



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

I VACCINI NELL'ADULTO E NELL'ANZIANO: CONOSCKERLI PER PROMUOVERLI

Un Position Paper della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

**Raffaele Antonelli Incalzi^{1,2}, Roberto Bernabei³, Paolo Bonanni⁴, Michele Conversano⁵,
Fiona Ecarnot^{6,7}, Giovanni Gabutti⁸, Stefania Maggi^{9,10}, Diana Paolini⁴, Federica Sandri⁸**

¹ Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Università Campus Bio-Medico, Roma; ² Presidente Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG); ³ Dipartimento di Scienze dell'invecchiamento, neurologiche, ortopediche e della testa-collo, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ⁴ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze; ⁵ Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto; ⁶ Department of Cardiology, University Hospital Besancon, France; ⁷ EA3920, University of Franche-Comté, Besancon, France; ⁸ Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara; ⁹ Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Neuroscienze, Padova; ¹⁰ Consorzio di Ricerca "Luigi Amaducci", Padova.



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

INDICE

Introduzione	Pag. 3
Sintesi delle strategie raccomandate	Pag. 4
Eterogeneità nelle applicazioni regionali	Pag. 22
Identificazione degli ostacoli	Pag. 28
Proposta di interventi	Pag. 36
Ruolo della didattica universitaria	Pag. 47
Conclusioni	Pag. 53

INTRODUZIONE

Il presente lavoro collaborativo, promosso dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), si propone di affrontare la tematica dei vaccini nell'adulto e nell'anziano in un momento molto problematico per il diffondersi di interpretazioni confuse e/o confondenti l'evidenza in virtù delle quali si rischia di incorrere in una situazione paradossale: non assicurare per limiti concettuali e procedurali le doverose e preziose vaccinazioni, disponibili, che in larga parte del mondo non possono essere utilizzate solo per inadeguata o mancata disponibilità!

La SIGG ha quindi riunito esperti di varia estrazione e competenza così da integrarne conoscenze ed esperienze in un documento riassuntivo, auspicabilmente agile e chiaro, diviso in sezioni con una struttura sostanzialmente ripetuta sicché ogni tema sia affrontato secondo un iter che renda confrontabili le diverse sezioni. Scopo del documento è: 1) riassumere le strategie raccomandate nell'adulto; 2) verificare le diversità nelle applicazioni tra regione e regione in Italia; 3) identificare gli ostacoli, "culturali" e procedurali, all'applicazione della corretta pratica vaccinale; 4) promuovere interventi volti alla rimozione dei suddetti ostacoli; 5) verificare l'attenzione prestata alle vaccinazioni dalla didattica universitaria sia nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia che nel corso di specializzazione in Geriatria in Italia e in Europa.

Il tema 5) è motivato dai risultati di una recente survey sulle competenze vaccinali di specialisti e specializzandi in Geriatria promossa dalla SIGG. I relativi risultati denotano infatti varie lacune, paradossalmente più tra gli specialisti, e una certa variabilità del livello di conoscenza in rapporto alla tipologia e all'età del vaccino. Pertanto, particolare attenzione è stata prestata alle raccomandazioni relative alla sequenza delle vaccinazioni anti pneumococcica e alla vaccinazione anti Herpes Zoster.

Il documento è costruito con rigore scientifico, ma ha una forma semplice e divulgativa, in tono con l'intento di rendere un servizio fruibile da lettori di varia cultura ed estrazione. Rappresenta la base di una serie di sviluppi volti a promuovere la corretta applicazione delle pratiche vaccinali nell'adulto: materiale divulgativo cartaceo e online, articoli scientifici sintetici di consenso, set di diapositive, materiale didattico dedicato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia e alle scuole di specializzazione di area medica. Inoltre, la struttura modulare ne permetterà l'aggiornamento periodico o al bisogno, mantenendo una forma che, divenuta familiare, faciliti la percezione e acquisizione degli aggiornamenti.

SINTESI DELLE STRATEGIE RACCOMANDATE

Giovanni Gabutti¹, Federica Sandri¹, Diana Paolini², Paolo Bonanni²

¹ Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara

² Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

RAZIONALE

A livello globale le popolazioni stanno invecchiando rapidamente, in modo particolare nell'Unione Europea (UE) rispetto a qualsiasi altra regione dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). In un contesto di evoluzione del quadro epidemiologico, di transizione demografica e di grandi trasformazioni sociali, la prevenzione rappresenta uno strumento fondamentale e di non semplice implementazione in relazione alle limitate risorse economiche disponibili. Le vaccinazioni risultano indispensabili nella popolazione adulta e anziana per prevenire l'insorgenza di malattie quali influenza, infezioni da pneumococco (meningite, polmonite e malattia pneumococcica invasiva), herpes zoster e pertosse (contratta più volte nel corso della vita), che colpiscono ogni anno milioni di persone, con un peso maggiore negli anziani. L'invecchiamento della popolazione si associa infatti ad un maggior rischio di contrarre malattie infettive. Questo perché le problematiche correlate a co-morbidità per patologie cronico-degenerative e l'immuno-senescenza rendono gli anziani più suscettibili, in particolare alle malattie infettive prevenibili da vaccino. Le malattie trasmissibili sono un onere importante per il sistema sanitario, soprattutto nei pazienti già affetti da patologie croniche, in quanto aumentano il rischio di ospedalizzazione e possono portare ad una rapida perdita dell'autonomia degli anziani. In Europa si registrano i più alti tassi di ospedalizzazione tra gli anziani per malattie prevenibili con vaccinazioni. Anche negli Stati Uniti (USA) il 36% dei ricoveri riguarda la popolazione anziana. Da considerare anche l'impatto economico sul sistema sanitario che queste patologie prevenibili da vaccino hanno per quanto riguarda i costi legati all'ospedalizzazione. Il valore economico delle vaccinazioni è un aspetto aggiuntivo che dovrebbe favorirne la massima diffusione in quanto presentano un ruolo importante nella sostenibilità dei sistemi sanitari, risparmiando infezioni, ricoveri, decessi e ricorso a farmaci o interventi medici. Uno dei più ampi studi retrospettivi riguardo l'impatto economico di Herpes Zoster (HZ) e nevralgia post-erpetica (PHN) in Italia, ha dimostrato come queste siano un peso significativo sulla popolazione italiana con costi per i pazienti di età ≥ 50 anni che superano i 41

milioni di euro all'anno. I costi indiretti, responsabili di quasi un terzo dei costi totali, fanno riflettere sulla natura debilitante di HZ e PHN tra le persone anziane in età lavorativa. La malattia pneumococcica negli adulti con età ≥ 50 anni in USA, nel 2007, ha avuto un costo diretto totale di 3,7 miliardi di dollari. Mentre dal White Book dell'European Respiratory Society vengono stimati 6 miliardi di euro all'anno i costi della polmonite in Europa. Da un recente lavoro di Putri WCWS et al. (Economic burden of seasonal influenza in the United States, 2018) emerge che la fascia di età > 64 anni presenta il peso maggiore dei costi diretti totali, derivanti proprio dall'ospedalizzazione a seguito dell'influenza.

In generale la vaccinazione risulta essere una strategia importante nel controllare le malattie infettive, nel ridurre l'impatto economico sul sistema sanitario e nel garantire un invecchiamento in buona salute riducendo la probabilità di ospedalizzazione, la disabilità e la morte da malattie prevenibili con vaccino negli anziani.

EVIDENZE

ANTI-INFLUENZALE: L'influenza colpisce ogni anno dal 5 al 20% della popolazione mondiale e in 30 paesi dell'UE/SEE sono circa 500 milioni le persone coinvolte. In USA l'influenza causa circa 100.000 ospedalizzazioni e annualmente i decessi sono circa 36.000. I decessi nell'UE/SEE sono ogni anno 38.500, dei quali il 90% sono anziani. In Italia oggi l'influenza risulta essere la terza causa di morte per patologia infettiva. L'obiettivo delle istituzioni sanitarie nazionali e internazionali è quello di limitare le complicanze e il carico complessivo della malattia (burden of disease), ridurre l'impatto sanitario e sociale e limitare le perdite economiche determinate dall'influenza.

La vaccinazione anti-influenzale ha dimostrato di portare a una riduzione del numero di ospedalizzazioni e della mortalità globale tra gli anziani. La maggior parte degli attuali vaccini contro l'influenza stagionale utilizzati in Italia includono 2 ceppi di influenza A e 2 ceppi di influenza B (quadrivalente, QIV) oppure 2 ceppi di influenza A e 1 ceppo di influenza B adiuvati (trivalente, aTIV) e l'esatta composizione del vaccino è determinata ogni anno dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla base dei dati di sorveglianza. I vaccini antinfluenzali vengono suddivisi in diverse categorie: i vaccini inattivati, i vaccini adiuvati e il vaccino vivo-attenuato. I vaccini inattivati (VII) possono essere a virus interi, a virus frammentati (split) e a sub-unità. Nella maggior parte dei Paesi i vaccini a virus interi sono stati sostituiti da vaccini a split e a sub-unità in quanto meno reattogeni.

Questi sono indicati nelle persone con età compresa tra i 3 e i 75 anni. Al fine di migliorare l'immunogenicità alcune formulazioni di vaccini inattivati includono adiuvanti. In particolare, in alcuni Paesi, come in Italia, è stato autorizzato negli anziani (persone con età ≥ 65 anni) un vaccino adiuvato con MF59. Allo stesso modo, negli Stati Uniti, è stato licenziato un vaccino inattivato ad alto dosaggio per l'uso in persone anziane. Diversi studi di efficacia/effectiveness, hanno dimostrato un tasso di efficacia del vaccino inattivato tetravalente (TIV) più modesto negli individui di età ≥ 65 anni. Un'aumentata risposta anticorpale viene stimolata proprio dalle formulazioni ad alto dosaggio, autorizzata negli Stati Uniti, e dalla formulazione di TIV adiuvato con MF59 attualmente in uso in Italia. In Italia, infatti, i vaccini raccomandati agli adulti con età ≥ 65 anni sono quelli a sub-unità o split, trivalente (TIV) o quadrivalente (QIV), e il trivalente adiuvato con MF59. Dato il maggior peso dell'influenza da virus A nei grandi anziani (età ≥ 75 anni) e data l'evidenza di una migliore efficacia del vaccino adiuvato trivalente, questo fornisce una protezione superiore rispetto ai vaccini non adiuvati negli anziani. Infine esiste il vaccino vivo-attenuato (LAIV) che è autorizzato per l'uso in persone di età compresa tra 2 e 59 anni, ma che non è attualmente commercializzato in Italia.

ANTI-PNEUMOCOCCICO: Secondo le stime del Global Burden of Disease (GBD) del 2016, le infezioni del tratto respiratorio inferiore, definite come polmonite o bronchiolite, erano la principale causa di morbosità e mortalità in tutto il mondo. Lo pneumococco è la principale causa di morbosità e mortalità delle infezioni del tratto respiratorio inferiore (LRI) a livello globale, contribuendo a più morti rispetto a tutte le altre eziologie combinate nel 2016. Il numero di decessi dovuti a LRI tra gli adulti di età > 70 anni è passato da 746.700 a 1.080.958 dal 2000 al 2016. Nelle stime del GBD del 2017, l'incidenza e la mortalità hanno ulteriormente registrato aumenti sostanziali di circa il 26% e il 33% tra quelli di età compresa tra 50-69 anni e > 70 anni, rispettivamente. Secondo l'OMS, le malattie invasive da pneumococco rappresentano circa 600.000-800.000 casi di mortalità tra gli adulti ogni anno. La forma invasiva della malattia colpisce prevalentemente gli anziani con comorbidità sottostanti.

In USA il numero di casi di malattia pneumococcica è 10 volte maggiore negli anziani rispetto ai bambini con età inferiore ai 2 anni e l'incidenza stimata annuale di malattia pneumococcica invasiva è di 10.6 / 100.000 abitanti in USA. Nel 2017, sono stati 23.886 i casi confermati di malattia pneumococcica invasiva (PID) segnalati nell'UE/SEE. I tassi specifici per età erano più alti in quelli di

età pari o superiore a 65 anni (18,9 casi per 100 000 abitanti). Il tasso di mortalità presenta un ampio range (6,4-40%) nella popolazione europea. Nel 2017, sono stati segnalati 1.703 casi di malattia invasiva da pneumococco in Italia, con un'incidenza di 7,33 casi /100.000 abitanti per la fascia di popolazione con età maggiore a 64 anni. L'incidenza di ospedalizzazione in Italia è di 16,5/100.000 abitanti nei soggetti con età >64 anni. In Italia l'incidenza di malattia pneumococcica è più alta nelle fasce di età inferiore a 1 anno e maggiore di 64 anni e dal 2015 al 2017 c'è stato un trend in aumento, evidente soprattutto negli adulti con età superiore a 64 anni.

Numerosi studi hanno dimostrato l'impatto della vaccinazione anti-pneumococcica nel ridurre l'incidenza di PID. Dal report dei CDC statunitensi si evince che la malattia pneumococcica invasiva negli adulti di età pari o superiore a 65 anni è diminuita dal 1998 al 2015, grazie proprio all'introduzione dei vaccini pneumococcici.

Sono due attualmente i vaccini autorizzati per l'uso negli Stati Uniti: il vaccino pneumococcico coniugato 13-valente (PCV13) e il vaccino pneumococcico polisaccaridico 23-valente (PPSV23).

Nel 2000 venne introdotto il vaccino pneumococcico coniugato 7-valente (PCV7) e nel 2010 il vaccino pneumococcico coniugato 13-valente (PCV13). L'uso di questi vaccini nei bambini provocò una riduzione delle infezioni da pneumococco negli adulti (protezione indiretta). Entro il 2013, l'incidenza di PID causata da sierotipi unici per PCV13 tra gli adulti di età ≥65 anni era diminuita di circa il 50% rispetto al 2010. Tuttavia, nel 2013 si sono registrati 13.500 casi di PID tra gli adulti di età ≥65 anni. Approssimativamente, il 20% -25% dei casi di PID e il 10% dei casi di polmonite acquisita in comunità negli adulti di età ≥65 anni sono causati da sierotipi di PCV13 e sono potenzialmente prevenibili con l'uso di PCV13 in questa popolazione. Nel 2011, quindi, il PCV13 è stato approvato per l'uso negli adulti di età ≥50 anni per prevenire la polmonite e la malattia invasiva causata dai sierotipi di *S. pneumoniae* contenuti nel vaccino.

La decisione ACIP di raccomandare l'uso di PCV13 tra gli adulti di età ≥65 anni è stata posticipata fino a quando non sono stati disponibili dati sull'impatto dell'uso di PCV13 nei bambini sulla malattia negli adulti e sull'efficacia di PCV13 contro la polmonite pneumococcica non invasiva tra gli adulti. Diversi studi hanno verificato il beneficio clinico e l'efficacia di PCV13 nella prevenzione della polmonite da pneumococco, come lo studio CAPiTA nel periodo 2008-2013 (Bonten M et al.2014) e altri l'immunogenicità (Jackson LA et al. 2013). Altri studi hanno valutato la risposta immunitaria a seguito della somministrazione di PPSV23 e PCV13 (Miernyk KM et al. 2009; Jackson LA et al. 2013;

Greenberg RN et al. 2014). Gli studi sulla sequenza PCV-PPSV23 tra gli adulti immunocompetenti suggeriscono che intervalli più brevi (ad es. 8 settimane), possono essere associati ad aumentata reattogenicità locale se comparata con intervalli più lunghi e intervalli più lunghi (ad es., ≥ 1 anno) possono portare a una migliore risposta immunitaria contro i sierotipi contenuti in entrambi i vaccini rispetto a una singola dose di PCV13 o PPSV23. Data l'elevata percentuale di PID causata dai sierotipi unici per PPSV23, è prevista una protezione più ampia mediante l'uso sequenziale di PCV13 e PPSV23. Per gli adulti immunocompetenti di età ≥ 65 anni che non hanno mai ricevuto il vaccino pneumococcico, ACIP raccomanda una dose di PPSV23 somministrata 1 anno dopo una dose di PCV13 (***)).

Affinché un vaccino pneumococcico sia adeguato, considerato il fatto che esistono quasi 100 sierotipi di *S. pneumoniae*, deve garantire una copertura per il maggior numero possibile di ceppi circolanti e assicurare una protezione a lungo termine. Un ulteriore punto di grande importanza riguarda la resistenza agli antibiotici dello pneumococco. Questo comporta una minaccia per la salute della popolazione oltre che degenze più prolungate, fallimenti terapeutici, decesso e infine un aumento dei costi sanitari. Ecco perché un vaccino adeguato deve garantire una copertura nei confronti dei ceppi associati alle forme più gravi e/o all'antibiotico resistenza, oltre che ai ceppi più comunemente implicati nelle infezioni.

ANTI-HERPES ZOSTER: L'incidenza dell'HZ è correlata all'età della popolazione, in relazione all'immuno-senescenza. Globalmente, l'incidenza è di 2-3 casi / 1.000 abitanti, fino a 5 / 1.000 e 6-7 / 1.000 persona/anno nelle fasce d'età 20-50 anni, ≥ 60 anni e 70-80 anni, rispettivamente. Si stima che almeno il 25% dei soggetti sperimenterà un episodio di HZ durante la loro vita; due terzi dei casi del mondo riguardano soggetti ≥ 50 enni. In Europa l'incidenza annuale è pari a 2-4,6 casi/1000 abitanti, tendendo a crescere dopo i 50 anni. In Italia l'incidenza annuale nei soggetti di età ≥ 50 anni è di 6,3/1000 abitanti.

Il rischio e la gravità di herpes zoster aumentano con l'età. La vaccinazione per HZ risulta essere importante anche per la prevenzione della PHN, la cui incidenza aumenta con l'aumentare dell'età. Nell'anziano sia HZ che PHN, hanno un forte impatto negativo sulla qualità della vita e sull'autonomia. In particolare la nevralgia post-erpetica comporta un dolore significativo per 6-12 mesi, con una gestione complessa della malattia e una terapia, spesso inefficace, che espone il

paziente a gravi effetti collaterali. I pazienti con HZ presentano anche un rischio maggiore di eventi ischemici legati allo stato infiammatorio innescato dal virus che colpisce le strutture vascolari con la possibilità di indurre danno endoteliale e trombosi.

Attualmente esistono due vaccini efficaci contro l'herpes zoster. Il vaccino vivo attenuato (Zoster Vaccine Live-ZVL) è stato autorizzato dalla FDA nel 2006 come vaccino indicato per la prevenzione di HZ e di PHN in adulti immunocompetenti di età ≥ 50 anni ed è raccomandato dall'ACIP per l'uso in adulti immunocompetenti ≥ 60 anni. Diversi studi hanno dimostrato la sicurezza e l'efficacia di ZVL negli adulti immunocompetenti. ZVL risulta essere efficace contro HZ e le sue complicanze e riduce l'incidenza della malattia, indipendentemente dall'età e dalla co-morbosità, ma la durata della protezione diminuisce nel tempo.

Recentemente è stato sviluppato il vaccino adiuvato ricombinante (Recombinant Zoster Vaccine-RZV) contenente un adiuvante progettato per migliorare l'immunogenicità. RZV è stato approvato dalla FDA nel 2017 e dalla Commissione europea nel 2018. RZV contiene la glicoproteina E (gE) di VZV, essenziale per la replicazione e la diffusione virale intercellulare e il bersaglio della specifica risposta immunitaria, e l'adiuvante AS01B che stimola l'attivazione della risposta immunitaria innata.

AREE GRIGIE

Considerando le criticità dell'argomento è necessario discutere delle coperture vaccinali che, quando note, non raggiungono gli obiettivi proposti dal Consiglio Europeo e dall'OMS. In alcuni Paesi, come in Italia, nonostante le vaccinazioni per l'anziano siano offerte gratuitamente, la percentuale di soggetti vaccinati tra gli ultrasessantacinquenni è in calo. La scarsa compliance alle vaccinazioni deriva da diversi ostacoli quali i limitati finanziamenti e il difficile accesso ai vaccini; l'inconsistente monitoraggio dell'adesione alle vaccinazioni; le lacune nella conoscenza e la scarsa percezione del rischio da parte del cittadino; la limitata promozione dei programmi vaccinali insieme alla mancanza di autorevolezza da parte dei professionisti del settore sanitario nel raccomandare le vaccinazioni; infine lo scarso monitoraggio da parte dei sistemi di sorveglianza delle coperture vaccinali e delle notifiche delle malattie infettive.

Vista la condizione di fragilità dell'anziano, la vaccinazione in questa fascia d'età dovrebbe essere effettuata di routine. Proprio per questo il Consiglio dell'Unione Europea raccomanda di offrire

attivamente le vaccinazioni nei gruppi a rischio, in modo da rendere le vaccinazioni come parte di un approccio preventivo generale con l'obiettivo di conseguire i benefici di sanità pubblica legati all'invecchiamento in salute.

Il primo passo è la realizzazione da parte dei governi di programmi per il monitoraggio efficace dei tassi di vaccinazione al fine di raggiungere una percentuale di copertura in grado di proteggere le persone che non possono essere vaccinate. Tra le strategie rientrano, inoltre, l'implementazione di programmi per aumentare le coperture vaccinali, l'ottimizzazione del monitoraggio e della collaborazione tra enti differenti; l'aumento di piani di comunicazione per affrontare la vaccine hesitancy, in modo da garantire un'informazione scientifica di qualità; il coinvolgimento degli operatori sanitari e delle Società Scientifiche per facilitare i programmi vaccinali. Le risorse dovrebbero essere stanziare non solo per introdurre i vaccini, ma anche per l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione del loro impatto sulla popolazione. La vaccinazione degli anziani è essenziale per prevenire la disabilità, la morbosità e la mortalità e promuovere un invecchiamento sano, in cui gli anziani possono ancora condurre una vita attiva contribuendo alla società.

Per quanto riguarda l'influenza, sono attivi diversi sistemi di sorveglianza. A livello globale "FluView" rilascia i rapporti del CDC che riportano i dati prodotti da vari laboratori (GISRS, WHO). In Europa "FluNews Europa" presenta i rapporti dell'ECDC in collaborazione con l'OMS. In Italia invece "FluNews Italia" integra i diversi sistemi di sorveglianza dell'influenza in rapporti settimanali.

La vaccinazione contro l'influenza deve essere somministrata annualmente, poiché il vaccino fornisce protezione solo contro i ceppi inclusi nella formulazione o varianti strettamente correlate. I ceppi del virus dell'influenza sono molto variabili e nuovi ceppi diversi circolano quasi ogni anno. Un vaccino antinfluenzale "universale" che induca un'immunità duratura contro tutti i ceppi di influenza risolverebbe il problema della rivaccinazione annuale e probabilmente migliorerebbe la compliance e la copertura vaccinale. L'OMS e il Consiglio Europeo raccomandano il raggiungimento della copertura minima vaccinale del 75% contro l'influenza stagionale e del 95% negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio. Dall'ultimo report dell'ECDC emerge che i tassi di copertura delle vaccinazioni per le stagioni influenzali 2015-16, 2016 - 17 e 2017-18 sono stati segnalati da 19 Stati membri UE/SEE. Questi sono stati misurati attraverso un'analisi dei dati amministrativi o stimati con metodi di indagine. Per la popolazione anziana (età ≥ 65 anni) il tasso di copertura varia dal 2,0% al 72,8% (mediana 47,1%). Negli Stati Uniti, l'ultimo report del CDC

riporta tassi di copertura del 63% negli adulti con età ≥ 65 anni nella stagione 2017-2018. In Italia, sempre nella stagione 2017-2018, i tassi di copertura vaccinale negli anziani sono stati del 52,7%, mentre nel 2018-19 sono moderatamente saliti al 53,1%. Le persone anziane continuano ad essere un obiettivo importante per la vaccinazione antinfluenzale, e la vaccinazione è lo strumento di sanità pubblica più efficace attualmente disponibile per proteggere gli individui anziani dall'influenza.

La sorveglianza delle malattie invasive da pneumococco in Italia è coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, (con il supporto finanziario del Ministero della Salute) ma si pensa sia sottostimata in quanto non sempre i casi vengono diagnosticati e/o notificati.

Per quanto riguarda il vaccino anti-pneumococcico, attualmente l'obiettivo è quello di aumentare il numero di sierotipi inclusi nei vaccini, in quanto i vaccini in uso ad oggi, PPV23 e PCV13, coprono solo per alcuni sierotipi di pneumococco. Tra i pazienti di età pari o superiore a 65 anni, il 72% dei casi di malattia pneumococcica invasiva in UE/SEE nel 2017 è causato da sierotipi contenuti nel vaccino polisaccaridico 23-valente, e il 30% è causato da sierotipi presenti nel PCV 13-valente. I vaccini coniugati hanno fornito una protezione significativa contro l'infezione da pneumococco con effetti che si estendono a tutti i gruppi di età attraverso l'induzione dell'immunità di gregge. Allo stesso tempo, la limitata copertura dei sierotipi dei vaccini ha portato ad un fenomeno di parziale *replacement*, ovvero sostituzione di parte dei sierotipi circolanti. Per questo, e anche a seguito dell'aumento della resistenza agli antibiotici, è necessaria una copertura più ampia contro lo pneumococco. A causa della grande varietà di sierotipi di polisaccaridi capsulari che gli pneumococchi possono esprimere, la ricerca di nuovi vaccini si è concentrata sulla ricerca di un antigene proteico più conservato che potesse offrire protezione contro la malattia da pneumococco. Tuttavia tale approccio non ha dato fino ad ora risultati concreti.

Le coperture vaccinali negli adulti non vengono raccolte in modo sistematico ed uniforme. I dati a disposizione derivano da studi locali o regionali, ed evidenziano che le coperture sono piuttosto basse. Da un'indagine sulle coperture vaccinali per PPV23 condotta dall'Osservatorio Epidemiologico della Puglia, nel 2010, emerge che solo in 7 regioni sono disponibili dati di copertura per i soggetti ultrasessantatrenni. Le coperture riportate per il periodo 2004-2008 oscillano da un minimo di 0.7% (Marche, 2004) a un massimo del 50% (Friuli Venezia Giulia, valore medio del periodo 2004-2008). Uno studio condotto nella regione Puglia per stimare la copertura vaccinale per il PPV23 nel periodo dal 2000 al 2004, riporta che negli individui di età ≥ 65 anni la copertura

complessiva era pari al 26,3% e che nel periodo 2005-2007, i tassi di copertura vaccinale annuale non eccedevano l'8%.

Come per la malattia pneumococcica, anche per l'herpes zoster attualmente i dati sulle coperture vaccinali non vengono raccolti e sono a disposizione solo alcuni dati locali. Un esempio positivo riguarda il programma di vaccinazione contro l'herpes zoster in Inghilterra che ha avuto un impatto sulla popolazione equivalente a circa 17.000 episodi in meno di HZ e 3300 episodi in meno di nevralgia post-erpetica. Nei primi 3 anni di vaccinazione l'incidenza di HZ è diminuita del 33-35% e quella di PHN del 38-50%. Il programma è partito nel 2013 su 2 coorti: 70 e 79 anni. La copertura media nazionale è stata del 61,8% nel primo anno. Gli elementi chiave del successo sono stati la co-somministrazione con il vaccino antinfluenzale, l'elevata accettabilità, l'offerta gratuita e la strategia *age-based*. Nonostante le forti prove a sostegno dell'efficacia del vaccino contro HZ, la pratica della vaccinazione rimane non ottimale con una copertura insoddisfacente. Di conseguenza, è necessario compiere sforzi sostanziali per aumentare l'uso del vaccino.

RACCOMANDAZIONI CON VARI LIVELLI DI FORZA

Molti paesi hanno stabilito delle raccomandazioni riguardo le vaccinazioni per gli anziani. Le vaccinazioni contro l'influenza e lo pneumococco sono generalmente raccomandate per le persone con malattie di base e per gli anziani con limiti di età eterogenei tra ≥ 50 anni e ≥ 65 anni. Alcuni paesi raccomandano anche la vaccinazione contro l'herpes zoster per gli anziani.

La vaccinazione anti-influenzale viene raccomandata annualmente, nel periodo tra ottobre e dicembre. CDC e ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) raccomandano il vaccino antinfluenzale ogni anno a tutte le persone di età ≥ 6 mesi senza controindicazioni. Tuttavia, la vaccinazione per prevenire l'influenza è particolarmente importante per le persone a maggior rischio di gravi complicanze da influenza. Rientrano in questa categoria gli adulti con età ≥ 50 anni. A livello globale le raccomandazioni cambiano a seconda del Paese. In Italia il vaccino è raccomandato a tutte le persone con età ≥ 65 anni di età secondo il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019. In altri paesi, come per esempio negli Stati Uniti, viene raccomandato a tutti gli adulti.

Per quanto riguarda la vaccinazione anti-pneumococcica, in USA, l'ACIP ha prodotto raccomandazioni sull'uso del PCV13 in soggetti adulti che sono diventate linee guida nazionali

nell'agosto 2014. Tali raccomandazioni sono state formulate sulla base delle evidenze scientifiche disponibili sull'efficacia del PCV13, in particolare i risultati dello studio CAPITA. Il CDC raccomanda l'uso di routine del PCV13 per la protezione degli adulti ultrasessantacinquenni contro la malattia pneumococcica con le seguenti indicazioni:

- per adulti ≥ 65 anni, che non hanno precedentemente ricevuto il vaccino anti-pneumococcico o la cui storia vaccinale sia sconosciuta, si raccomanda una dose di PCV13, seguita da una dose di PPV23;
- per adulti ≥ 65 anni pre-immunizzati con PPV23, a cui non siano mai state somministrate dosi di PCV13, si raccomanda una singola dose di PCV13.

Secondo le indicazioni ACIP, per la vaccinazione contro herpes zoster, RZV può essere usato negli adulti di età ≥ 50 anni, indipendentemente dalla precedente vaccinazione per varicella o ZVL. Tuttavia, ZVL rimane tra i vaccini raccomandati in soggetti immunocompetenti oltre i 60 anni. Il programma prevede due dosi di RZV con intervallo di 2-6 mesi indipendentemente dalle precedenti vaccinazioni con ZVL. Il ciclo di vaccinazione non deve essere ripetuto se sono trascorsi più di 6 mesi dalla prima dose, sebbene l'efficacia di intervalli di tempo alternativi non sia stata valutata e potrebbe esporre al rischio di HZ tra le due dosi. Globalmente le raccomandazioni cambiano a seconda del paese. In Italia la vaccinazione HZ è inclusa nel Piano nazionale per la prevenzione dei vaccini (PNPV) 2017-2019 e offerta gratuitamente in alcune regioni, con una dose di ZVL a 65 anni e in soggetti a rischio con età ≥ 50 anni.

INCERTEZZE, PROSPETTIVE E POTENZIALI SVILUPPI

Nonostante l'evidenza crescente dei benefici della vaccinazione degli anziani, le coperture restano molto al di sotto degli obiettivi e la necessità di programmi di vaccinazione per tutta la vita e l'importanza dell'immunizzazione nella popolazione anziana sono spesso sottostimati. Le vaccinazioni negli anziani presentano ampie divergenze nell'ambito delle raccomandazioni e nei livelli di copertura raggiunti. Le raccomandazioni hanno un ruolo importante e questo è dimostrato dal fatto che nei paesi in cui le vaccinazioni per gli anziani sono incluse nei programmi vaccinali raggiungono livelli più elevati di copertura. In una recente indagine sulle politiche di immunizzazione in 31 paesi ad alto reddito, solo 12 presentavano schedule di vaccinazione complete. Nel complesso, nell'ambito delle vaccinazioni degli adulti esiste ancora molta confusione e le raccomandazioni sono

differenti a seconda del paese, con coperture generalmente limitate. Inoltre numerosi studi dimostrano che molti medici di medicina generale non considerano la vaccinazione degli anziani una priorità elevata e che le raccomandazioni di vaccinazione incentrate sui gruppi a rischio possono ridurre le somministrazioni, poiché potrebbero inavvertitamente inviare il messaggio che il sistema sanitario nazionale non considera i vaccini raccomandati come importanti per tutti. Senza finanziamenti, tuttavia, le raccomandazioni hanno un effetto limitato. In linea generale un chiaro impegno nei confronti della vaccinazione deve riflettersi in una politica pubblica coerente e completa, dove viene richiesto un impegno a finanziare e a garantire i vaccini all'intera popolazione. È necessaria una sorveglianza attiva della copertura vaccinale e dell'onere della malattia, in modo da poter stabilire gli obiettivi e le priorità e, se necessario, monitorare l'efficacia del programma e adattarlo. Tuttavia, affinché i programmi di vaccinazione degli adulti siano ben accettati come quelli in età pediatrica, hanno bisogno di un grado simile di compliance della popolazione. Questo è particolarmente un problema per la vaccinazione degli adulti perché c'è una diffusa percezione del pubblico che la vaccinazione non è necessaria.

Nell'ambito della patologia pneumococcica le prospettive future riguardano vaccini che coprano più sierotipi dello pneumococco in modo da controllare il fenomeno del *replacement*, ovvero della sostituzione dei sierotipi circolanti non inclusi nei vaccini disponibili. In particolare un vaccino pneumococcico coniugato 15-valente (PCV-15) contenente i 7 sierotipi (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F e 23F) inclusi in PCV-7 più 8 sierotipi aggiuntivi (1, 3, 5, 6A, 7F, 19A, 22F, 33F) è stato sviluppato e valutato in adulti sani di età compresa tra 18 e 45 anni. Questo sembra avere un buon profilo di sicurezza e induce risposte anticorpali verso tutti i sierotipi. Inoltre è stato testato in adulti con età ≥ 65 anni precedentemente vaccinati con PPSV23, confermando la tollerabilità e l'immunogenicità adeguati e comparandolo al PCV13. Un vantaggio importante offerto da PCV15 rispetto a PCV13 è l'induzione di alti livelli di anticorpi ai sierotipi 22F e 33F che sono emersi come causa di un rilevante numero di IPD sia nei bambini che negli adulti più anziani, in seguito all'uso diffuso di PCV in molti paesi del mondo.

Nonostante la disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci, in Italia l'influenza rimane ancora la terza causa di morte per malattie infettive e in Europa si colloca al primo posto in termini di impatto socioeconomico. La maggior parte dei vaccini attualmente disponibili sono inattivati e prodotti nelle uova embrionate di pollo e pur avendo un importante ruolo nel ridurre l'impatto delle epidemie

stagionali, presentano alcuni limiti. Questo comporta la necessità di una continua ricerca di vaccini sempre più efficaci. L'efficacia subottimale dei vaccini è dovuta al *mismatch* antigenico tra ceppi circolanti e vaccinali. Questo deriva dal drift antigenico naturale, dalla selezione inaccurata dell'antigene vaccinale, dall'impossibilità di generare virus da includere nel vaccino e dalle mutazioni *egg-adaptive*, ovvero mutazioni adattative che alterano la struttura del ceppo vaccinale durante la crescita nelle uova e che comportano una riduzione dell'efficacia vaccinale. Attualmente la produzione di vaccini sempre più innovativi è in evoluzione. L'obiettivo è quello di creare vaccini più sicuri, più efficaci e che siano rapidamente disponibili in caso di pandemia. Tra questi il vaccino prodotto su coltura cellulare che rappresenta una piattaforma alternativa rispetto a quella tradizionale. Questa presenta diversi vantaggi come il ridotto rischio di contaminazione, l'assenza di tracce di componenti delle uova e il processo produttivo risulta più efficiente in quanto i cicli produttivi sono più rapidi e con una resa migliore. A partire dal 2017, l'OMS raccomanda anche la produzione su colture cellulari e non solo quello tradizionale, per i ceppi H3N2, B/Victoria e B/Yamagata. Il vaccino quadrivalente su coltura cellulare (QIVc) viene prodotto nella coltura cellulare MDCK ed è stato per la prima volta autorizzato negli Stati Uniti nel 2016 e, negli studi clinici di fase III si è dimostrato altamente immunogeno e sicuro. Con questo vaccino ogni possibilità di mutazioni *egg-adaptive* viene eliminata. L'European Medicines Agency (EMA) ha espresso il parere positivo per l'utilizzo del QIVc a partire dai 9 anni di età 20 ed è attesa la commercializzazione in Italia per la prossima stagione 2019-2020. Recentemente, negli Stati Uniti è stato approvato un vaccino che promette una migliore protezione negli anziani, un vaccino influenzale trivalente inattivato ad alte dosi (High-Dose) che contiene quattro volte il contenuto di antigene dei vaccini influenzali a dose standard e che è licenziato specificatamente per le persone di età pari o superiore a 65 anni. La dose più elevata di antigene nel vaccino ha lo scopo di dare agli anziani una migliore risposta immunitaria e, quindi, una migliore protezione contro l'influenza. I dati di studi clinici che hanno confrontato Fluzone (un vaccino trivalente con dosi standard) con Fluzone High-Dose tra persone di età pari o superiore a 65 anni indicano una risposta immunitaria più forte con livelli anticorpali più elevati dopo la vaccinazione con Fluzone ad alte dosi. Attualmente non esistono studi riguardo un confronto tra Fluzone ad alte dosi e il vaccino adiuvato. CDC e ACIP non hanno espresso la preferenza per alcun vaccino antinfluenzale indicato per le persone con età > 65 anni. CDC

raccomanda la vaccinazione antinfluenzale come il primo e più importante passo nella protezione contro l'influenza.

Il vaccino adiuvato ricombinante contro herpes zoster (RZV) sviluppato recentemente e approvato dalla FDA nel 2017 e dalla Commissione europea nel 2018, ha dato ottimi risultati negli studi preclinici che ne hanno valutato l'efficacia. Uno studio del 2015 su soggetti di età ≥ 50 anni ha stimato l'efficacia di RZV al 97,2% e uno studio del 2016 condotto su soggetti di età ≥ 70 anni ha dimostrato che l'efficacia è paragonabile nei soggetti più anziani. Inoltre la risposta immunitaria persiste nei soggetti arruolati in entrambi gli studi anche tre anni dopo la vaccinazione. Uno degli aspetti più innovativi di RZV è che può essere utilizzato nei soggetti immunocompromessi a maggior rischio di contrarre l'HZ e che non possono essere vaccinati con ZVL in quanto è un vaccino vivo attenuato. I dati attualmente disponibili suggeriscono che RZV è sicuro e immunogenico in pazienti con HIV e in pazienti che hanno subito un trapianto di cellule staminali ematopoietiche. Attualmente ACIP non raccomanda RZV ai soggetti immunocompromessi o che ricevono terapie ad alto dosaggio perché sono necessari ulteriori studi. RZV non è attualmente disponibile in Europa.

Bibliografia essenziale

- Berical AC, Harris D, Dela Cruz CS, Possick JD. Pneumococcal Vaccination Strategies. An Update and Perspective. *Ann Am Thorac Soc.* 2016; 13(6): 933–944. doi:10.1513/AnnalsATS.201511-778FR.
- Blasi F., Aliberti S., Bonanni P. et al. Vaccinazione antipneumococcica negli adulti: Raccomandazioni della società italiana di medicina respiratoria (SIMER) E della società italiana di igiene, medicina Preventiva e sanità pubblica (SItI). *Epidemiol Prev* 2014; 38(6) Suppl 2: 1-158.
- Cocchio S, Baldo V. La coltura cellulare: una piattaforma innovativa per i vaccini antinfluenzali più efficaci. Società Italiana di Medicina Generale. *Journal of the Italian College of Generale Practitioners and Primiry Care Professionals.* Vol.25 2018.
- Cunningham AL, Lal H, Kovac M, et al. Efficacy of the Herpes Zoster Subunit Vaccine in Adults 70 Years of Age or Older. *N Engl J Med.* 2016;375(11):1019-1032.



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

- Daniels CC, Rogers PD, Shelton CM. A Review of Pneumococcal Vaccines: Current Polysaccharide Vaccine Recommendations and Future Protein Antigens. *J Pediatr Pharmacol Ther.* 2016;21(1):27–35. doi:10.5863/1551-6776-21.1.27.
- Doherty TM, Connolly MP, Del Giudice G, et al. Vaccination programs for older adults in an era of demographic change. *Eur Geriatr Med.* 2018;9(3):289–300. doi:10.1007/s41999-018-0040-8.
- Domnich A, Arata L, Amicizia D, Puig-Barberà J, Gasparini R, Panatto D. Effectiveness of MF59-adjuvanted seasonal influenza vaccine in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine.* 2017 Jan 23;35(4):513-520. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.12.011. Epub 2016 Dec 23. Review. PubMed PMID: 28024956.
- Dooling KL, Guo A, Patel M, Lee GM, Moore K, Belongia EA, Harpaz R. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for Use of Herpes Zoster Vaccines. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 Jan 26;67(3):103-108. doi: 10.15585/mmwr.mm6703a5. PubMed PMID: 29370152; PubMed Central PMCID: PMC5812314.
- Esposito S, Principi N, Rezza G, Bonanni P, Gavazzi G, Beyer I, Sulzner M, Celentano LP, Prymula R, Rappagliosi A, Sevilla J, Poland G; WAidid-EVASG Panel on vaccination of 50+. Vaccination of 50+ adults to promote healthy ageing in Europe: The way forward. *Vaccine.* 2018 Sep 18;36(39):5819-5824. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.08.041. Epub 2018 Aug 22. Review. PubMed PMID: 30143273.
- Gialloreti LE, Merito M, Pezzotti P, Naldi L, Gatti A, Beillat M, Serradell L, di Marzo R, Volpi A. Epidemiology and economic burden of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in Italy: a retrospective, population-based study. *BMC Infect Dis.* 2010 Aug 3;10:230. doi: 10.1186/1471-2334-10-230. PubMed PMID: 20682044; PubMed Central PMCID: PMC2921387.
- Grohskopf LA, Sokolow LZ, Broder KR, Walter EB, Fry AM, Jernigan DB. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices-United States, 2018-19 Influenza Season. *MMWR Recomm Rep.* 2018 Aug 24;67(3):1-20. doi: 10.15585/mmwr.rr6703a1. PubMed PMID: 30141464; PubMed Central PMCID: PMC6107316.

- Invasive pneumococcal disease. Annual Epidemiological Report for 2017. ECDC.
- Jason K. H. Lee, Gary K. L. Lam, Thomas Shin, Jiyeon Kim, Anish Krishnan, David P. Greenberg et al. Efficacy and effectiveness of high-dose versus standard-dose influenza vaccination for older adults: a systematic review and meta-analysis. 2018. 435-443. Expert Review of Vaccines. doi: 10.1080/14760584.2018.1471989.
- Kobayashi M, Bennett NM, Gierke R, Almendares O, Moore MR, Whitney CG, Pilishvili T. Intervals Between PCV13 and PPSV23 Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015 Sep 4;64(34):944-7. doi: 10.15585/mmwr.mm6434a4. Erratum in: MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015 Oct 30;64(42):1204. PubMed PMID: 26334788.
- Kuhdari P, Zorzoli E, D'Alò GL, Brosio F, Bonanni P, Valente S, Gabutti G, Franco E. L'importanza delle vaccinazioni nell'anziano nell'ambito della Sanità Pubblica: una guida basata sulle prove scientifiche. Vol LXXII – n.3. IgSanPubbl. 2016.
- Lal H, Cunningham AL, Godeaux O, et al. Efficacy of an Adjuvanted Herpes Zoster Subunit Vaccine in Older Adults. N Engl J Med. 2015;372(22):2087-2096.
- McFetridge R, Meulen AS, Folkerth SD, Hoekstra JA, Dallas M, Hoover PA, Marchese RD, Zacholski DM, Watson WJ, Stek JE, Hartzel JS, Musey LK. Safety, tolerability, and immunogenicity of 15-valent pneumococcal conjugate vaccine in healthy adults. Vaccine. 2015 Jun 4;33(24):2793-9. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.025. Epub 2015 Apr 23. PubMed PMID: 25913828.
- Peterson JT, Stacey HL, MacNair JE, Li J, Hartzel JS, Sterling TM, Benner P, Tamms GM, Musey LK. Safety and immunogenicity of 15-valent pneumococcal conjugate vaccine compared to 13-valent pneumococcal conjugate vaccine in adults ≥65 years of age previously vaccinated with 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine. Hum Vaccin Immunother. 2019;15(3):540-548. doi: 10.1080/21645515.2018.1532250. Epub 2018 Nov 14. PubMed PMID: 30427749.
- Putri WCWS, Muscatello DJ, Stockwell MS, Newall AT. Economic burden of seasonal influenza in the United States. Vaccine. 2018 Jun 22;36(27):3960-3966. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.05.057. Epub 2018 May 22. PubMed PMID: 29801998.
- Seasonal influenza, 2017–2018. Annual Epidemiological Report for 2017 ECDC.

- Sorveglianza delle malattie batteriche invasive in Italia. RAPPORTO CONSOLIDATO 2017. DIP. MALATTIE INFETTIVE, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, ROMA. Dati aggiornati al 19 giugno 2018.
- Stacey HL, Rosen J, Peterson JT, Williams-Diaz A, Gakhar V, Sterling TM, Acosta CJ, Nolan KM, Li J, Pedley A, Benner P, Abeygunawardana C, Kosinski M, Smith WJ, Pujar H, Musey LK. Safety and immunogenicity of 15-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV-15) compared to PCV-13 in healthy older adults. *Hum Vaccin Immunother.* 2019;15(3):530-539. doi: 10.1080/21645515.2018.1532249. Epub 2019 Jan 16. PubMed PMID: 30648919.
- The public health value of vaccination for seniors. Marie-Cécile LEVANT, Benoît SOUBEYRAND June 11th 2015 - Reference CO01170.
- Tomczyk S, Bennett NM, Stoecker C, Gierke R, Moore MR, Whitney CG, Hadler S, Pilishvili T; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥ 65 years: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Sep 19;63(37):822-5. PubMed PMID: 25233284; PubMed Central PMCID: PMC5779453.
- Weinberger B. Vaccines for the elderly: current use and future challenges. *Immun Ageing.* 2018;15:3. Published 2018 Jan 22. doi:10.1186/s12979-017-0107-2.
- Weycker D, Strutton D, Edelsberg J, Sato R, Jackson LA. Clinical and economic burden of pneumococcal disease in older US adults. *Vaccine.* 2010 Jul 12;28(31):4955-60. doi: 10.1016/j.vaccine.2010.05.030. Epub 2010 May 22. PubMed PMID: 20576535.
- <http://www.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=64381&parte=1%20&serie=null>
- https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/611730/hpr1617_shngls-vc.pdf
- <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/seasonal-influenza-antiviral-use-2018.pdf>
- <https://www.cdc.gov/flu/fluview/nifs-estimates-nov2018.html>



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Paese	Influenza Età	S. pneumoniae età; tipologia di vaccino	Herpes zoster età; tipologia di vaccino
Australia	≥65	≥65; PPV	70-79; ZVL°
Austria	Tutti gli adulti	≥50; PCV+PPV*	≥50; RZV°
Belgio	≥65	≥65; PCV+PPV*	≥65; catch up 79
Bulgaria	≥65	-	-
Canada	Tutti gli adulti (a)	≥65; PPV (b)	≥50; RZV (c)
Croazia	≥65	-	-
Cipro	≥65	≥65; PPV	-
Danimarca	≥65	≥65; PCV or PPV	-
Estonia	≥65	-	-
Finlandia	≥65	≥65; PCV or PPV	-
Francia	≥65	-	65-74; catch-up 75-79; ZVL
Germania	≥60	≥60; PPV	≥60; RZV
Giappone	≥65	≥65; PPV (d)	≥50; VVL (e)
Grecia	≥60	≥65; PCV	≥60; ZVL
Ungheria	≥60	≥50; PPV	-
Islanda	≥60	≥60; PPV	-
Irlanda	≥65	≥65; PPV	-
Italia	≥65	≥65; PCV+PPV*	≥65; ZVL
Lettonia	≥65	-	-
Liechtenstein	≥65	-	-
Lituania	≥65	-	-
Lussemburgo	≥65	≥60; PCV+PPV*	-
Malta	Tutti gli adulti	≥65; PCV	-
Norvegia	≥65	≥65; PPV	-
Paesi Bassi	≥60	-	-
Polonia	Tutti gli adulti	≥50; PCV	-
Portogallo	≥65	-	-
Regno Unito	≥65	>65; PPV	70-78; ZVL
Rep. Ceca	Tutti gli adulti	≥65; PCV+PPV*	≥50; ZVL
Romania	≥65	-	-
Slovacchia	≥60	≥60; PCV	-
Slovenia	Tutti gli adulti	≥65; PCV or PPV	-
Spagna	≥65	≥65; PPV	-
Svezia	-	≥65; PPV	-
USA	Tutti gli adulti	≥65; PCV+PPV*	≥50; RZV(f)

Legenda:

* una dose di vaccino pneumococcico coniugato 13-valente (PCV) seguita da una dose di vaccino pneumococcico polisaccaridico 23-valente (PPV);

° ZVL=vaccino vivo attenuato; RZV=vaccino adiuvato ricombinante;

(a) tutti gli adulti tranne nella regione BC ≥65;



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

- (b) una dose PPV in tutti gli adulti ≥ 65 anni tranne nella regione NU ≥ 50 anni;
- (c) solo nella provincia di Ontario;
- (d) >65 solo in coloro che compiono 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 nell'anno in questione;
- (e) VVL= Varicella Vaccine Live. Il titolo del VVL è simile a quello dello ZVL (42.000-67.000 PFU per dose);
- (f) viene preferito l'uso di RZV, raccomandato per adulti immunocompetenti di età ≥ 50 anni; ZVL può ancora essere usato in adulti sani di età ≥ 60 anni.

ETERogeneità NELLE APPLICAZIONI REGIONALI

Michele Conversano¹, Paolo Bonanni²

¹ Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

² Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

L'offerta vaccinale nel panorama sanitario italiano è sempre apparsa estremamente eterogenea, in riferimento alle differenze di diffusione della pratica vaccinale, nonché ai soggetti cui la stessa era offerta, con differenze all'interno della stessa Regione e delle singole Aziende Sanitarie Locali. Nascere in una Regione anziché in un'altra poteva fare la differenza. Ogni Regione, infatti, applicava le direttive nazionali in maniera diversa: un'offerta eterogenea che esponeva la salute della popolazione pediatrica e adulta a rischi diversi a seconda del codice postale. Uno scenario che imponeva, quindi, sempre di più la necessità di riorganizzare i servizi e di migliorare la qualità delle informazioni e della comunicazione per consentire il passaggio da un regime di obbligatorietà a un regime di raccomandazione che consentisse di allinearsi alle politiche sanitarie degli altri Paesi europei. All'interno della necessità di una nuova cornice regolatoria, che vedeva le Istituzioni sanitarie centrali coinvolte nello stimolare e monitorare le attività a livello regionale, si inseriva, così, il Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2012-2014, pubblicato ad aprile 2012 dal Ministero della Salute e approvato con Intesa Stato-Regioni del 22 febbraio 2012, documento di riferimento e guida per la pianificazione di politiche di sanità pubblica in tema di promozione della salute e riduzione o eliminazione del carico di malattie infettive prevenibili attraverso la vaccinazione. L'obiettivo generale del PNPV 2012-2014 era quindi quello di "armonizzare le strategie vaccinali in atto nel nostro Paese, al fine di garantire equità nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione, superando i ritardi e le insufficienze presenti e assicurando parità di accesso alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini". Quella, dunque, della equità di offerta è stato un processo iniziato qualche anno fa ma che è ancora in atto rappresentando uno dei pilastri di azione del [Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019](#), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 febbraio 2017, che costituisce il documento di riferimento in cui si riconosce, come priorità di sanità pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale. Il suo obiettivo,

quindi, è quello di offrire a tutti i cittadini, dalla prima infanzia fino all'età anziana, le più ampie possibilità di prevenzione nei confronti di temibili malattie infettive, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socioculturale.

I benefici dei programmi di immunizzazione assumono una valenza differente che dipende dall'età dei soggetti. Molte vaccinazioni sono fondamentali per la prevenzione delle malattie infettive nella popolazione anziana. È importante però sottolineare che la definizione di "anziano" è oggi molto ampia e comprende stati di salute che vanno dall'ottimo al molto compromesso. In ogni caso, il PNPV indica che «le vaccinazioni indicate per i soggetti al di sopra dei 65 anni trovano giustificazione e forte raccomandazione in tutti i possibili stati di salute del soggetto».

Considerando la fascia di popolazione adulta, infatti, bisogna considerare che l'investimento derivante dai programmi di immunizzazione è a breve termine, generando in tempi rapidi un guadagno di salute che si riflette in un incremento della produttività. Anche per la popolazione anziana i programmi di immunizzazione sono un investimento a breve termine che consentono di diminuire il rischio di sviluppo di malattie infettive, che nei soggetti anziani causano un acceleramento del declino complessivo fino al decesso.

Considerando il PNPV 2017-2019, la vaccinazione anti-influenzale è raccomandata, ed offerta gratuitamente, per l'ultra-sessantacinquenne. Essa è in grado di ridurre complicanze, ospedalizzazioni e morti dovute a tale infezione, e deve essere effettuata ad ogni stagione autunnale (periodo ottobre-dicembre). Nell'anziano è inoltre necessario offrire attivamente la vaccinazione con vaccino pneumococcico coniugato, seguita da una dose di vaccino polisaccaridico. La vaccinazione pneumococcica può essere offerta simultaneamente alla vaccinazione antiinfluenzale, ma può pure essere somministrata indipendentemente e in qualsiasi stagione dell'anno, anche perché mentre l'antiinfluenzale deve essere ripetuta ogni stagione, l'anti-pneumococcica viene somministrata, secondo le attuali indicazioni, in dose singola una sola volta nella vita. Viene offerta anche la vaccinazione contro l'Herpes zoster che è in grado di ridurre significativamente l'incidenza dei casi di malattia e della nevralgia post-erpetica, che è una delle complicanze più frequenti e debilitanti della malattia. La coorte cui la vaccinazione deve essere offerta attivamente è rappresentata dai soggetti di 65 anni di età. È opportuno somministrare periodicamente (ogni 10 anni) il vaccino anti difterite-tetano-pertosse.



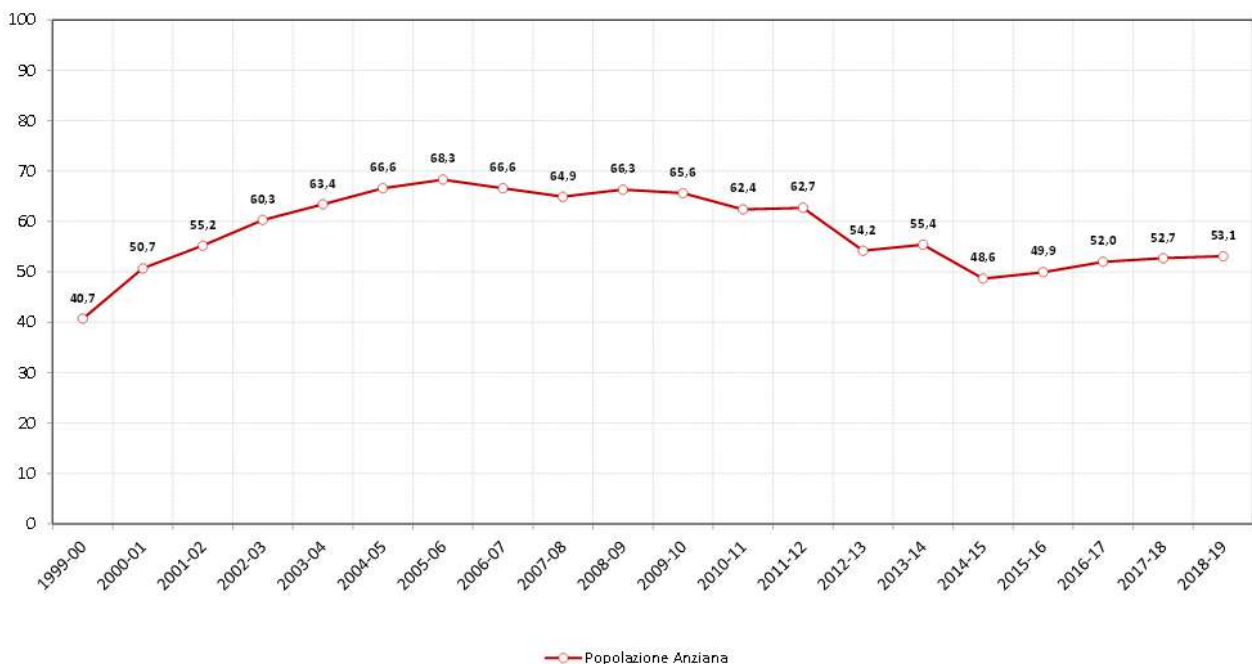
SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Si creano finalmente, in questo modo, le premesse per una vera ‘equità in alto’, che dovrebbe mettere fine alla disomogenea offerta di vaccinazioni cui abbiamo assistito negli ultimi anni tra le diverse Regioni. Ma a che punto siamo arrivati?

Un indicatore che può in qualche modo fotografare la situazione attuale relativamente alla eterogeneità regionale è quello delle coperture vaccinali. Considerando, per esempio, i dati di CV antinfluenzale, si può notare dalla figura 1 come nella prima metà degli anni 2000, l’andamento delle CV negli over65 ha mostrato un trend positivo. A partire dalla stagione 2009/10 si osserva un drastico calo, passando da una copertura del 65,6 % al 48,6%, registrato nella stagione 2014/2015. Dalla stagione 2015/16 l’andamento mostra un costante aumento della copertura vaccinale arrivando al **53,1%** dell’ultima stagione.

Figura 1: vaccinazione antinfluenzale-CV nella fascia di età >65 anni per 100 abitanti.

Stagioni 1999/2000-2018/2019 (Ministero della Salute, 15 luglio 2019)



Ma a livello regionale esistono importanti differenze nelle coperture vaccinali?

Nella tabella sottostante sono riportati di dati di CV dell’ultima stagione influenzale 2018/2019. Come si può notare i dati di CV sono abbastanza eterogenei nelle diverse regioni passando da un valore minimo di 38,3 (P.A. di Bolzano) a un valore massimo di 66,6 (Basilicata) lasciando quindi



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

immaginare che esistano differenti strategie di intervento che ancora sono insufficienti per il raggiungimento di quelli che sono gli obiettivi minimi di CV previsti dal PNPV (75%).

Tabella 1: CV vaccinazione antinfluenzale negli anziani (>65 anni) per Regione

(Ministero della Salute, 15 luglio 2019)

Regione	CV 2018-19
Piemonte	49
Valle d'Aosta	45,2
Lombardia	48,2
P.A. Bolzano	38,3
P.A. Trento	54,8
Veneto	55,6
Friuli Venezia Giulia	57,7
Liguria	50,01
Emilia Romagna	54,7
Toscana	56
Umbria	64,8
Marche	51,6
Lazio	52,3
Abruzzo	52,4
Molise	61,7
Campania	60,03
Puglia	51,4
Basilicata	66,6
Calabria	59,8
Sicilia	53
Sardegna	46,5
Italia	51,1

Relativamente alla vaccinazione anti pneumococcica, al momento non sono disponibili dati di CV ufficiali nella popolazione adulta. La maggior parte delle regioni offre, come da calendario, la vaccinazione alla coorte dei 65enni, mentre in altre sono aggiunte anche altre coorti come quella dei 70enni e dei 75enni. La chiamata attiva è implementata a macchia di leopardo sul territorio italiano e anche all'interno della stessa regione c'è disomogeneità tra le varie ASL. Laddove presente, la chiamata attiva è gestita dalle ASL attraverso l'invio di una lettera alla popolazione target. La vaccinazione anti zoster, invece, presenta ancora di più un quadro estremamente differente nelle varie realtà regionali. Nonostante sia stata introdotta nell'ultimo calendario vaccinale, le regioni ancora non hanno messo a punto un sistema organizzativo comune ed efficiente per chiamare alla vaccinazione la popolazione candidata. In alcune regioni come Sardegna, Molise, Basilicata, Emilia Romagna, Veneto, Friuli e Trentino, la vaccinazione è effettuata dai Servizi di Igiene Pubblica attraverso la chiamata attiva. In Piemonte, Puglia, Valle d'Aosta e Sicilia, invece, la gestione di questa vaccinazione è affidata ai Medici di Medicina Generale. Nel resto delle Regioni, si riscontra un quadro ancora più variopinto perché spesso non tutte le ASL della stessa regione hanno introdotto la vaccinazione e lì dove è stata introdotta può essere gestita o dai MMG o dai Servizi di Igiene Pubblica, o con chiamata attiva o con offerta passiva. Tutto ciò lascia immaginare che siamo lontani, dagli obiettivi minimi previsti dal PNPV che sono per lo pneumococco del 75% e dello zoster del 50%. A questo proposito risulta fondamentale rendere disponibile e utilizzare un'anagrafe vaccinale ad hoc, al fine di garantire un corretto monitoraggio dell'andamento di una campagna vaccinale e una puntuale rilevazione delle coperture vaccinali raggiunte: ma mentre per le vaccinazioni dell'infanzia tutto ciò è stato reso fruibile, per l'adulto/anziano siamo ancora distanti da questo risultato. Un altro aspetto critico rilevato è la durata limitata nel tempo del diritto alla gratuità della vaccinazione: in alcune realtà regionali, infatti, la gratuità alla vaccinazione decade negli anni successivi a quello stabilito per l'offerta. Per esempio, se gli anziani, non fanno a 65 anni il vaccino anti-pneumococco o anti-zoster, l'anno successivo devono pagarlo!

Se, quindi, da una parte, il nuovo **Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale**, definisce gli aspetti operativi relativi all'implementazione e all'attuazione delle politiche di prevenzione su tutto il territorio nazionale, dall'altra, la piena e uniforme applicazione del PNPV è affidata alle Regioni che, malgrado la circolare emanata dal Ministero stabilisca i tempi e le modalità per raggiungere gli



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

obiettivi previsti per ogni target, mettono in atto strategie non necessariamente uniformi di immunizzazione. Diventa imperativo, pertanto, sviluppare un'azione costante di monitoraggio ad ampio raggio, a livello nazionale e regionale, volta a **tutelare tutta la popolazione e a garantire la piena realizzazione del PNPV**, in virtù del diritto alla salute sancito dalla Costituzione della Repubblica italiana.

Bibliografia

- Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014
- Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019
- <http://www.salute.gov.it/portale/influenza>

IDENTIFICAZIONE DEGLI OSTACOLI ALL'ADOZIONE DELLE CORRETTE PRATICHE VACCINALI

Stefania Maggi^{1,2}

¹ Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Neuroscienze, Padova;

² Consorzio di Ricerca "Luigi Amaducci", Padova

RAZIONALE

L'invecchiamento in salute della popolazione rappresenta una sfida per il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Nel 2040, un terzo della popolazione italiana avrà più di 65 anni: 20 milioni di italiani anziani, 8 milioni in più rispetto ai 12 milioni censiti nel 2012. Un anziano è spesso un paziente fragile perché caratterizzato da immunosenescenza e da un quadro di comorbidità. La Commissione Europea ha individuato l'invecchiamento attivo e in salute quale traguardo comune a tutti i Paesi membri ed indica i seguenti pilastri per sostenere l'obiettivo di aumentare la durata media della vita sana: dieta, stili di vita, consumo di farmaci, campagne di screening e immunizzazioni. In Italia, ogni anno ci sono diverse migliaia di morti per influenza e polmonite, quasi tutte tra gli anziani. È evidente, quindi, che le vaccinazioni nella popolazione adulta siano una parte integrante e fondamentale dei programmi di prevenzione perché hanno dimostrato di ridurre l'incidenza, la mortalità e i ricoveri ospedalieri associati alle malattie infettive ed alle loro complicanze, nonché di ridurre l'uso di antibiotici e l'antibiotico-resistenza e di migliorare la qualità di vita. Cospicua è ormai la letteratura che dimostra che un'alta copertura vaccinale può contribuire ad un invecchiamento in salute, insieme ai tradizionali interventi di promozione della salute durante tutto l'arco della vita, come l'adeguata nutrizione, l'attività fisica, la cessazione del fumo di sigarette, i periodici check-up, ecc.

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) mira entro il 2019 al raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75%, come obiettivo minimo perseguibile, e del 95%, come obiettivo ottimale, mentre obiettivo di copertura per lo pneumococco è del 75% e del 50% per l'herpes zoster, negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i LEA. Al contrario, però, di quello che accade nell'infanzia, dove le vaccinazioni sono generalmente accettate come parte integrante dell'assistenza sanitaria, esse sono molto meno considerate, se non

addirittura ignorate, nell'anziano. Nonostante, infatti, siano offerte gratuitamente la percentuale di vaccinati resta significativamente al di sotto degli obiettivi di copertura previste dal PNPV. Questa preoccupante realtà riconosce problematiche legate a diversi aspetti tra cui una particolare attenzione va rivolta all'organizzazione dei servizi sanitari, al difficile accesso ai vaccini per questo segmento della popolazione, alla scarsa formazione ed informazione del personale medico e infermieristico, alla scarsa diffusione delle informazioni sul monitoraggio della copertura vaccinale e dell'incidenza di malattie infettive e delle loro complicanze, effettuato dai sistemi di sorveglianza. Inoltre, un ruolo determinante hanno sia l'attitudine negativa che la scarsa conoscenza dei benefici e della sicurezza dei vaccini disponibili nella popolazione in generale.

EVIDENZE

PROBLEMATICHE LEGATE ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Esistono varie criticità nel sistema sanitario che possono rappresentare degli ostacoli all'adozione delle corrette pratiche vaccinali in Italia, tra cui ricordiamo:

Disomogeneità territoriale come ostacolo all'equità nell'accesso ai vaccini: nonostante sia garantita la gratuità per tutte le vaccinazioni previste dal PNPV, inserite dal 2017 nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il nostro decentrato SSN comporta un'ampia variazione geografica e l'offerta ai cittadini aventi diritto alla vaccinazione non viene promossa in maniera uniforme nelle regioni italiane, come illustrato in dettaglio nel capitolo di Conversano e Bonanni. Questo, assieme ad altri fattori, comporta che le coperture vaccinali siano inferiori agli obiettivi previsti dal PNPV in tutto il territorio nazionale, con variazioni regionali che vanno, per esempio, dal 38% al 66% per la vaccinazione anti-influenzale.

Difficoltà logistiche e organizzative da parte delle amministrazioni sanitarie locali per garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale: non tutte le amministrazioni regionali hanno impostato e realizzato strutture organizzative stabili e accessibili, in grado di gestire il prevedibile e auspicabile incremento dei volumi di attività determinati dall'adozione del calendario vaccinale. Dove l'offerta attiva viene implementata, così come la co-somministrazione di vaccini, si dimostra chiaramente di poter raggiungere una maggior copertura vaccinale, come dimostrato, per esempio, per il distretto di Reggio Calabria nel recente lavoro di

Giuffrida, che nel 95% dei vaccinati per pneumococco ha somministrato anche la vaccinazione per herpes zoster nella coorte di eleggibili.

Difficile accesso alla vaccinazione: spesso gli anziani e le loro famiglie non sanno di avere diritto alle vaccinazioni, o dove e come ottenerle. L'eleggibilità per certi vaccini varia a seconda della coorte di età ed è diverso da una regione all'altra. Questo contribuisce a creare confusione sul diritto alla vaccinazione. Inoltre, la mancanza di una chiamata attiva su tutto il territorio nazionale per i vaccini previsti dal PNPV contribuisce a determinarne la scarsa adesione.

Mancanza di una anagrafe vaccinale e di un registro centralizzato, che possa permettere monitoraggio continuo, su base nazionale e regionale, ed una valutazione epidemiologica del peso clinico, sociale ed economico delle malattie infettive dell'anziano e dell'impatto delle vaccinazioni nel paziente anziano.

PROBLEMATICHE LEGATE ALLA FORMAZIONE DEL PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO E ALLA LORO COPERTURA VACCINALE

La conoscenza dell'efficacia e della sicurezza delle vaccinazioni da parte del personale sanitario dovrebbe essere garantita, per poter promuovere in maniera adeguata l'adesione al piano vaccinale da parte del maggior numero possibile di cittadini. Specifici ostacoli sono, tra gli altri:

Scarsa conoscenza sul reale impatto delle malattie infettive e sull'efficacia e sicurezza delle vaccinazioni nell'anziano: le malattie infettive rappresentano un serio rischio per il paziente anziano, particolarmente se affetto da altre malattie croniche, quali malattie cardiovascolari, diabete, BPCO, ecc. La vaccinazione non solo può prevenire l'insorgenza di specifiche malattie infettive, ma in caso di malattia i pazienti vaccinati presentano un decorso meno grave. Le scuole di Medicina, Infermieristica e le scuole di Specializzazione non formano adeguatamente gli studenti e i medici nel settore delle vaccinazioni ed anche l'offerta ECM non è sufficientemente sviluppata, come dimostrato in un recente survey condotto dalla SIGG e attualmente in corso di pubblicazione, in cui solo uno su quattro medici intervistati suggerirebbe ai pazienti di vaccinarsi, per esempio, contro l'herpes zoster. Gli stessi medici riferiscono che solo un terzo dei pazienti, in genere, chiede informazioni riguardo ai vaccini in generale, dimostrando scarsa consapevolezza sul loro diritto di riceverli gratuitamente. Altri studi condotti in Italia, dimostrano che gli specialisti ospedalieri ritengono competenza prettamente del medico di medicina generale l'informazione e la

somministrazione dei vaccini ai pazienti anziani, mentre un altro studio condotto tra gli specializzandi di 18 scuole di medicina italiane, rivela che circa la metà di essi considera scadente la formazione sui vaccini sia in ambito pre che post-laurea.

Mancanza di tempo per i MMG per informare e vaccinare i pazienti: il ruolo del MMG è fondamentale nello stimolare i pazienti anziani a considerare le vaccinazioni come un loro diritto e come uno strumento di promozione dell'invecchiamento in salute. Spesso, però, il MMG non ha tempo per discutere di questi aspetti con i suoi pazienti, che vede principalmente per problemi di salute acuti, che non lasciano tempo per discussioni sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Quindi, la mancanza di comunicazione viene considerata dal paziente come una sfiducia anche da parte del medico stesso nei confronti delle vaccinazioni. Inoltre, i farmacisti, che rappresentano un'altra fonte affidabile e frequente di consultazione per gli anziani, in Italia non sono coinvolti né nella somministrazione, né nel fornire informazione sulle vaccinazioni, a differenza di altri paesi, dove il loro ruolo è stato fondamentale nell'aumentare le coperture vaccinali.

Scarsa copertura vaccinale nel personale sanitario, che sembra suggerire ulteriormente una scarsa fiducia nell'efficacia e nella sicurezza dei vaccini da parte di chi dovrebbe farsene invece garante e promotore del loro utilizzo.

PROBLEMATICHE NELLA FORMAZIONE E INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE GENERALE

Notizie e informazioni sulle vaccinazioni, spesso contrastanti o distorte, provenienti da una miriade di fonti non sempre scientificamente accreditate: le informazioni fornite in rete e sulla stampa da parte dei movimenti no-vax e da altre fonti non scientifiche, associati alla scarsa informazione fornita dal personale medico, infermieristico e dai farmacisti, induce la popolazione generale a non vaccinarsi per paura della scarsa efficacia e degli effetti collaterali negativi dei vaccini. La popolazione adulta, infatti, da sempre aderente alle campagne vaccinali antinfluenzali, a partire dal caso H1N1 (2009), ha iniziato e rivelarsi particolarmente scettica e poco sensibile. I motivi che hanno determinato un tale atteggiamento ostile possono essere attribuiti alle numerose titubanze sul vaccino pandemico che hanno coinvolto non solo la popolazione generale, ma anche la classe medica deputata alla sensibilizzazione verso il vaccino; in particolare, il timore verso l'adiuvante squalene (peraltro presente in vaccini adiuvati dal 1997) oppure verso il conservante thiomersal. A

tutto ciò si sono sommate le diverse fonti discordanti di informazione e comunicazione nonché il timore degli effetti collaterali.

A tale vicenda hanno poi fatto seguito ulteriori episodi che hanno portato ad una ancora maggiore riduzione dell'adesione alla campagna della popolazione generale, ivi compresi i soggetti a rischio e gli anziani. Nel 2012, infatti, è stato ritirato, a scopo precauzionale, l'intera produzione del vaccino più utilizzato nella popolazione adulta (Caso Inflexal), mentre nel 2014 il caso Fluad ha visto il crollo della copertura vaccinale anche nella categoria degli ultrasessantacinquenni. Il potere mediatico dei media ha determinato terrorismo a livello pubblico per le notizie delle morti sospette proprio in un momento cruciale della campagna vaccinale; le stesse notizie sono state smentite, prevalentemente dagli organi istituzionali, a campagna vaccinale quasi conclusa.

La conseguenza più grave si è manifestata nel 2015 con un aumento significativo della mortalità per influenza, mentre la sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza ha rilevato una riduzione dell'età media (60 anni) in soggetti affetti da malattie croniche. Il 78%, infatti, dei casi gravi ed il 91% dei decessi segnalati, nella stagione 2014/15, presentava almeno una patologia cronica preesistente.

Scarsa fiducia nelle campagne vaccinali, soprattutto se promosse dalle case farmaceutiche: alcuni studi riportano che i cittadini non percepiscono la necessità medica dei vaccini e che riferiscono scetticismo da parte degli operatori sanitari con cui vengono in contatto. Le false credenze sulla sicurezza ed efficacia dei vaccini sono molte e possono essere più efficacemente corrette da fonti considerate dai cittadini come affidabili (ad esempio, personaggi dello spettacolo, testimonial) piuttosto che esperte (ad esempio, i medici o i produttori di vaccini). Questo aspetto, però, per essere valido necessiterebbe di un coordinamento centralizzato dell'informazione da parte di un organismo scientifico, che in Italia non esiste. Un recente survey condotto da Suitner dell'Università di Padova, ha evidenziato che fino circa al 2009 c'era una correlazione positiva tra il numero di ricerche effettuate in Google sui vaccini e le coperture vaccinali, mentre poi la correlazione è diventata negativa. Questa recente associazione inversa corrisponde alla crescente diffidenza che le persone hanno maturato nei confronti della pratica vaccinale, molto discussa anche nei mass media, con effetti deleteri sull'opinione pubblica. Catastrofico, a questo riguardo, è risultato il ruolo di quei medici che si esprimono contro i vaccini, ossia l'informazione divergente che arriva dalla classe medica alimenta l'adesione alle teorie complottiste e diminuisce la fiducia nei vaccini.

CONCLUSIONI

In conclusione, il complesso sistema di accesso alla vaccinazione, la scarsa preparazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari e della popolazione generale contribuiscono alla bassa copertura vaccinale in Italia. Tradizionalmente, per incrementare la copertura vaccinale nell'adulto, si è sempre agito sui MMG, ma è importante sensibilizzare anche i soggetti da vaccinare sui rischi della malattia e sull'importanza della prevenzione, sviluppando modalità di coinvolgimento partecipativo e consapevole. Dovrebbe essere lo stesso anziano, adeguatamente informato, a richiedere la vaccinazione. Sia la Società di Gerontologia e Geriatria Italiana (SIGG), che quella europea (EuGMS) stanno promuovendo diverse iniziative di sensibilizzazione nella comunità scientifica, così come nella popolazione generale, per trovare strategie per superare le barriere economiche, culturali, sociali che sono responsabili della bassa copertura vaccinale nella popolazione adulta e anziana. In particolare, tramite l'EICA (European Interdisciplinary Council on Aging), con sede a San Servolo, si promuovono incontri multidisciplinari, in cui diversi stakeholder, tra cui medici, infermieri, farmacisti, associazioni di pazienti, gestori dei servizi sanitari, si confrontano per migliorare le conoscenze sull'impatto delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni, per identificare le principali barriere all'adeguata copertura vaccinale. Solo se la vaccinazione verrà percepita come un'opportunità di salute e uno strumento di sanità globale potremo superare le barriere di cui abbiamo discusso in questo documento e diminuire quindi il peso drammatico che le malattie infettive continuano ad avere sulla salute dei cittadini.

Bibliografia

- Alici DE(1), Sayiner A(2), Unal S(3). Barriers to adult immunization and solutions: Personalized approaches. *Hum Vaccin Immunother.* 2017 Jan 2;13(1):213-215.
- Costantino C, Amodio E, Calamusa G, Vitale F, Mazzucco W. Could university training and a proactive attitude of coworkers be associated with influenza vaccination compliance? A multicentre survey among Italian medical residents. *BMC Med Educ.* 2016;16:38.
- Doherty TM, Connolly MP, Del Giudice G, Flamaing J, Goronzy JJ, Grubeck-Loebenstien B, Lambert PH, Maggi S, McElhaney JE, Nagai H, Schaffner W, Schmidt-Ott R, Walsh E, Di

- Pasquale A. Vaccination programs for older adults in an era of demographic change. *Eur Geriatr Med.* 2018;9(3):289-300.
- Doherty TM, Del Giudice G, Maggi S. Adult vaccination as part of a healthy lifestyle: moving from medical intervention to health promotion. *Ann Med.* 2019 Mar;51(2):128-140.
 - Esposito S, Bonanni P, Maggi S, Tan L, Ansaldi F, Lopalco PL, Dagan R, Michel JP, van Damme P, Gaillat J, Prymula R, Vesikari T, Mussini C, Frank U, Osterhaus A, Celentano LP, Rossi M, Guercio V, Gavazzi G. Recommended immunization schedules for adults: Clinical practice guidelines by the Escmid Vaccine Study Group (EVASG), European Geriatric Medicine Society (EUGMS) and the World Association for Infectious Diseases and Immunological Disorders (WAidid). *Hum Vaccin Immunother.* 2016 Jul 2;12(7):1777-94.
 - European Centre for Disease Prevention and Control. Let's talk about protection. Stockholm: 2016.
 - European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid literature review on motivating hesitant population groups in Europe to vaccinate. Stockholm: 2015.
 - European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe- A qualitative study. Stockholm: 2015.
 - Giuffrida S. [Calabria: a successful experience implementing Herpes Zoster vaccination strategies.](#) *Aging Clin Exp Res.* 2019 Mar;31(3):421-423.
 - Kroneman M, van Essen GA, John Paget W. Influenza vaccination coverage and reasons to refrain among high-risk persons in four European countries. *Vaccine.* 2006 Jan 30;24(5):622-8.
 - Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine.* 2014 Apr 17;32(19):2150-9.
 - Maggi S, Michel JP. When an "Active Call" can be a "Wake-up Call". *Aging Clin Exp Res.* 2019 Mar;31(3):299-300. 30854600.
 - Maggi S. Vaccination and healthy aging. *Expert Rev Vaccines.* 2010;9(3 Suppl):3-6.
 - Michel JP, Chidiac C, Grubeck-Loebenstien B, Johnson RW, Lambert PH, Maggi S, Moulias R, Nicholson K, Werner H. Advocating vaccination of adults aged 60 years and older in Western Europe: statement by the Joint Vaccine Working Group of the European Union Geriatric



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Medicine Society and the International Association of Gerontology and Geriatrics-European Region. *Rejuvenation Res.* 2009 Apr;12(2):127-35.

- Opstelten W, van Essen GA, Hak E. Determinants of non-compliance with herpes zoster vaccination in the community-dwelling elderly. *Vaccine.* 2009 Jan 07;27(2):192-6.
- Ridda I, Lindley IR, Gao Z, McIntyre P, Macintyre CR. Differences in attitudes, beliefs and knowledge of hospital health care workers and community doctors to vaccination of older people. *Vaccine.* 2008;26:5633-40.
- Salvador Casara BG, Suitner C, Bettinsoli ML. Viral suspicions: Vaccine hesitancy in the Web 2.0. *J Exp Psychol Appl.* 2019 Sep;25(3):354-371.
- Srivastav A, Black CL, Lutz CS, Fiebelkorn AP, Ball SW, Devlin R, Pabst LJ, Williams WW, Kim DK. U.S. clinicians' and pharmacists' reported barriers to implementation of the Standards for Adult Immunization Practice. *Vaccine.* 2018 Oct 29;36(45):6772-6781.

PROPOSTA DI INTERVENTI VOLTI A PROMUOVERE

L'OTTIMALE COPERTURA VACCINALE

Roberto Bernabei¹, Michele Conversano²

¹ Dipartimento di Scienze dell'invecchiamento, neurologiche, ortopediche e della testa-collo,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

² Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

RAZIONALE

Nonostante i numerosi dibattiti, in tema di prevenzione e di vaccini per gli anziani, non si è ancora detto abbastanza. Infatti le coperture vaccinali tardano a decollare, anche perché sono in molti ad ignorare l'esistenza di immunizzazioni utili per questa fascia d'età, che garantirebbero una vita attiva ed in salute più a lungo. Pensare che si amplino le opportunità di prevenzione per l'attuale regime di gratuità non basta, occorre superare scarsa conoscenza e pregiudizi diffusi sui vaccini, perché il più grande ostacolo alla vaccinazione, anche nel caso degli anziani, rimane la disinformazione. È quanto testimoniano le risposte dei cittadini in giro per l'Italia, raccolte nel corso dell'indagine vox populi "Vaccinarsi non è solo roba da bambini. Gli anziani lo sanno?", realizzata da Italia Longeva (Rete Nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva) attraverso un campione casuale di over50 in tre grandi città del Nord, Centro e Sud del Paese, sul livello di conoscenza degli italiani in materia: ciò che emerge è una grave disinformazione non solo sui vaccini disponibili e gratuiti per gli anziani, ma ancora prima sulle patologie che i vaccini possono abbattere.

In tale scenario, il ruolo del geriatra – e del medico in generale - è di particolare rilevanza. È infatti suo compito contribuire ad affermare il valore scientifico e sociale della vaccinazione degli adulti e degli anziani, facendolo riemergere dal mare della ignoranza e dei luoghi comuni che mina la fiducia in uno strumento cruciale per la salute individuale e pubblica. Per far ciò è necessario porre le basi di una vera e propria comunicazione vaccinale per gli anziani in grado di promuovere la cultura della prevenzione e più in generale della longevità, lavorando su strategie e strumenti di dialogo coinvolgenti e attuali, in grado di arrivare alla "pancia" della gente e di ampliare il numero e la tipologia degli interlocutori da informare e sensibilizzare.

È altresì necessario che anche il medico si metta in gioco in prima persona, sperimentando nuovi linguaggi e nuovi strumenti per una comunicazione a tutto campo che miri, in ultima analisi, a un'adesione consapevole alle vaccinazioni da parte di un numero sempre maggiore di anziani, contribuendo al raggiungimento di un risultato che non può prescindere dall'impegno comune e condiviso da parte dei vari attori in gioco e che è evidentemente perseguibile a fatica con gli strumenti tradizionalmente messi in atto fino ad oggi.

EVIDENZE

Ci sono numerose iniziative di comunicazione sul valore della vaccinazione, ma sono poche quelle che si rivolgono in maniera mirata al target degli anziani e dei soggetti a rischio e ancora meno quelle che affrontano il tema della vaccinazione degli anziani come valore di carattere generale in sé ai fini di un healthy aging.

Tra i vaccini degli anziani, l'antinfluenzale è quello su cui si investe e si sperimenta di più e da più tempo in termini di comunicazione. Nel corso dell'ultimo decennio sono state sviluppate vere e proprie campagne di comunicazione istituzionale da parte del Ministero della Salute e delle Aziende Sanitarie Locali; giornate dedicate con il coinvolgimento di medici, operatori e volti noti che si sono vaccinati in diretta; incontri pubblici e mediatici di informazione e di approfondimento. Il tutto con l'obiettivo principale di informare i cittadini sulla gratuità dell'offerta vaccinale e di sensibilizzarli al diritto di usufruire di questa opportunità messa a disposizione dal sistema sanitario.

Con l'entrata in vigore della gratuità del vaccino anti pneumococcico per gli over65, la comunicazione contro la polmonite pneumococcica è stata in varie occasioni abbinata a quella contro l'influenza e successivamente, con l'introduzione nel PNPV del vaccino contro l'herpes zoster, si è cominciato a sensibilizzare i cittadini sulla gratuità dei tre vaccini contro i rischi della cosiddetta "triade malefica". Accanto alle iniziative ad hoc sui singoli vaccini, hanno così preso piede comunicazioni in cui il messaggio chiave è proprio quello sulla vaccinazione come valore per la salute e sull'importanza di questa prevenzione per la conquista della longevità.

Più di recente si sono delineate nuove ed interessanti evoluzioni dei contenuti e degli approcci comunicativi. Emblematico il caso dello spot televisivo "Vaccinarsi è prevenire. La longevità si conquista" di Italia Longeva che, trattando il tema della vaccinazione da un punto di vista generale e facendo leva sui vantaggi che ne derivano piuttosto che sulla gratuità per la popolazione adulta e

anziana, ha ottenuto il riconoscimento di spot di comunicazione sociale da parte del Segretariato Sociale Rai e da parte della Fondazione Pubblicità Progresso, con la conseguente messa in onda sulle principali emittenti nazionali.

In quest'ottica di riaffermare il valore della vaccinazione in sé, la comunicazione vaccinale si è allargata naturalmente all'intero ventaglio delle immunizzazioni disponibili e consigliate per gli anziani, quali tetano, difterite, pertosse, ecc. È in questa direzione che si stanno infatti muovendo varie realtà (ASL, università, associazioni) nel dialogo diretto e capillare con pazienti e cittadini, attraverso media tradizionali come cartellonistica o volantini informativi e innovativi come portali dedicati, social post e app.

AREE GRIGIE

La vaccinazione per l'adulto - al pari di quella pediatrica - è un diritto di tutti e assume un "valore sociale". Come abbiamo già visto e commentato nei paragrafi precedenti, purtroppo, ad oggi, siamo ancora lontani dal raggiungimento di quelli che sono gli obiettivi minimi previsti dal PNPV 2017-2019: il 75% di CV per la vaccinazione antinfluenzale e anti pneumococcica e il 50% per quella anti zoster. È, dunque, necessario individuare eventuali strategie in grado di intercettare la domanda inespressa nelle vaccinazioni per adulti e di analizzare come intervenire per aumentare le coperture vaccinali per questa specifica popolazione affrontando con successo le relative problematiche. In altre parole bisogna comprendere quali siano le azioni più efficaci per intercettare quella parte della domanda che, per diversi motivi, non è espressa.

In Italia, come del resto anche in Europa, non esiste, di fatto, una cultura dell'immunizzazione per gli adulti. Le cause della bassa copertura vaccinale della popolazione adulta possono essere imputate a:

- Diffidenze (culturali) nell'approccio alla vaccinazione. La linea culturale che da alcuni anni si basa sulla negazione pseudoscientifica del valore della vaccinazione (anche se principalmente riguarda i bambini) sta colpendo in modo crescente, attraverso il web ed i social network in particolare, anche le vaccinazioni per gli adulti e gli anziani;
- Differenti diritti spettanti ai cittadini in base al Comune di residenza. Emerge in maniera crescente che azioni sviluppate nel tempo dalle singole istituzioni abbiano portato ad una differenziazione delle offerte da parte delle istituzioni. Ciò avviene in termini di accessibilità

da parte dei cittadini, in termini di sensibilità (ossia di conoscenza dei propri diritti) e in termini di costi diretti e indiretti sostenuti;

- Insufficiente percezione del rischio e delle eventuali conseguenze della non vaccinazione. Va osservato che per diversi motivi è rilevante (alto per il pneumococco, meno elevato per l'influenza) il numero di cittadini che pur avendone il diritto non procedono alla vaccinazione. A maggior riprova basta pensare che, la popolazione immigrata, presenta un alto tasso di copertura dovuto alla maggiore consapevolezza della pericolosità di patologie ancora presenti nei Paesi di origine;
- Timore di eventi avversi, con la manifestazione di reazioni allergiche, ipersensibilità etc., sono fattori che incidono sul valore stesso della rinuncia alla vaccinazione.

È stato già ampiamente verificato come la gratuità dell'offerta vaccinale non basti per aumentare i livelli di copertura; di conseguenza anche il messaggio sulla gratuità non è sufficiente per rendere la comunicazione vaccinale efficace. Una possibile strada da percorrere è senz'altro spostare l'asse della comunicazione sulle patologie che si possono contrastare con l'immunizzazione e sui rischi che corrono in particolare gli anziani e i soggetti a rischio, fino alla conseguenza della disabilità e della morte. Considerando l'attuale scenario demografico del nostro Paese, la geriatria dovrebbe farsi portavoce di una nuova cultura della longevità, che abbracci il tema di una prevenzione concreta e specifica: la conoscenza - delle malattie contro cui è possibile vaccinarsi, dei rischi connessi alla mancata vaccinazione, delle opportunità vaccinali disponibili fino alla non nocività dei vaccini - è un ottimo alleato per superare disinformazione, pregiudizi e luoghi comuni.

Per quanto riguarda lo stile di comunicazione, accanto all'approccio informativo che è sicuramente predominante, ci sembra mancare una comunicazione complementare che punti sull'aspetto emozionale per scuotere l'opinione pubblica sul tema della salute propria o dei propri cari, con messaggi che attraverso il sentimento della provocazione, o della paura e del dolore, o dell'identificazione e della comprensione, possano innescare un concreto interesse e un'apertura a vaccinarsi.

RACCOMANDAZIONI CON VARI LIVELLI DI FORZA

Per condividere il percorso vaccinale, mai come in questo momento, quindi, è emersa in tutta la sua importanza la necessità di dar luogo a un "patto" tra gli stakeholder per promuovere la qualità dei

processi vaccinali. Sono molte, infatti, le novità in tema di offerta vaccinale e altrettanto numerose sono diventate le criticità da affrontare. Per raggiungere gli ambiziosi obiettivi di copertura nell'adulto e nell'anziano è indispensabile l'apporto decisivo dei medici di medicina generale (MMG), con i quali si possono consolidare sinergie tali da consentire un'azione di rete "forte" al fine di raggiungere livelli di copertura vaccinale ottimali. È auspicabile quindi un radicale cambiamento del modo di gestire le vaccinazioni: creare, in primo luogo, rapporti strutturali con i medici di famiglia e, in secondo luogo, investire sulle competenze e sulla formazione dei professionisti, orientandone e ampliandone le capacità operative. In tal modo si verrebbe a creare, tra gli specialisti del settore vaccinale, una sinergia in grado di sostenere la continuità e la contiguità delle azioni e di dare maggiore credibilità ai messaggi trasmessi attraverso un'informazione univoca e corretta, aumentando il rapporto di fiducia tra i cittadini e gli operatori sanitari.

L'unico strumento che può dare vita e sostegno ad un "patto" con finalità così impegnative è rappresentato da una rete tra gli operatori sanitari maggiormente coinvolti nel processo vaccinale. Questo approccio è ampiamente sperimentato nel campo delle vaccinazioni in età pediatrica, molto meno in quello delle vaccinazioni nell'adulto. Dalle esperienze, che pur ci sono state e sono tuttora in corso, emerge spesso una criticità importante su cui è necessario intervenire: la difficoltà di comunicazione tra i diversi nodi della rete. Una buona comunicazione interna è l'unica modalità veramente efficace che permette lo sviluppo di forme di partnership in grado di garantire standard ottimali quali-quantitativi omogenei ed elevati. La comunicazione interna, infatti, è alla base di un sistema di cooperazione. La comunicazione interna rappresenta cioè il "volano" di una rete - intesa come l'insieme dei nodi dell'organizzazione sanitaria che offre al cittadino la prestazione vaccinale - che, se perseguita con impegno reciproco e sistematicità, può consentire:

- l'adozione di protocolli operativi approvati di concerto;
- l'elaborazione di campagne di informazione;
- la valutazione critica delle performance quantitative e qualitative;
- la convergenza sugli obiettivi da raggiungere;
- la formulazione di strategie condivise;
- la realizzazione di programmi "partecipati" di formazione congiunta.

Migliorare la comunicazione tra gli operatori sanitari permette, inoltre, di consolidare e promuovere il vaglio di buone pratiche nei diversi territori regionali e ai vari livelli locali, al fine di strutturarle,

valorizzarle e riproporle opportunamente armonizzate nel lavoro quotidiano. Nel campo delle vaccinazioni dell'adulto, i processi di comunicazione interna devono svilupparsi soprattutto su tre ordini di livello della rete che, nel nostro paese, sono coinvolti in vario grado nelle campagne vaccinali a seconda delle modalità organizzative regionali e aziendali: operatori dei servizi vaccinali aziendali, medici di medicina generale, distretti socio-sanitari.

Un altro livello della rete è rappresentato dai medici specialisti (in relazione al tipo di vaccinazione da sostenere e al target identificato), sul cui coinvolgimento e sulla cui partecipazione attiva occorrerebbe investire maggiormente dal momento che una parte dei destinatari delle vaccinazioni dell'adulto è rappresentata da soggetti a rischio per patologia. Affinché lo sviluppo e la diffusione dei meccanismi di coordinamento possano instaurarsi in modo tale da garantire un'azione integrata è necessario il verificarsi di alcune condizioni fondamentali. Una prima condizione importante è la presenza della propensione alla collaborazione e la fiducia tra i soggetti coinvolti. È inoltre importante cogliere l'opportunità offerta dalle forme di associazionismo dei MMG. Sviluppare un sistema di feedback e di comunicazione informale è decisivo per il buon andamento di una campagna vaccinale. L'adozione di una strategia basata sulla programmazione di incontri tra operatori sanitari (personale dei servizi vaccinali e MMG) a livello territoriale locale è infatti in grado di: 1) leggere e analizzare criticamente i risultati di copertura raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati; 2) evidenziare criticità locali emerse in corso di attuazione dei programmi vaccinali e 3) attivare canali comunicativi diretti con quei medici non particolarmente inclini alla vaccinazione. Il modello del confronto diretto da adottare sul campo può risultare infatti particolarmente utile, perché caratterizzato da una forte e concreta impronta operativa che può individuare ben precise strategie condivise di miglioramento delle attività vaccinali.

Nell'esperienza, dunque, delle azioni di comunicazione tra i vari operatori coinvolti, prevalgono iniziative quali:

- Supportare medici e specialisti con strumenti informativi di facile divulgazione ai pazienti. L'esperienza del "vademecum divulgativo" di Italia Longeva sulle vaccinazioni utili nell'invecchiamento, in cui vengono date risposte alle domande più comuni sul perché vaccinarsi, contro cosa, come, dove e quando, si è rivelata di interesse non solo per i cittadini ma anche per i medici e gli operatori che ne hanno da più parti richiesto spontaneamente l'utilizzo a supporto del dialogo con i pazienti e gli utenti. Segno di un bisogno non risolto;

- Sostenere e diffondere progetti pilota e practices di successo nell'ottica della contaminazione positiva e del "si può fare" (ad esempio giornate per la vaccinazione degli operatori sanitari nelle strutture sanitarie e counseling mirato in dimissione);
- Promuovere lectures sulla vaccinazione dell'anziano all'interno dei principali eventi di settore, per favorire la sensibilizzazione al tema e la diffusione delle buone pratiche all'interno della stessa comunità medico-scientifica (congressi SIGG, SITI, SIMG-FIMG; congressi delle società scientifiche degli specialisti di maggiore rilevanza per i soggetti a rischio quali pneumologi, cardiologi, ecc.; evento Long-Term Care – Gli Stati Generali dell'assistenza a lungo termine);
- Approccio multitarget anche per gli operatori sanitari, con la possibilità di intercettare con apposite iniziative di sensibilizzazione e approfondimento tutte quelle figure professionali che insieme a medici, geriatri ed igienisti hanno occasioni di contatto e di dialogo diretto con i pazienti.

Un elemento importante per la valutazione di processo e di esito è rappresentato dal monitoraggio delle campagne vaccinali, che può essere raggiunto attraverso le seguenti azioni:

- Rendere disponibile e utilizzare un'anagrafe vaccinale ad hoc: al fine di garantire un corretto monitoraggio dell'andamento di una campagna vaccinale e una puntuale rilevazione delle coperture vaccinali raggiunte è opportuno stabilire il flusso del debito informativo;
- Utilizzare il ritorno informativo per migliorare le strategie. Un sistematico controllo dei livelli di copertura vaccinale può permettere di mettere in atto correttivi operativi e strategici in relazione alle eventuali criticità riscontrate;
- Condividere l'anagrafe vaccinale con tutti gli stakeholder. È auspicabile, pertanto, il coinvolgimento dei MMG per l'individuazione dei gruppi a rischio e per la loro vaccinazione tramite l'utilizzo di programmi online per la registrazione e la trasmissione dei dati vaccinali (software accessibili ai MMG e utilizzabili per la registrazione delle vaccinazioni eseguite sui soggetti appartenenti ai gruppi a rischio e ai soggetti anziani).

L'insieme integrato delle strategie e delle azioni indicate risulta fondamentale per garantire il consolidamento delle sinergie operative necessarie per rappresentare un virtuoso modello cooperativo replicabile anche per estendere la rete territoriale di alleanze all'intera Area della promozione della salute e della prevenzione primaria e secondaria nell'adulto. Anche la presenza

online di linee guida specifiche sulle corrette procedure dell'attività vaccinale (calendari vaccinali, schede tecniche, schedule vaccinali, circolari nazionali e regionali, scheda segnalazione eventi avversi, protocollo dissenso informato) permette di avere sempre a disposizione un background teorico e operativo.

Compito della Sanità pubblica è anche quello di indagare sul fenomeno degli inadempienti cercando il contatto diretto con l'utente (tramite lettera con invito a presentarsi), al fine di conoscerne le motivazioni e per fornirgli, in maniera mirata, la più corretta informazione sui rischi e i benefici derivanti dalla vaccinazione. Nella comunicazione i migliori risultati si ottengono fondendo messaggi informativi delle diverse istituzioni (ASL/Comuni/MMG). Nel definire le strategie di comunicazione è importante considerare la popolazione di riferimento. La comunicazione scientifica è essenziale per il consenso della popolazione, anche se va considerato che questo approccio ha efficacia nel medio-lungo periodo. Un fattore che influenza negativamente l'accesso alla vaccinazione per adulti è il supposto costo. Pertanto va evidenziato che la vaccinazione è a titolo gratuito. Come già evidenziato, i Comuni, nell'ambito delle politiche sociali, gestiscono, direttamente o indirettamente, servizi sociali rivolti agli over 65enni, dai servizi di consulenza ai servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali. Promuovono inoltre attività di invecchiamento attivo, culturali, formative e di promozione sociale. Nei casi di integrazione sociosanitaria più avanzata queste attività sociali sono coordinate con i servizi territoriali della ASL, all'interno del distretto sociosanitario. Pertanto, a differenza dei messaggi trasmessi dalla ASL (nelle sue diverse dimensioni) che miravano a informare, obiettivo dei messaggi delle istituzioni comunali è quello di allargare il livello della conoscenza di base, ossia, informare dell'esistenza e dell'opportunità di vaccinazioni rivolte a questa popolazione. I Comuni possono svolgere un ruolo importante nel battere il pregiudizio e comunicare, in modo chiaro e semplice, con la popolazione fragile in carico ai servizi sociali (in quest'ambito è l'istituzione, che conosce bene la composizione della propria popolazione anziana, a determinare il grado e il livello di approfondimento e la tipologia più adatta). È importante il linguaggio: adeguato e semplice. Nelle piccole comunità locali ha una capacità d'influenza il Sindaco o il delegato del sindaco per la salute o l'Assessore alla salute. Un'attenzione particolare è rivolta alla possibilità di verificare come un ruolo proattivo dei servizi sociali riesca ad aumentare il numero di vaccinati (popolazione over 65). Altri soggetti che possono, quindi, promuovere azioni di formazione/informazione che permettono di raggiungere tanti soggetti, sono:

- Le associazioni che promuovono attività rivolte alle persone over 65;
- Le organizzazioni che gestiscono centri diurni e residenziali per anziani;
- I sindacati dei pensionati, che grazie ad una elevata diffusione territoriale delle sedi, possono raggiungere un numero elevato di anziani.

Gli strumenti di comunicazione utilizzati (da ASL/Comuni/MMG) sono molteplici: la brochure, di dimensione piccola e agevole composta da un numero limitato (8/16) di pagine, raccoglie in uno spazio limitato immagini e testi particolarmente significativi per lo scopo informativo sulla vaccinazione; il vademecum, invece, è di maggior lunghezza e mira a chiarire dubbi e problematiche delle popolazioni target. Altri possibili strumenti: numero verde, spille, locandine distribuite a farmacie, studi medici, ospedali, centri anziani, etc. Questa tipologia di offerta risponde ad obiettivi semplici di comunicazione. Una buona strategia poi, non può che passare attraverso la sistematicità delle azioni da mettere in campo e la loro condivisione con gli stakeholders a livello Nazionale. In tal senso le Società Scientifiche e le Federazioni di Igiene (SItI), di Pediatria (FIMP e SIP) e di Medicina Generale (FIMMG) hanno contribuito a costruire un modello di rete condiviso attraverso la creazione di piattaforme informatiche, tra cui “VaccinarSi”, *Adulti & Vaccinati*, *Rete Italiana Vaccini* ne sono alcuni esempi. L’insieme integrato e costante delle azioni di advocacy communication appare fondamentale, quindi, in questo periodo storico caratterizzato dalla crescente diffusione di movimenti antivaccinisti che svolgono un’azione di “advocacy contraria” nei confronti della popolazione. Per advocacy communication nel settore delle vaccinazioni si intendono, dunque, l’insieme delle attività tese ad alimentare canali comunicativi diversificati, tra cui l’uso dei mass media e degli strumenti multimediali, che promuovono le indicazioni dei Piani vaccinali presso i decisori politici, gli operatori sanitari e la popolazione generale. Tali attività, che hanno alla base delle scelte fondate su evidenze scientifiche, rappresentano uno strumento di crescente interesse sui cui investire perché attraverso la comunicazione nei confronti della popolazione è possibile incidere sulla confidence. Ne rappresenta un esempio l’Alleanza per l’invecchiamento Attivo “Happy Ageing”, un gruppo di stakeholders, che ha unito rappresentanti del mondo scientifico (Società Italiana di Igiene SItI; Società Italiana di Geriatria e Gerontologia SIGG; Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa SIMFER), sindacati e associazioni di categoria, per collaborare in maniera multidisciplinare e complementare nel veicolare efficacemente messaggi di prevenzione in tema di invecchiamento attivo e in salute. La capacità di awareness di Happy Ageing è fondata su due aspetti

importanti e complementari: la possibilità di accesso ad un portale dedicato alla prevenzione sempre aggiornato e la realizzazione di eventi pubblici disseminati sul territorio nazionale che hanno come target la popolazione anziana. Le assemblee organizzate da Happy Ageing hanno ricevuto un forte endorsement da parte di Sindaci, Amministratori regionali, Sindacati dei pensionati (FNP CISL, SPI CGIL, UIL Pensionati), Federazione Anziani e Pensionati ACLI e Federsanità ANCI, rafforzandone l'azione comunicativa. Gli eventi hanno coinvolto gli iscritti alle suddette associazioni e federazioni e hanno trattato il tema delle campagne vaccinali e della prevenzione, in un clima in cui è importante unire la scientificità del messaggio con la capacità di sviluppare modalità di coinvolgimento partecipativo per raggiungere l'adesione consapevole da parte dell'anziano. Questa strategia rappresenta un esempio positivo di comunicazione verso gli anziani, che solitamente ricevono informazioni frammentate sulle politiche di prevenzione che li riguardano. Conoscere i propri diritti e ricevere una informazione scientifica chiara, corretta e che li raggiunga nei propri ambiti di vita rappresenta un valore aggiunto fondamentale per "attirare" l'anziano, in piena autonomia, verso le iniziative di prevenzione. In quest'ottica, la comunicazione può rappresentare una cassa di risonanza positiva anche per gli altri anziani, permettendo loro di diventare dei veri e propri moltiplicatori dell'azione preventiva nei propri contesti sociali. Gli anziani, altresì, in qualità di nonni e genitori, possono veicolare il messaggio preventivo, rappresentando un caposaldo all'interno delle proprie famiglie, importante anche nell'azione di supporto all'adesione vaccinale consapevole nei confronti di nipoti e figli.

INCERTEZZE, PROSPETTIVE E POTENZIALI SVILUPPI

È necessario continuare a presidiare e a sviluppare una efficace comunicazione vaccinale per far sì che sia sempre di più un effettivo punto di forza e che non diventi al contrario una criticità, soprattutto nell'era di internet e delle informazioni fai da te.

In termini di fattibilità, è prioritario che la Geriatria rafforzi e sistematizzi l'impegno dei medici nel fare cultura dell'invecchiamento e della prevenzione per una longevità in salute, attraverso attività di informazione e di comunicazione, in un rapporto di dialogo e di fiducia con pazienti e cittadini, volte a divulgare un messaggio continuativo, univoco e corretto per l'aumento delle coperture vaccinali. Una campagna ministeriale sull'Healthy Aging (vedi editoriale di Ripamonti su Corriere Salute del 29.8) che punti anche sulle vaccinazioni dell'anziano appare oggi possibile.

Portare il tema della comunicazione vaccinale all'interno delle principali occasioni di formazione e di network dei medici e degli specialisti può rappresentare un volano importante per fare rete e per sensibilizzare gli operatori maggiormente coinvolti nella pratica vaccinale all'elaborazione di campagne informative corali, convergendo sugli obiettivi, sui messaggi chiave e su delle progettualità congiunte. Migliorare la comunicazione interna può rappresentare un passo importante e preliminare per migliorare la comunicazione verso i target finali, valorizzando e armonizzando le esigenze e le esperienze maturate dai singoli nella propria attività.

Ma un'iniziativa eclatante e provocatoria ad alto impatto mediatico, supportata da un patto tra gli stakeholder, potrebbe essere un potenziale obiettivo da perseguire. Ipotizziamo un personaggio come Don Matteo che si vaccina nel corso di una puntata della serie televisiva: sarebbe un potente mezzo per accendere i riflettori sul tema all'interno delle famiglie, dei giornali, dei social, a beneficio di tutti gli operatori sanitari nel proprio lavoro quotidiano e del futuro dell'intero Paese.

Bibliografia

- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019
- U.S. Department of Health and Human Services. The National Vaccine Program Office. National Adult Immunization Plan; 2015. Available from: <http://www.hhs.gov/sites7default/files/nvpo/national-adult-immunization-plan/naip.pdf>
- Federsanità ANCI - Le vaccinazioni per gli adulti: alcune indicazioni per sensibilizzare la popolazione e miglioramenti organizzativi e gestionali per facilitare l'accesso.

RUOLO DELLA DIDATTICA UNIVERSITARIA NEL PROMUOVERE DIFFUSIONE E APPLICAZIONE DELLA PRATICA VACCINALE NELL'ANZIANO

Raffaele Antonelli Incalzi^{1,2}, Fiona Ecarnot^{3,4}

¹ Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Università Campus Bio-Medico, Roma

² Presidente Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG)

³ Department of Cardiology, University Hospital Besancon, France

⁴ EA3920, University of Franche-Comté, Besancon, France

RAZIONALE

L'acquisizione di competenze relative alla pratica vaccinale è storicamente radicata nell'ambito pediatrico e la stessa didattica sui vaccini ha sviluppo e applicazione elettivi in Pediatria. Una branca non clinica che concorre in modo significativo alla didattica sui vaccini è l'Igiene. A tale didattica, relativamente all'età adulta, concorrono anche altre branche, in particolare Malattie Infettive e Malattie Respiratorie, ma non sembra esservi una linea di indirizzo didattica che assicuri la uniforme trattazione del tema nelle diverse facoltà di Medicina e Chirurgia. Inoltre, le discipline "generaliste", Medicina Interna e Geriatria, non presentano mediamente un interesse specifico, in particolare per l'anziano che pone problematiche e ha indicazioni peculiari. Quanto al corso di specializzazione in Geriatria, non sembra esservi una linea di condotta univoca. Ciò può penalizzare soprattutto l'acquisizione di competenze sui nuovi vaccini per l'anziano o su nuove applicazioni e raccomandazioni relative a vaccini "storici".

Tali premesse di per sé definiscono un forte rationale per una survey sul tema della didattica vaccinale nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia e nel corso di specializzazione in Geriatria. Infatti, l'acquisizione di conoscenze è propedeutica all'implementazione di programmi vaccinali solo raccomandati, ma non coperti dalla politica e dai fondi SSN, ma soprattutto alla sensibilizzazione dei probandi ai vaccini raccomandati e garantiti dal SSN. Questa seconda e più elementare motivazione trova ulteriore forza nel fatto che counseling e advising sono alla base della politica vaccinale nell'anziano in una realtà, come quella italiana, in cui non si realizza un'applicazione automatica e sistematica di raccomandazioni centrali, come accade, ad esempio, in Gran Bretagna o Francia. Ne consegue che il ruolo informativo e promozionale del medico in generale e dello specialista in

Geriatrics in particular is vital. È questa la ragione per indagare il peso della tematica vaccinale nel percorso formativo.

EVIDENZE

Nel corso di laurea emerge che l'argomento Vaccini è di competenza di Igiene e Pediatria con contributi a geometria variabile da altre branche (vedi paragrafo precedente). Non esiste alcuna specifica raccomandazione relativa alla pratica vaccinale in età geriatrica in corsi clinici.

Per confronto, nei principali paesi dell'UE le vaccinazioni dell'adulto trovano differente sviluppo nel corso di laurea. In Francia è previsto un modulo didattico sui vaccini (*Vaccinations: immunological bases, indications, efficacy, complications*) in cui si considerano tutte le vaccinazioni. L'applicazione e lo sviluppo del medesimo è però rimesso alle singole scuole di Medicina, avendosi così una discreta variabilità didattica. Da una survey recente emerge chiaramente che gli studenti in Medicina francesi lamentano una preparazione vaccinale per l'età adulta assolutamente insufficiente (1). In Gran Bretagna lo studio dei vaccini è di competenza della Pediatria, ma esiste la possibilità di attivare moduli di public health dedicati. Dei tre vaccini, l'antiinfluenzale è estesamente praticato e la copertura si avvicina al 75% ottimale; sembra quindi quasi inutile implementarne lo studio. Invece l'anti pneumococcico è praticato solo all'11% della popolazione e non è raccomandato all'anziano, anche ad alto rischio di polmonite, per dubbi sulla reale efficacia; infine l'anti zoster è praticato ad una esigua minoranza, sussistendo dubbi sulla durata. Indirettamente sono segni di ridotta sensibilità al problema, ma anche di rispetto di linee di indirizzo ispirate ad una forse troppo rigorosa applicazione dei principi di costo/efficacia. In Spagna l'insegnamento specificamente dedicato ai vaccini si struttura nelle materie Pediatria (1 ora + puntualmente quando si trattano malattie immunoprevenibili), Medicina Preventiva e Salute Pubblica (2 ore di teoria + 4 ore di seminari obbligatori, e di nuovo puntualmente quando si parla di epidemiologia di malattie immunoprevenibili) e Immunologia (1 ora). Nessuna indicazione didattica sui vaccini in Geriatria. Analogamente, nessuna raccomandazione condivisa sulla didattica vaccinale nel corso di specializzazione in Geriatria.

Nel corso di specializzazione in Geriatria in Italia, non v'è traccia di vaccini nelle skills previste dall'ordinamento della Scuola. Dei 4 direttori che hanno risposto al questionario si evidenzia che nessun programma didattico prevede esplicitamente un modulo dedicato ai vaccini.

L'insegnamento è quindi demandato all'iniziativa individuale dei docenti nelle singole scuole senza alcuna attribuzione di ruolo e competenze.

AREE GRIGIE

L'attuale assetto didattico nel corso di laurea, centrato sulla dimensione pediatrica dei vaccini, limita l'acquisizione di competenze e consapevolezza delle pratiche vaccinali in età adulta. Ciò vale anche per vaccini di riconosciuta utilità come l'antiinfluenzale. Particolarmente problematico appare poi il difetto di didattica vaccinale nei corsi di specializzazione in Geriatria, dato che indicazioni su base individuale a vaccini di provata efficacia, come l'anti pneumococcico e l'anti zoster, sono funzione dell'iniziativa medica in difetto di campagne vaccinali nazionali. Esistono chiare evidenze che la promozione di attività di informazione e sensibilizzazione dei candidati aumenta significativamente il tasso di adesione alle vaccinazioni (2). Le lacune della politica vaccinale sono potenzialmente importanti ove si consideri, ad esempio, che la polmonite pneumococcica ha una mortalità fino al 30% dopo i 65 anni (3) e che la possibilità di prevenirla con il vaccino è stimata essere del 45% nell'anziano in comunità (4). Nel 2014 lo Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) del CDC ha raccomandato la vaccinazione anti pneumococcica in tutta la popolazione ultra65enne (5). Analogamente, il mancato ricorso al vaccino anti zoster è atteso esitare in un peggioramento della qualità di vita, ma anche nell'uso di antinfiammatori, antinevralgici e altri farmaci per la neuralgia postherpetica in una proporzione di soggetti che non è possibile quantificare con precisione; basti però considerare che l'incidenza di Herpes Zoster dopo i 65 anni è pari a 15 casi/1000 pazienti anno (6), di cui 21 su 100 sono complicati da nevralgia postherpetica, casi che aumentano a 34 su 100 sopra gli 80 anni di età (7); di questi la stragrande maggioranza sarebbe prevenuta dal relativo vaccino testato in ultra70enni (8). La recente survey SIGG sulle prassi e sulle conoscenze relative ai vaccini ha documentato che sia gli specialisti che gli specializzandi in Geriatria in Italia presentano un grado di conoscenze mediamente basso e che gli specializzandi hanno comunque migliori conoscenze degli specialisti (dati ancora non pubblicati).

RACCOMANDAZIONI CON VARI LIVELLI DI FORZA

CORSO DI LAUREA: appare indispensabile identificare un modello formativo che preveda la didattica vaccinale per l'adulto somministrata da una o due Insegnamenti clinici diversi dalla Pediatria, fermo

restando il ruolo formativo generale sui vaccini assolto dall'insegnamento di Igiene. In considerazione del significato dei vaccini nella prevenzione non solo di eventi acuti, ma anche della disabilità e nella promozione dello stato di salute, appare logico che questo compito sia assolto dall'insegnamento di Geriatria. Ciò anche in considerazione del fatto che la stessa indicazione per alcuni vaccini è funzione della patologia cronica di base e che l'efficacia può dipendere dal grado di autonomia funzionale basale (9), temi questi di preminente interesse geriatrico. Tuttavia la non uniforme disponibilità dell'insegnamento di Geriatria nelle nostre facoltà rende necessario un ruolo di supplenza della Medicina Interna. Infine, l'insegnamento di Malattie infettive rappresenta un importante richiamo delle principali indicazioni inserito in una prospettiva di prevenzione e cura di importanti malattie infettive più che nella prospettiva, propria della Geriatria, del miglioramento dello stato di salute dell'anziano multimorbido, disabile o fragile.

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE: appare raccomandabile un'iniziativa del comitato di coordinamento delle Scuole di Geriatria volta a definire un minimum data set sulle pratiche vaccinali e le modalità e la tempistica della relativa somministrazione didattica. Particolare attenzione andrà posta alle situazioni di multimorbilità e polifarmacia quali fattori determinanti o condizionanti la scelta e al potenziale ruolo della fragilità nel determinismo della risposta (10). Ciò anche alla luce del crescente uso di terapia immunosoppressive e biologiche in età avanzata.

INCERTEZZE, PROSPETTIVE E POTENZIALI SVILUPPI

In termini di fattibilità, è senz'altro più agevole prevedere una promozione della didattica vaccinale nel corso di specializzazione in Geriatria che una sua razionalizzazione nel corso di laurea. Più in generale, la tendenza a promuovere stili di vita e misure atte a rallentare il declino funzionale e mantenere un buono stato di salute anche in tarda età dovrebbe caratterizzarsi come intervento multimodale includente, tra l'altro, la pratica vaccinale. In tal modo, nell'immaginario collettivo la vaccinazione dell'anziano perderebbe il significato di ausilio selettivo per categorie con particolari patologie, trasformandosi in valido supporto per tutti gli anziani. Resterebbe fermo, in presenza di restrizioni economiche, un grading di priorità nella dispensazione, ma verrebbe affermato il principio del beneficio universale per i vaccini in cui lo stesso è provato.

Bibliografia

1. Kernéis S, Jacquet C, Bannay A, May T, Launay O, Verger P, Pulcini C; EDUVAC Study Group. Vaccine Education of Medical Students: A Nationwide Cross-sectional Survey. *Am J Prev Med.* 2017; 53: e97-e104.
2. Altay M, Ateş İ, Altay FA, Kaplan M, Akça Ö, Özkara A. Does education effect the rates of prophylactic vaccination in elderly diabetics? *Diabetes Res Clin Pract.* 2016 Oct;120:117-23.
3. Welte T¹, Torres A, Nathwani D. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe. *Thorax.* 2012 Jan;67(1):71-9.
4. Bonten MJ¹, Huijts SM, Bolkenbaas M, Webber C, Patterson S, Gault S, van Werkhoven CH, van Deursen AM, Sanders EA, Verheij TJ, Patton M, McDonough A, Moradoghli-Haftvani A, Smith H, Mellelieu T, Pride MW, Crowther G, Schmoele-Thoma B, Scott DA, Jansen KU, Lobatto R, Oosterman B, Visser N, Caspers E, Smorenburg A, Emini EA, Gruber WC, Grobbee DE Polysaccharide conjugate vaccine against pneumococcal pneumonia in adults. *N Engl J Med.* 2015 Mar 19;372(12):1114-25.
5. Tomczyk S, Bennett NM, Stoecker C, Gierke R, Moore MR, Whitney CG, Hadler S, Pilishvili T; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥65 years: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Sep 19;63(37):822-5.
6. Kawai K¹, Gebremeskel BG², Acosta CJ¹ Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. *BMJ Open.* 2014 Jun 10;4(6):e004833.
7. Hope-Simpson RE. Postherpetic neuralgia. *J R Coll Gen Pract.* 1975 Aug;25(157):571-575.
8. Cunningham AL¹, Lal H¹, Kovac M¹, Chlibek R¹, Hwang SJ¹, Díez-Domingo J¹, Godeaux O¹, Levin MJ¹, McElhaney JE¹, Puig-Barberà J¹, Vanden Abeele C¹, Vesikari T¹, Watanabe D¹, Zahaf T¹, Ahonen A¹, Athan E¹, Barba-Gomez JF¹, Campora L¹, de Looze F¹, Downey HJ¹, Ghesquiere W¹, Gorfinkel I¹, Korhonen T¹, Leung E¹, McNeil SA¹, Oostvogels L¹, Rombo L¹, Smetana J¹, Weckx L¹, Yeo W¹, Heineman TC¹; ZOE-70 Study Group. Efficacy of the Herpes Zoster Subunit Vaccine in Adults 70 Years of Age or Older. *N Engl J Med.* 2016 Sep 15;375(11):1019-32.
9. Kawakami K¹, Ohkusa Y, Kuroki R, Tanaka T, Koyama K, Harada Y, Iwanaga K, Yamaryo T, Oishi K. Effectiveness of pneumococcal polysaccharide vaccine against pneumonia and cost



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

- analysis for the elderly who receive seasonal influenza vaccine in Japan. *Vaccine*. 2010 Oct 8;28(43):7063-9.
10. Van Epps P, Tumpey T, Pearce MB, Golding H, Higgins P, Hornick T, Burant C, Wilson BM, Banks R, Gravenstein S, Canaday DH. Preexisting Immunity, Not Frailty Phenotype, Predicts Influenza Postvaccination Titers among Older Veterans.. *Clin Vaccine Immunol*. 2017 Mar 6;24(3).



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

CONCLUSIONI

Il presente documento evidenzia innanzitutto come esista un corpus dottrinale, fortemente suffragato dall'evidenza, che permette di identificare bene le indicazioni alle vaccinazioni nell'età adulta e di stimarne il beneficio atteso. Risulta evidente che il rapporto costo/beneficio e costo/efficacia di almeno tre vaccinazioni è ampiamente favorevole in soggetti adulti, la soglia di 50 anni essendo considerata opportuna per la vaccinazione anti zoster, o anziani, essendo sia la vaccinazione antiinfluenzale che l'anti pneumococcica indicate a partire dai 65 anni di età, fatte salve le non poche indicazioni diverse dall'età. È addirittura difficile trovare in Medicina una documentazione così chiara e abbondante come quella a supporto delle vaccinazioni in età adulta e geriatrica. Da tale documentazione emergono altresì le poche condizioni che sconsigliano alcune vaccinazioni, ma che si limitano a frazioni davvero esigue dei potenziali candidati. Pertanto, non sussistono dubbi interpretativi della materia.

La traduzione delle evidenze nella legislazione nazionale e di questa nelle applicazioni normative regionali comporta una discreta eterogeneità che, pur mirando a preservare e garantire il diritto alla giusta vaccinazione, crea selettivamente ostacoli procedurali o, comunque, non facilita una pratica che dovrebbe essere resa la più agevole possibile. I diversi tassi di copertura vaccinale testimoniano la variabile efficienza delle strategie adottate e indirizzano a valutare con attenzione le regioni che garantiscono i tassi più elevati così da maturare le strategie operative. Collateralmente, si segnala che anche un'ottima copertura vaccinale in età pediatrica concorre, nel caso dello pneumococco, a preservare adulti e anziani non ancora vaccinati.

A fronte delle evidenze disponibili, molteplici risultano essere gli ostacoli all'adozione delle vaccinazioni nei tempi e nei modi corretti. Al di là dell'ostacolo involontariamente creato da poco efficaci procedure di reclutamento e dispensazione in alcune regioni, sembra esservi un problema di fondo consistente nella scarsa valorizzazione del vaccino in confronto, ad esempio, con la terapia antibiotica per un'infezione. In altri termini, la dimensione della prevenzione, forse perché priva di un risultato tangibile a livello individuale o, almeno, di un risultato immediatamente apprezzabile, risulta non di rado percepita come ancillare rispetto a quello delle terapie mirate. Inoltre, manca spesso adeguata conoscenza dei vaccini più recenti o delle modalità di applicazione di vaccini ormai "classici". A ciò si aggiunge, sul versante dei candidati al vaccino, una davvero scarsa informazione.

Il coesistere di limitazioni tra gli operatori e i candidati esita in tassi di copertura decisamente inferiori a quelli attesi e riconosciuti come efficaci.

Diverse iniziative sono possibili e potenzialmente efficaci, purché tarate sui destinatari, da una parte gli operatori sanitari, dall'altra i candidati alla vaccinazione. Vanno cioè pensate nella dimensione formativa e comunicativa che si adatti plasticamente ai destinatari senza pretendere che destinatari diversi si giovino dell'informazione veicolata con lo stesso strumento. È quindi evidente che le società scientifiche non possono da sole affrontare iniziative formative, essendo necessari forme e mezzi di comunicazione che non appartengono ai canoni della comunicazione scientifica. Da ciò il ruolo di enti e associazioni no profit, ma anche di organi politici e amministrativi. Questi ultimi dovrebbero impegnarsi direttamente nell'informazione e nella formazione dei cittadini, ma ciò implica che proprio i potenziali formatori abbiano contezza dell'argomento e delle salde fondamenta dello sforzo richiesto loro. Appare quindi indispensabile un dialogo tra mondo scientifico e mondo politico e amministrativo così da identificare e rimuovere i problemi ostativi alla piena presa in carico della politica vaccinale come strategia a livello tanto nazionale quanto regionale.

Il mondo accademico ha, infine, una grossa responsabilità: quella di migliorare cultura e coscienza del tema vaccini tra studenti in Medicina e Chirurgia e specialisti, almeno delle branche più coinvolte nel trattamento dei problemi medici dell'adulto e dell'anziano. È inaccettabile la qualità della cultura vaccinale emersa. È fortemente auspicabile, e la SIGG se ne farà carico, che nel corso di specializzazione in Geriatria e così pure in quello di Medicina Interna le vaccinazioni trovino una collocazione ben definita anziché essere variamente e, a volte, scarsamente rappresentate in rapporto a scelte delle singole scuole. Analogamente e ancorò più, la Medicina Generale è chiamata ad assolvere un compito pratico, la vaccinazione, che presuppone un'importante acquisizione di competenza.

Il presente documento può concorrere a rendere tutti, operatori sanitari e non, più consci del significato dei vaccini, dei limiti al loro corretto e pieno uso, ma anche delle possibili soluzioni. Al tempo stesso è uno stimolo alla discussione, auspicabilmente il primo passo di una vera e propria strategia promozionale che, per essere realmente tale, dovrà al tempo stesso basarsi su informazione e formazione ideate per udienze e setting diversi.



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Progetto realizzato con il contributo non condizionante di MSD

