della nuova influenza tra i Mmg. Ciò, comunque, poteva essere ascritto all'eccezionalità e particolarità di quella campagna vaccinale.

Nello stesso tempo non possiamo tacere di difficoltà e di esitazioni generali rispetto al problema vaccini. In effetti, su queste problematiche alcuni stimolanti dati sono giunti da un nostro studio (Del Zotti F, Stefanini G. L'autovaccinazione influenzale. *Simg* 2003). In esso fu valutata la frequenza del comportamento "vaccinazione contro l'influenza" dei medici di medicina generale della rete Health Search (HS) nella stagione influenzale 2001. Questa variabile fu messa in relazione con un altro comportamento "auto-preventivo" del Mmg (il fumo) e con il grado di partecipazione alla campagna antinfluenzale del 2001.

Ebbene, in questo campione selezionato di Mmg ricercatori solo 122 su 263 Mmg, pari al 46.3% si vaccinarono per l'influenza (le linee guida suggeriscono che tutti i Mmg debbano vaccinarsi).

Fu effettuato un test statistico che mostrò un'influenza significativa della frequenza di autovaccinarsi per l'influenza su quella di esecuzione di vaccini antinfluenzali tra i propri pazienti. Fu inoltre interessante il riscontro di una bassa per-

centuale di fumatori in questo campione di Mmg (15%).

Sembra quindi che ai Mmg di HS risulti più semplice controllare stili di vita negativi (il fumo), mentre risulti più difficile adottare stili di vita preventivi "positivi", che richiedono una maggiore tensione verso la compenetrazione del ruolo professionale e preventivo all'interno della vita privata.

Alla luce di questi dati dovremmo sempre cercare di comprendere quanto le nostre obiezioni alle campagne vaccinali per i nostri pazienti siano dovute a un'adesione alle evidenze e quanto invece siano "razionalizzazioni" ex post dei nostri comportamenti.

■ Relazione Mmg-paziente

Resta quindi da analizzare il grande capitolo della relazione e comunicazione dei Mmg con i pazienti in temi di vaccini.

La necessità di un nostro raffinamento comunicativo sarà sempre più decisiva. Ciò non solo per l'abbinata tra crescita del numero di vaccino e la loro non obbligatorietà; ma anche per il crescente ruolo dei gruppi di consumatori "critici" o scettici. Non pochi tra questi gruppi uniscono informazioni "scientiste" new age con accuse quasi terroristiche e generiche a tutti i vaccini. Certo, in Italia non abbiamo raggiunto le punte fondamentaliste di alcuni Paesi: in Africa e negli USA alcuni incaricati alle vaccinazioni sono stati minacciati di morte. Su *New Scientist* si legge che il dottor Datti Hamed, medico e presidente della Corte Suprema per la Sharia in Nigeria, ha dichiarato: "Noi pensiamo che moderni Hitler hanno deliberatamente alterato i vaccini per la polio con farmaci anticongezionali e con certi virus malevoli, che causano Aids". E così il progetto antipolio è bloccato da più di un anno.

D'altra parte, ai fondamentalismi o paure di singoli o gruppi non si possono opporre solo i rassicuranti mantra ripetitivi dell'autorità pubblica.

Insomma, i Mmg come singoli e come gruppi dovranno affrontare nei prossimi anni difficili sfide comunicative, per le quali servono risorse e corsi ad hoc, non tanto e solo sui "contenuti", ma soprattutto sulle capacità di relazione empatica e "motivazionale".

Conclusioni e proposte

Il counselling vaccinale ai propri pazienti rappresenta una sfida complessa che racchiude numerose sotto-sfide. Come al solito rispetto alla complessità il Mmg può agire in due modi opposti:

- a "mo' di struzzo", per esempio delegando tutto alla medicina pubblica o semplicemente glissando;
- facendosi carico della crescente problematica.

Ognuna delle due strategie ha i suoi rischi. La prima può farci andare incontro a rischi medico-legali. In effetti, nel momento in cui le Asl e alcune Regioni stanno declinando alcuni loro compiti, attraverso la non-obbligatorietà, arriva-

no notizie di prime cause legali intentate a Mmg da parte di pazienti che magari hanno subito infezioni a loro parere evitabili (per esempio polmoniti in pazienti bronchiectasici, non vaccinati per pneumococco; meningiti in pazienti splenectomizzati, non vaccinati per meningococco).

La seconda scelta (farsi carico) può invece farci soccombere e annegare nei meandri contenutistici dei vari vaccini e in quelli relazionali con individui e famiglie, sempre più informate, ma sempre più indecise a tutto.

Si è liberi di sviluppare un sempre più crescente ruolo dei Mmg in tema di vaccini. Ma bisogna dire a noi stessi e ai nostri interlocutori qualche parola onesta: il rafforzamento del nostro ruolo potrà avvenire solo dopo l'incremento di risorse per gestire le tante abilità e logistiche che sono dietro.

Per prima cosa vi è bisogno di corsi dedicati per imparare a comunicare le complessità informative e decisionali dei vecchi e nuovi vaccini. Quindi, scopriremo che per rafforzare il nostro ruolo nel counselling vaccinale e magari nelle vaccinazio-

ni in ambulatorio vi è necessità di migliorare non solo abilità cognitive, comportamentali, ma anche la logistica informatica, tecnologica e di personale (tabelle 1 e 2).

Tutte queste abilità vanno incoraggiate sia con corsi a hoc per Mmg e per il personale segretariale e/o infermieristico, sia con il giusto riconoscimento alla valorizzazione dell'uso appropriato, in campo vaccinale, dei più diffusi programmi computerizzati per le cartelle mediche dei Mmg.

Intanto, forse converrà seguire una via di mezzo e navigare tra la "Scilla" della consulenza di base da dare ai pazienti e la "Carriddi" del rapporto nostro e dei nostri pazienti con i colleghi di riferimento, esperti di vaccino, all'interno dei distretti e delle Asl.

Nessuna risorsa concreta però potrà ovviare agli errori comunicativi. Non può funzionare un razionalismo "esterno" dei fatti calati dall'alto ("i vaccini sono essenziali e gli esami ci dicono che la loro dose di mercurio è insignificante").

Serve una capacità raffinata che sappia parlare non solo alla "mente", ma anche agli affetti e alla storia personale di quel paziente e quella famiglia. Non bisogna porsi su di un piedistallo razionalista e imporre le proprie informazioni "superiori".

Bisogna forse concedere alla gente comune la liceità, e in qualche modo saggezza, di un certo timore nel coltivare dubbi verso macchine statali e internazionali, che non sempre sono esenti da intersezioni con apparati multinazionali industriali privati.

Per riprendere l'esempio precedente, a chi esprime dubbi sul mercurio nei vaccini forse non conviene solo riferire che quel mercurio è inferiore a quello assunto con il tonno o il pesce spada. Non conviene neppure imporre la nuova tendenza di vaccini unici multipli, esa- o epta-valenti, di moda tra i medici pubblici. Sarà magari meglio accordarsi su vaccini separati in più tempi.

A quel paziente che racconta un

Tabella 1

Abilità cognitive e operative richieste ai Mmg in tema di vaccinazioni

Caratteristiche del singolo vaccino:

- Fasce di età e sesso
- Elenco indicazioni e controindicazioni
- Monodose o multidosi, multivaccino

Conoscenze richieste:

- Elenco lavori a rischio
- Tipi di vaccino per ogni batterio-virus; calendario delle diverse schede delle dosi
- Conoscenza clinica aggiornata delle malattie infettive
- Conoscenza di farmacologia e farmacovigilanza dei vaccini
- Conoscenza e condivisione dell'epidemiologia ed EBM dei vaccini
- Abilità di uso delle funzioni "vaccinali" nelle cartelle computerizzate, nonché la capacità di estrazione della lista dei vaccinandati e vaccinati dal proprio database
- Audit e Netaudit dei vaccini
- Informazione, educazione sanitaria e counselling per i singoli individui, per le famiglie e per gli stranieri
- Corsi per il personale segretariale e/o infermieristico
- Relazione integrata con personale dei distretti e dell'igiene pubblica

Tabella 2

Attrezzatura e gestione in ambulatorio**Attrezzatura**

L'ambulatorio deve avere in dotazione le attrezzature atte a garantire il mantenimento della catena del freddo (gruppi continuità, registrazione sistematica della temperatura) e per rilevare una sua eventuale interruzione. Tale requisito deve essere garantito anche durante il trasporto dei vaccini (scheda catena del freddo).

Gestione

- Gestire presidi medici per intervenire in caso di reazione grave. Utilizzare materiali monouso in tutti i casi in cui è possibile.
- Disporre di protocolli operativi inerenti le diverse operazioni e procedure, accessibili a tutti gli operatori.

Tratto da: Vaccinare in sicurezza nell'ambulatorio del pediatra. Gruppo di Studio Apeg sulle vaccinazioni (www.apeg.it), 2008.

caso aneddótico non conviene opporre solo aride statistiche, ma opposti casi aneddóticos.

A chi ha paura non possiamo opporre solo aride ragioni, ma dobbiamo imparare ad offrire concilianti e suggestive metafore.

In questo campo minato come potranno i Mmg conservare tranquillità e credibilità? Probabilmente i rischi dei Mmg sono inferiori a quelli dei medici pubblici, dal momento che noi Mmg in genere non abbiamo il potere, e soprattutto l'abitudine,

di imporre politiche vaccinali.

Dove non arriva il potere "estraneeo" della scienza o delle autorità pubbliche potrebbe quindi arrivare l'autorità informata, personale e "calda" del Mmg.

Insistiamo comunque su un punto: il Mmg che si coinvolge attivamente nelle vaccinazioni deve coltivare motivazioni interne, ma deve anche essere sostenuto con diverse forme di incentivi esterni a sviluppare la crescita di un ramificato albero di conoscenze, pratiche e management vaccinali.

Per crescere robusto questo albero dovrà contare sia su aiuti concreti da parte di autorità pubblica (che dovrà rinnovarsi e superare l'attuale tendenza schizoide a spaventare o al defilarsi della non-obbligatorietà) sia su un'osmosi continua con le risorse educative-informative della scuola, degli operatori di sanità pubblica e dei gruppi di consumatori evoluti.