



HAPPYAGEING

ALLEANZA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

**VACCINAZIONI DELL'ADULTO/ANZIANO
NELLA STAGIONE 2020/2021**

POSITION PAPER N.2

Vaccinazioni dell'adulto/anziano nella stagione 2020/2021

GLI ADULTI/ANZIANI: CONDIZIONI DI SALUTE E INVECCHIAMENTO ATTIVO

In tutta l'Europa, l'aspettativa di vita è andata aumentando negli ultimi decenni, raggiungendo nei Paesi a più bassa natalità e con un reddito elevato, come Francia Spagna e Italia, valori di circa 85 anni per le donne e 80 anni per gli uomini. La popolazione al disopra dei 64 anni di età ammonta in Italia a circa 13.783.580 persone, corrispondenti ad una percentuale del 22.8% dell'intera popolazione. Si calcola che tra 10 anni la percentuale di ultra sessantaquattrenni possa arrivare al 30% della popolazione totale. L'Istat comunica inoltre che, nel 2017, la speranza di vita alla nascita ha raggiunto nel nostro Paese il massimo storico di 83,1 anni.

Il dato emerge dal Rapporto sul benessere equo e sostenibile: nel 2017, con 83,1 anni l'Italia si conferma al secondo posto per la speranza di vita alla nascita nella graduatoria dei 28 Paesi Membri dell'Unione Europea (80,9 anni il valore medio) dopo la Spagna (83,4 anni). La situazione cambia se si analizzano i dati per genere: nel 2017 un uomo nato in Italia, così come in Svezia, ha l'aspettativa di vita più elevata rispetto a tutti i paesi dell'Unione Europea, ossia 80,8 anni. Una donna italiana può aspettarsi di vivere fino a 85,2 anni, meno che in Francia (85,6 anni) e in Spagna (86,1) (il valore medio UE è di 83,5 anni).

Considerando la speranza di vita a 65 anni in Italia, un report dell'Istat del 2015 rivela che essa è pari a 18,9 anni per gli uomini e a 22,2 per le donne ed è più elevata di un anno, per entrambi i generi, rispetto alla media dei 28 paesi dell'Unione europea (rispettivamente 17,9 e 21,2anni). Nella graduatoria europea il nostro Paese si colloca al terzo posto dopo Francia e Spagna. In termini di qualità degli anni che restano da vivere, ovvero in buona salute e senza limitazioni, l'Italia è ai livelli più bassi, sia rispetto alla media dei paesi europei (Ue28), sia rispetto agli altri grandi paesi europei, soprattutto per le donne. Nel 2015, in Italia, un uomo di 65 anni si può attendere di vivere ancora 13,7 anni in buona salute, mentre il suo coetaneo del Regno Unito ancora 16,1 anni e in media nell'Ue 14,4 anni. Per le donne italiane di 65 anni la speranza di vita in buona salute è pari a 14,3 anni contro i 19,3 delle coetanee francesi e una media europea di 15,8 anni. Per la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni si stimano 7,8 anni per gli uomini e 7,5 per le donne a fronte rispettivamente di 11,4 e 12,3 anni in Germania e di una media europea di 9,4 anni per entrambi i sessi.

I notevoli progressi della sopravvivenza e la contestuale riduzione della fecondità in Italia hanno quindi rivoluzionato la struttura demografica della popolazione, posizionando il nostro paese tra i primi al mondo per invecchiamento della popolazione. In ambito europeo l'Italia ha il più elevato indice di dipendenza (rapporto tra la popolazione in età non attiva e la popolazione in età attiva), con una quota molto bassa di giovani e una quota di anziani tra le più elevate.

Le opportunità di benessere in futuro, a livello sia collettivo sia individuale, dipenderanno molto dalla qualità degli anni di vita guadagnati, ovvero dal numero di anni vissuti in buona salute e senza limitazioni dell'autonomia personale. È in questa direzione che si muovono le policy più recenti promosse anche a livello europeo per garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari, individuando come possibile strategia un maggiore investimento nell'invecchiamento attivo (active ageing).

Nell'ultimo ventennio, inoltre, il fenomeno dell'invecchiamento in Europa ha subito un'accelerazione: fra il 1990 e il 2012 la percentuale della popolazione over65 è passata dal 13,7% a oltre il 18% nel 2012. Le proiezioni Eurostat stimano, inoltre, che tale percentuale è destinata ad aumentare, arrivando al 28,6% entro il 2050.

Già ad oggi le persone di 65 anni ed oltre costituiscono il 22,8% del totale della popolazione residente, con alcune differenze geografiche significative: la Liguria resta la Regione più “anziana” (oltre il 28% della popolazione regionale è ultrasessantacinquenne), valori elevati si osservano anche in Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Piemonte, Marche, Emilia Romagna e Molise. Al contrario, l’incidenza della popolazione anziana è relativamente più contenuta in altre aree del Paese (Campania, Sicilia, Calabria, Trentino Alto Adige e Puglia) (Tabella 1).

REGIONE	% POPOLAZIONE OVER 65 SU TOT.ABITANTI
LIGURIA	28,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	26,1
UMBRIA	25,6
PIEMONTE	25,5
TOSCANA	25,4
MARCHE	24,8
MOLISE	25,6
EMILIA ROMAGNA	23,9
ABRUZZO	23,8
VALLE D'AOSTA	23,8
SARDEGNA	23,7
BASILICATA	22,9
VENETO	22,8
LOMBARDIA	22,6
PUGLIA	22
LAZIO	21,7
CALABRIA	21,6
SICILIA	21,2
TRENTINO ALTO ADIGE	20,8
CAMPANIA	18,2
ITALIA	22,8

TABELLA 1:

Percentuale della popolazione over65 sul totale degli abitanti in Italia nel 2019 (Dati Istat)

Se da un lato questi dati rappresentano un indubbio successo sul piano della sanità pubblica, in quanto evidenziano una aspettativa di vita molto alta, allo stesso tempo, richiamano l’attenzione sulla necessità di ulteriori interventi di sostegno alle politiche sanitarie e sociali. Una società che invecchia può rappresentare, non solo un successo ma anche una sfida per la società e un effetto negativo del rapido invecchiamento della popolazione è costituito dall’aumento della disabilità legata a malattie croniche non trasmissibili che costituiscono, anche in Italia, uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Invecchiare in buona salute è pertanto l’obiettivo prioritario delle strategie nazionali, europee ed internazionali e su questo piano l’Italia ha ancora molto da lavorare.

Le istituzioni sanitarie devono confrontarsi, quindi, con nuove sfide di salute pubblica, sempre più importanti e derivanti dall'incremento della speranza di vita:

- Il progressivo incremento del numero di soggetti affetti da patologie croniche ha prodotto una popolazione di soggetti fragili che nel corso di malattie infettive, vaccino-prevenibili, possono più frequentemente andare incontro a complicanze, o a peggioramento della patologia cronica sottostante, la cui gestione, clinica e non, è complessa, con elevati costi sul versante sociale, sanitario ed economico;
- L'invecchiamento attivo e in salute: l'allungamento dell'età in condizioni di buona salute, inoltre, ha ampliato la popolazione di soggetti adulti e anziani attivi che possono dedicarsi ad attività lavorative o di tempo libero molto al di là dell'epoca del pensionamento; queste persone svolgono un rilevante ruolo di supporto economico, sociale e familiare;
- Il fenomeno dell'immunosenescenza, riducendo progressivamente la funzione del sistema immunitario, non garantisce un'adeguata risposta fisiologica alle malattie infettive e si associa con la riduzione dell'immunità acquisita nell'infanzia. Questo fenomeno rende necessario programmare interventi d'immunizzazione di richiamo (booster);

A tal proposito, la Commissione Europea ha individuato l'invecchiamento attivo e in salute quale traguardo comune a tutti i Paesi europei. La European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, lanciata nel 2011, si pone come obiettivo quello di garantire ai cittadini una vita in salute, attiva e indipendente durante l'invecchiamento, di migliorare l'efficienza dei sistemi sanitari e sociali nonché di potenziare la competitività dei mercati per beni e servizi innovativi. Per raggiungere questi obiettivi, è fondamentale che i sistemi sanitari valutino strategie costo-efficacia per ridurre l'impatto economico delle patologie e della disabilità nell'età adulta e nella senescenza. La Commissione europea indica i seguenti pilastri per sostenere l'obiettivo entro il 2020: dieta, movimento e stili di vita, consumo di farmaci, campagne di screening e immunizzazioni. Per rispondere alle indicazioni della Commissione europea che, con la partnership per l'innovazione sul tema "invecchiare rimanendo attivi e in buona salute" ha inteso stimolare il mondo scientifico, della società civile e delle istituzioni a rivolgere una maggiore attenzione sui temi del progressivo invecchiamento della popolazione europea e delle dinamiche socioeconomiche e culturali ad esso connesse, è nata in Italia nel 2014 Happy Ageing, l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo. Il nucleo fondativo dell'Alleanza Happy Ageing si compone di Società scientifiche (Società Italiana di Igiene – SItI; Società Italiana di Geriatria e Gerontologia – SIGG; Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa – SIMFER, Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio-SIGOT), di rappresentanti dei cittadini (Federazione Anziani e Pensionati ACLI; Sindacato Pensionati Italiani CGIL; Federazione Nazionale Pensionati CISL; UIL Pensionati; di rappresentanti e organismi istituzionali (Federsanità ANCI). Obiettivo dell'Alleanza è quello di studiare e promuovere politiche ed attività finalizzate a declinare, nel nostro Paese, gli atti di indirizzo della partnership con l'Unione Europea sull'Healthy Ageing per migliorare la salute e la qualità della vita delle persone anziane e per garantire nel contempo la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi sociosanitari ed assistenziali nel lungo periodo.

L'Alleanza costituisce così un unico coordinamento di forze cliniche, scientifiche, politiche e sociali aventi interesse e potenzialità per impegnarsi per un invecchiamento salutare della popolazione, coerentemente con

le indicazioni della Commissione europea. Un'azione a 360 gradi sul mondo degli adulti/anziani, con proposte innovative e di alto tenore scientifico e di altrettanto impatto comunicativo che si fonda su 5 principali pilastri: alimentazione, attività fisica, farmaci, screening ed immunizzazioni.

GLI ADULTI/ANZIANI E LA PANDEMIA DA SARS-COV-2

Mai come quest'anno l'attenzione deve essere rivolta particolarmente alla popolazione anziana. In questa emergenza sanitaria da SARS-COV-2, infatti, la fascia di popolazione sicuramente più colpita dal virus è stata quella degli adulti/anziani: sono loro che ora più che mai hanno bisogno di maggiori attenzioni e cure, in modo da prevenire qualsiasi tipologia di rischio. Sul sito "worldometer", un sito web che fornisce dati statistici in tempo reale, il "fatality-rate by age" del Covid-19, ossia la probabilità di morire se infetto da Covid-19, in base alla fascia di età, è rappresentata nella tabella sottostante:

AGE	DEATH RATE
80 ANNI E OLTRE	14,8%
70-79 ANNI	8%
60-69 ANNI	3,6%
50-59 ANNI	1,3%
40-49 ANNI	0,4%
30-39 ANNI	0,2%
20-29 ANNI	0,2%
10-19 ANNI	0,2%
0-9 ANNI	0

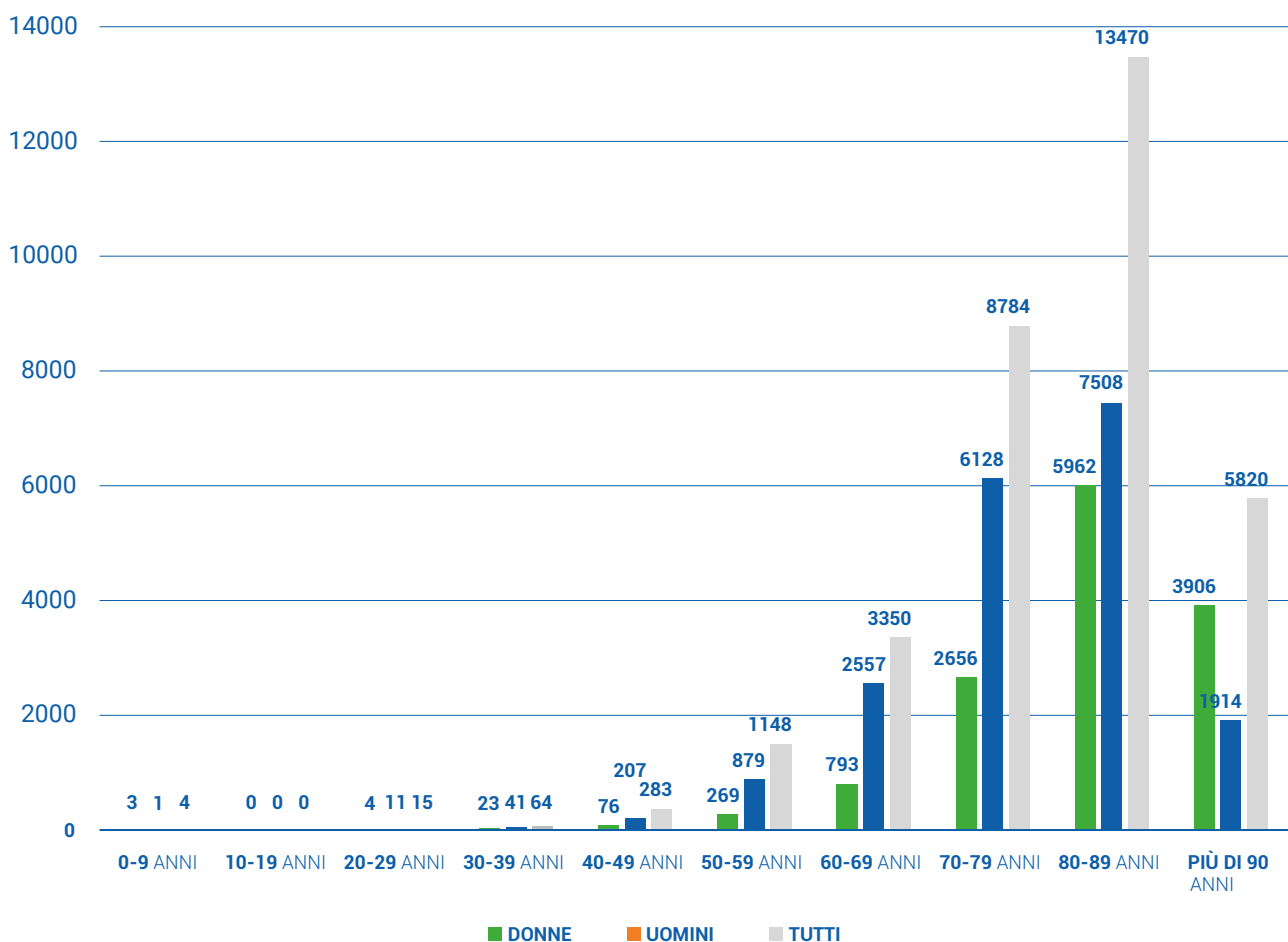
TABELLA 2:

Fatality-rate by age of COVID-19

Si evince, quindi, come le persone adulte/anziane siano le più a rischio di morte se infette da SARS-COV-2. Una analisi sui dati di 105 pazienti italiani deceduti al 4 marzo, condotta dall'Istituto Superiore di Sanità, sottolinea come ci siano 20 anni di differenza tra l'età media dei deceduti e quella dei pazienti positivi al virus. L'età media dei pazienti deceduti e positivi a COVID-2019 è di circa 81 anni, sono in maggioranza uomini e in più di due terzi dei casi hanno tre o più patologie preesistenti. Il report riguarda i pazienti deceduti ed è basato sui dati ottenuti tramite la compilazione di un questionario sviluppato ad hoc ai fini della rilevazione dei casi di morte. L'età media dei pazienti presi in esame è 81 anni, circa 20 anni superiore a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione, e le donne sono 28 (26.7%). La maggior parte dei decessi 42.2% si è avuta nella fascia di età tra 80 e 89 anni, mentre 32.4% erano tra 70 e 79, 8.4% tra 60 e 69, 2.8% tra 50 e 59 e 14.1% sopra i 90 anni.

Le donne decedute dopo aver contratto infezione da COVID-2019 hanno un'età più alta rispetto agli uomini (età mediana donne 83.4 – età mediana uomini 79.9). Il numero medio di patologie osservate in questa popolazione è di 3.4 (mediana 3, Deviazione Standard 2.1). Complessivamente, l'15.5% del campione presentavano 0 o 1 patologie, il 18.3% presentavano 2 patologie e 67.2% presentavano 3 o più patologie. La comorbidità più rappresentata è l'ipertensione (presente nel 74,6% del campione), seguita dalla cardiopatia ischemica (70,4%) e dal diabete mellito (33,8%). Anche se preliminari e minimi, questi dati confermano le osservazioni fatte fino a questo momento nel resto del mondo sulle caratteristiche principali dei pazienti, in particolare sul fatto che gli adulti/anziani e le persone con patologie preesistenti sono più a rischio. Si tratta di persone molto fragili, che spesso vivono a stretto contatto e che bisogna proteggere il più possibile. L'ultimo rapporto sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 in Italia dell'Istituto Superiore di Sanità mostra il numero assoluto di morti per gruppi di età così come rappresentato nel grafico sottostante:

GRAFICO 1: Numero assoluti di morti per SARS-COV-2 in Italia per gruppi di età (dati aggiornati al 7 giugno 2020-ISS)



Alla luce di questi dati, dunque, si evince che è necessario focalizzare l'attenzione sugli adulti/anziani se si considera che le fasce d'età più colpite da mortalità durante l'epidemia da Covid-19 in Italia, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Ma non è tutto. Le conseguenze sugli adulti/anziani non si limitano purtroppo all'elevatissimo tasso di decessi (quasi il 90% dei deceduti da Covid-19 ha più di 70 anni): la pandemia da Covid-19, secondo uno studio promosso dalla Sigot, la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, ha fatto emergere il rischio per l'anziano fragile di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale, che renderanno difficile il ritorno alla condizione precedente l'infezione.

Vaccinarsi contro lo pneumococco e l'influenza deve essere la prima cosa da fare in questo momento di stasi della pandemia in Italia. Non solo perché la prevenzione vaccinale è uno dei pilastri, riconosciuto anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per un invecchiamento attivo, ma anche perché è probabile che in autunno ci troveremo a dover fronteggiare una nuova emergenza Coronavirus e non possiamo farci trovare impreparati. Due su tre delle vaccinazioni consigliate ai più anziani servono a prevenire malattie respiratorie: l'influenza e la polmonite da pneumococco. Evitare di essere suscettibili a queste patologie ci permette di avere un sistema immunitario capace di rispondere meglio alla circolazione del Coronavirus. Lo abbiamo visto anche in questo periodo: chi ha affrontato il Covid-19 dopo aver contratto una malattia acuta respiratoria, come una seria influenza, ha avuto meno possibilità di reagire al contagio da Coronavirus. Anche una infezione da zoster, tuttavia, pur non rappresentando un potenziale pericolo e livello respiratorio, comprometterebbe sicuramente le condizioni dell'anziano per cui vaccinarsi contro di esso rappresenterebbe una ulteriore arma di difesa.

L'IMMUNOSENESCENZA, I PAZIENTI FRAGILI, I SOGGETTI A RISCHIO E IL CALENDARIO VACCINALE DELL'ADULTO/ANZIANO

Un declino della risposta immunitaria correlato all'età comporta una maggiore suscettibilità alle infezioni e un rischio di maggiore gravità della malattia infettiva negli adulti/anziani, fenomeno che, associato alle frequenti patologie concomitanti, rappresenta una sfida per la salute pubblica. Le malattie nell'anziano tendono a essere più gravi e hanno un impatto maggiore in termini di morbosità, disabilità, qualità della vita e mortalità.

Di per sé il soggetto adulto/anziano è una persona "fragile", in considerazione del fatto che la proporzione dei soggetti con fattori di rischio aumenta con l'età. I dati forniti dall'ISTAT nella pubblicazione "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" (anno 2015) dimostrano che già nella classe 55-59 anni chi soffre di patologie cronico-degenerative è il 51,5% della popolazione e la quota raggiunge l'85,2% tra le persone ultra-settantacinquenni. I dati dello studio PASSI evidenziano che i fattori di rischio per patologia cardiovascolare sono così diffusi nella popolazione che solo il 2% delle persone tra 18 e 69 anni ne sono privi, mentre circa il 40% ne ha almeno tre.

Le infezioni da agenti vaccino prevenibili, come appunto l'influenza o lo pneumococco, rappresentano una critica possibilità verso complicanze gravi in alcune categorie di soggetti quali appunto bambini, anziani, persone con comorbidità e malattie croniche. Purtroppo però la conoscenza da parte della popolazione (specialmente quella a rischio) dei benefici derivati dalla vaccinazione contro certe patologie sono ancora troppo scarse.

Al fine di stimare la prevalenza delle patologie croniche per le quali è raccomandata la vaccinazione nella popolazione italiana assistita dai MMG, è stata condotta nel 2016 una ricerca sul data base di Health Search, istituto

di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale. Il 40% dei 937.495 pazienti osservati presenta almeno una patologia cronica. Nei soggetti di età superiore a 65 anni la percentuale è del 78,5 e del 61% nella fascia d'età 60-64 anni. Le condizioni di rischio sono risultate più frequenti nelle fasce d'età più avanzate ma non trascurabili anche nelle persone più giovani: 27,9% tra 45 e 49 anni, 19,7% tra 40 e 44 anni.

La vaccinazione nella popolazione adulta/anziana quindi deve diventare un componente chiave delle strategie atte a favorire, insieme all'implementazione di altri interventi preventivi volti a promuovere uno stile di vita sano, il mantenimento di un buono stato di salute nel lungo termine. Ciò in considerazione delle numerose e solide evidenze che la letteratura scientifica ha prodotto a supporto dei benefici che questo approccio ha su morbosità, mortalità, e qualità della vita. In effetti, senza un programma vaccinale specificamente mirato sugli adulti di 60 o più anni di età, le malattie infettive in questa popolazione rimarranno un grande problema per le autorità sanitarie, a maggior ragione se teniamo conto dell'ulteriore aumento, previsto nei prossimi anni, della popolazione di età ≥ 65 anni. Molte vaccinazioni quindi sono fondamentali per la prevenzione delle malattie infettive nella popolazione anziana. Come dice il Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019 «**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**». Per gli ultra 65-enni è raccomandata la **vaccinazione anti-influenzale** per ridurre complicanze, ospedalizzazioni e morti dovute a tale infezione. Il vaccino deve essere somministrato ogni anno (periodo ottobre-dicembre). È importante offrire attivamente la vaccinazione con **vaccino anti-pneumococcico** coniugato seguita da una dose di vaccino polisaccaridico (PCV+PPSV). Va 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. È opportuno somministrare periodicamente (ogni 10 anni) **il vaccino anti difterite-tetano-pertosse**. Anche tra gli ultra 65enni possono sussistere particolari condizioni di rischio che indichino una raccomandazione per le **vaccinazioni contro meningococco, epatite A o epatite B**. È inoltre importante verificare l'immunità nei confronti di **MPR e varicella**, con offerta delle rispettive vaccinazioni in caso di suscettibilità.

Lo stesso PNPV pone anche degli obiettivi di copertura vaccinale che nel corso del triennio 2017-2019 si sarebbero dovuti raggiungere ma che in realtà né sono stati raggiunti né le CV ottenute fino ad oggi si avvicinano agli obiettivi previsti qui di seguito elencati:

- Raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75%, come obiettivo minimo perseguibile, e del 95%, come obiettivo ottimale, negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i LEA;
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione antipneumococcica del 75% nel 2019;
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione anti HZ del 50% nel 2019.

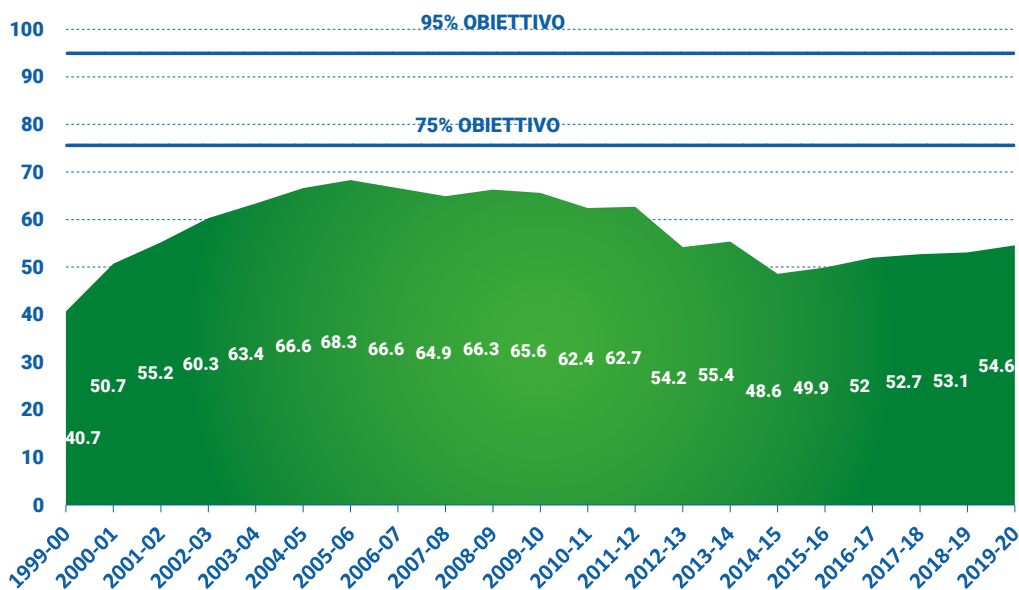
La copertura vaccinale dell'antinfluenzale del 2018-2019 (ultimo dato disponibile), infatti, è del 53,1% mentre addirittura non si conoscono le coperture vaccinali su base nazionale dell'antipneumococcica e dell'anti HZ, mettendo quindi in evidenza un sistema che ancora dimostra numerosi gap da colmare.

VACCINAZIONE 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, 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 adulti/anziani. Le infezioni da virus influenzali provocano ogni anno un importante impatto epidemiologico, sociale ed economico nei Paesi industrializzati. Annualmente, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le morti correlabili all'influenza sono valutabili in un range da 250.000 a 500.000 in tutto il mondo. In Italia si calcola che ogni anno siano colpiti da sindrome influenzale da 5 a 8 milioni di soggetti con una stima di circa 8.000 morti. Sono a più elevato rischio di infezione e, di conseguenza, di ospedalizzazione e decesso, i soggetti di età superiore ai 65 anni con condizioni cliniche croniche di base. Il vaccino influenzale costituisce ad oggi lo strumento più efficace per evitare la malattia influenzale e per ridurre i rischi ad essa correlati. In Italia la vaccinazione è offerta attivamente e gratuitamente a tutti i soggetti a partire dal compimento del sessantacinquesimo anno di età oltre alle categorie a rischio previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e recepite dalle circolari annuali del Ministero della Salute. Malgrado questa opportunità di prevenzione, la percentuale dei soggetti vaccinati tra gli ultrasessantacinquenni è in calo, e non è conforme alla soglia minima e auspicabile del 75%. Il trend in diminuzione delle coperture vaccinali negli adulti/anziani si è osservato a partire dalla stagione pandemica 2009-2010; il valore medio di copertura nazionale è passato dal 65,6% del 2009-10 al 54,6% del 2019-20 (Grafico 2).

GRAFICO 2: Copertura Vaccinale antinfluenzale over65 stagioni 1999-00/2019-20-Italia
(fonte: Ministero della Salute)



Il calo delle coperture vaccinali ha determinato, durante il picco epidemico invernale, un preoccupante aumento degli accessi al Dipartimento Ospedaliero d'Emergenza e Accettazione (DEA) e dei ricoveri per complicanze respiratorie negli adulti/anziani determinando problematiche gestionali e organizzative e un aumento di costi sanitari diretti.

La vaccinazione è altresì indicata annualmente dal Ministero per tutti i soggetti con età pari o superiore a 65 anni. Studi epidemiologici hanno peraltro evidenziato che il raggiungimento delle categorie a rischio è grandemente inefficiente, mentre le coperture nei soggetti di oltre 64 anni appaiono migliori, sia pure se in regresso negli ultimi due anni. Per questo il Board del Calendario della Vita (Siti, SIP, FIMMG, FIMP), come peraltro indicato anche negli USA, lo scorso anno ha prodotto un documento avente la finalità di abbassare l'età a cui offrire la vaccinazione dapprima ai 60 anni, per giungere successivamente a una raccomandazione di immunizzazione di tutti i soggetti ≥ 50 anni, potendo in tal modo intercettare la maggior parte dei soggetti a rischio per patologia con una strategia, quella per età, a maggiore penetranza nella popolazione. Sebbene il carico di malattia dell'influenza per il SSN sia essenzialmente legato ai casi che si verificano in età avanzata, esistono tuttavia numerose condizioni per considerare il bambino, anche quello sano, come target di interesse per la vaccinazione contro l'influenza: il bambino da 0 a 4 anni si ammala d'influenza circa 10 volte più di frequente dell'anziano e circa 5 volte più dell'adulto; il bambino da 5 a 14 anni si ammala d'influenza circa 8 volte più di frequente dell'anziano e circa 4 volte più dell'adulto; i bambini rappresentano i principali soggetti responsabili della trasmissione dell'influenza nella popolazione; l'ospedalizzazione per influenza del bambino sotto i 2 anni avviene con le stesse proporzioni del paziente anziano. **Alla luce di queste osservazioni diventa fondamentale vaccinare contro l'influenza anche i bambini.**

Stesso discorso deve essere fatto nei confronti degli **Operatori Sanitari**. In questo contesto, gli operatori sanitari, in qualità di importanti modelli di comportamento e fonte affidabile di consulenza, devono essere in grado di fornire informazioni accurate e corrette ai pazienti e alla comunità. Inoltre, le numerose figure professionali coinvolte, la molteplicità di procedure e mansioni svolte, le sostanze utilizzate ed i processi adottati, rendono la definizione dei rischi per il personale che lavora in ospedale molto complessa. Tra i diversi rischi associati all'assistenza socio-sanitaria, quello infettivo, occupa un posto particolare in ragione delle sue dimensioni, della complessità dei determinanti, del trend epidemiologico in aumento. Il crescente trend epidemiologico delle infezioni correlate all'assistenza è attribuibile a diversi fattori: le condizioni di convivenza in piccoli ambienti chiusi, l'aumento della proporzione di pazienti immunocompromessi, fragili e/o anziani, l'aumentata frequenza di procedure diagnostico-terapeutiche invasive, la diffusione del fenomeno della resistenza agli antibiotici. L'immunizzazione degli operatori sanitari è estremamente importante non solo per la tutela dei pazienti, ma anche per la tutela dei professionisti stessi e delle loro famiglie. Nel contesto lavorativo sanitario, in particolare, alla protezione dell'operatore la vaccinazione aggiunge il mantenimento di un sistema sanitario funzionante in momenti di crisi e, non meno, la tutela dei pazienti, soprattutto quelli ad alto rischio, attraverso il contenimento della trasmissione della malattia in una popolazione semi-aperta. Tuttavia, nonostante la direttiva comunitaria (2000/54/CE) sulla tutela dei lavoratori e le misure per proteggerli dal rischio biologico, le raccomandazioni nazionali ed internazionali e la dimostrata efficacia delle vaccinazioni, la copertura vaccinale fra il personale sanitario, anche se varia da Paese a Paese, rimane bassa in tutto il mondo. In Italia i dati di copertura vaccinale del personale sanitario non sono raccolti routinariamente; studi ad hoc mostrano tassi bassi, sia durante le stagioni epidemiche sia in corso di pandemia. Vi è quindi la necessità di intensificare gli sforzi per raggiungere tassi di copertura vaccinale più elevati tra tutti gli altri operatori sanitari in contatto diretto con i pazienti, soprattutto relativamente alla vaccinazione antinfluenzale.

La "Circolare del ministero della Salute sulle vaccinazioni per l'influenza" 2020-2021 ha in parte recepito le osservazioni espresse, per cui il prossimo inverno la platea di persone a cui è raccomandato il vaccino antinfluenzale si allarga notevolmente: tutti i bambini da 0 a 6 anni, gli adulti/anziani a partire dai 60 anni, e infine gli operatori sanitari delle Rsa. Fino ad oggi, l'antinfluenzale era raccomandato per gli over-65 e per i bambini affetti da particolari patologie. Alla base di questo allargamento c'è stata proprio la circolazione del nuovo coronavirus: aumentare la copertura vaccinale significherebbe evitare intasamenti nei Pronto soccorso e una più rapida diagnosi dei casi Covid. Una vaccinazione allargata dovrebbe consentire di ridurre i possibili malati di influenza stagionale – i cui sintomi iniziali sono simili a quelli provocati dal coronavirus – e quindi si potrebbero distinguere più facilmente i malati di Covid-19 da quelli 'semplicemente' influenzati.

La vaccinazione sarebbe comunque "raccomandata" ma non obbligatoria. Diverso è il caso della regione Lazio che ha firmato un'ordinanza che rende la vaccinazione obbligatoria per determinate categorie (over 65 e operatori sanitari). In realtà l'obbligo di vaccinazione dal punto di vista della cultura sanitaria di un popolo rappresenta sempre una sconfitta per cui sarebbe opportuno che tutti fossero convinti della necessità e opportunità di vaccinarsi senza ricorrere all'obbligo. Tuttavia in alcune fasi storiche, come questa che stiamo vivendo della pandemia, sarebbe forse necessario e importante ricorrere all'obbligo per far sì che la popolazione sia protetta. Ad oggi sono 3 le Regioni, oltre il Lazio che hanno introdotto l'obbligo vaccinale per gli operatori Sanitari: Marche, Emilia Romagna e Puglia.

VACCINAZIONE ANTI-PNEUMOCOCCICA

Le malattie pneumococciche rimangono un problema di salute pubblica importante che causa un'elevata morbilità e mortalità: i dati in Italia confermano che i valori più elevati di incidenza di malattie pneumococciche invasive si riscontrano nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni e nella fascia pediatrica, ma, se mettiamo a confronto i dati degli ultimi anni si osserva un incremento significativo nella fascia di età ≥ 65 anni. I crescenti livelli di resistenza di *S. pneumoniae* agli antibiotici osservati negli ultimi decenni hanno reso più complicata la gestione delle patologie: nel 15-30% dei casi, *S. pneumoniae* presenta una poliresistenza. Nel 2018, sono stati segnalati 1543 casi di malattia invasiva da pneumococco. Nello stesso periodo del 2017 ne erano stati segnalati 1719 e nel 2016, 1531. Nel complesso, le malattie invasive da pneumococco in Italia nel periodo di riferimento hanno avuto una incidenza compresa tra 2,52/100 000 abitanti nel 2016 e 2,84/100 000 abitanti nel 2017 inferiore alla media Europea di 6,2 /100 000 abitanti riportata nel 2017 (dato più recente disponibile).

L'incidenza della malattia invasiva da pneumococco è più alta nelle fasce di età: <1anno (5,21 casi/100 000 abitanti nel 2016; 5,77 casi /100 000 abitanti nel 2017 e 5,04 casi /100 000 abitanti nel 2018) e > 64 anni (6,70 casi/100 000 abitanti nel 2016; 7,37 casi /100 000 abitanti nel 2017 e 6,65 casi /100 000 abitanti nel 2018). Numerosi studi hanno dimostrato l'impatto della vaccinazione anti-pneumococcica nel ridurre l'incidenza di Malattie pneumococciche Invasive. 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. A oggi abbiamo a disposizione due tipi di vaccino anti-pneumococcico: il vaccino polisaccaridico 23-valente (PPV-23) e il vaccino coniugato 13-valente (PCV-13), entrambi ben tollerati. L'utilizzo di una dose iniziale di vaccino pneumococcico coniugato 13-valente, deve essere seguito a distanza di almeno 2 mesi dalla somministrazione di vaccino polisaccaridico 23-valente.

Ciò consente di instaurare la memoria immunologica per i 13 sierotipi di pneumococco attualmente contenuti nel vaccino coniugato, fornendo al contempo protezione, sia pure per un tempo limitato, anche nei confronti delle malattie invasive da sierotipi aggiuntivi non presenti nel vaccino coniugato. L'ampia diffusione della malattia pneumococcica negli adulti e l'attuale parziale protezione in tale gruppo di soggetti ci inducono ad indirizzare l'interesse della Sanità Pubblica verso una strategia di vaccinazione universale anti-pneumococcica che induca, come già osservato in età pediatrica, una protezione immunologica efficace e duratura. Inoltre, per alcune malattie prevenibili con i vaccini, il beneficio della vaccinazione non è solo la prevenzione dell'infezione, ma è anche quello di prevenire le complicanze cliniche più serie. Riducendo l'utilizzo di antibiotici, i vaccini contribuiscono ad ostacolare lo sviluppo di antibioticoresistenza.

In uno scenario, dunque, in cui la polmonite è stata la causa prioritaria dei decessi da SARS-COV-2, è fondamentale rafforzare la copertura anche della vaccinazione antipneumococcica. Per questo motivo si stava pensando anche ad una possibile emanazione di una circolare sulla vaccinazione antipneumococcica per gli adulti/anziani che la estendesse a tutti gli over 65enni come la vaccinazione antinfluenzale o che comunque facesse recuperare gratuitamente le coorti precedenti non vaccinate a cui era indirizzato il vaccino come da PNPV 2017-2019. Peraltro, non essendo quella pneumococcica una vaccinazione da ripetersi annualmente si richiama l'attenzione sull'opportunità di utilizzare tutti i periodi dell'anno, al di là dell'occasione opportuna della vaccinazione influenzale, per una sua offerta attiva. In particolare quest'anno sarebbe opportuno vaccinare in estate per lasciare "campo libero" ad una campagna vaccinale antinfluenzale che quest'anno deve essere intensificata e rafforzata.

VACCINAZIONE ANTI-HZ

L'Herpes Zoster (HZ), noto anche come "fuoco di Sant'Antonio", è una patologia comune e debilitante causata dalla riattivazione del virus della Varicella Zoster (VZV) che mostra un'incidenza che cresce con l'aumentare dell'età e/o la riduzione della risposta immunitaria cellulo-mediata. Diversi studi suggeriscono che oltre all'età, le condizioni di salute come il diabete, la BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), le cardiopatie, la depressione maggiore, gli eventi stressanti della vita e trattamenti immunosoppressivi possono aumentare il rischio di HZ, in quanto possono ridurre la risposta cellulo-mediata al virus. Ciò nonostante circa il 90% dei pazienti affetti da HZ sono immunocompetenti. Il PNPV 2017-2019 individua alcuni soggetti a rischio per la presenza di alcune comorbidità che possono aumentare il rischio di patologia da HZ o aggravarne il quadro sintomatologico. Oltre alla fascia d'età anziana la vaccinazione va quindi offerta in presenza di: diabete mellito, patologie cardiovascolari, BPCO, soggetti destinati a terapia immunosoppressiva. L'incidenza dell'HZ è simile in tutto il mondo, correlata all'età della popolazione: da 2-3/1000 persone/anno fra 20 e 50 anni a 5/1000 nella sesta decade, 6-7/1000 nella settima-ottava decade fino a più di 10/1000 dalla nona decade di vita. In Europa è stata concessa dal 2006 l'autorizzazione all'immissione in commercio per un vaccino vivo attenuato contenente VZV, ceppo Oka/Merck, a elevato contenuto antigenico. Il vaccino anti-HZ agisce diversamente da altri vaccini comunemente usati in quanto non previene l'infezione (o le conseguenze della stessa da parte di un patogeno che proviene dall'esterno), ma contrasta la riattivazione e replicazione virale di un patogeno, il VZV, già presente e latente all'interno dei gangli nervosi delle radici sensitive del midollo spinale. Il vaccino, ben tollerato e sicuro, è indicato, in una singola dose, per la prevenzione dell'HZ e della nevralgia post-erpetica associata all'HZ nei soggetti di età ≥ 50 anni a eccezione dei soggetti seriamente immunodepressi (trattandosi di un vaccino vivo

attenuato). Nel trial clinico il vaccino anti-HZ è risultato efficace nel prevenire la malattia nel 51% dei casi, mentre in coloro che hanno sviluppato HZ, il vaccino ha diminuito la severità di malattia e la durata del dolore nel 57% dei casi e ha prevenuto lo sviluppo della nevralgia post-erpetica approssimativamente nel 66% dei casi.

Mentre in altri Paesi Extraeuropei, come gli USA, la vaccinazione è già stata proposta da diversi anni (negli ultimi 3 anni sono stati somministrati quasi 30 milioni di dosi utilizzando un vaccino basato su glicoproteine di superficie), **in Italia siamo ancora molto lontani dal raggiungimento degli obiettivi di CV anti-HZ previsti dal PNPV, anzi risulta difficile riuscire a conoscere le coperture vaccinali reali ed attuali a livello nazionale. La strategia vaccinale anti HZ deve essere supportata, quindi, da una adeguata campagna di informazione rivolta ai cittadini attraverso gli studi dei medici di medicina generale. Infatti se la conoscenza del “fuoco di Sant’Antonio” è generalizzata tra la popolazione italiana, essendo la malattia storicamente associata a casi famigliari o personali dolorosi e debilitanti, ancora c’è una scarsa conoscenza dell’opportunità vaccinale. Così come per la vaccinazione antipneumococcica, anche per l’anti-HZ sarebbe opportuno, quest’anno, vaccinarsi nella stagione estiva affinché gli adulti/anziani o i soggetti a rischio possano essere protetti verso queste patologie che potrebbero solo andare ad aggravare una possibile infezione da SARS-COV-2.**

VACCINAZIONE ANTI-DIFTERITE-TETANO-PERTOSSE

riteniamo opportuno riportare anche questa vaccinazione, solitamente limitata all’età infantile, in quanto l’epidemiologia e le evidenze ci dicono invece che si tratta di patologie che in qualche modo coinvolgono anche l’età adulta. La difterite, oggi, è considerata una malattia sotto controllo in Europa. Tuttavia, i casi fatali pediatrici verificatisi in Spagna nel 2015 e in Belgio nel 2016 hanno riportato l’attenzione sulla necessità di mantenere elevata la protezione contro la malattia mediante la vaccinazione di tutte le fasce di età, inclusa quella adulta. Un recentissimo studio europeo, che ha compreso l’Italia, ha purtroppo evidenziato che nel nostro Paese la quota di soggetti non protetti contro la difterite è molto alta, attestandosi oltre il 70% negli individui di età maggiore di 65 anni. A detta degli autori dello studio, il motivo di tale allarmante risultato sarebbe da riferire alla mancanza di consapevolezza sul valore della vaccinazione anti-difterica da parte della popolazione e dal mancato monitoraggio da parte dei medici curanti dello stato vaccinale degli assistiti. Nonostante il tetano sia una malattia completamente prevenibile, uno studio di sieroprevalenza recente mostra che, in Italia, si continuano a verificare casi di tetano e i tassi di notifica e di ospedalizzazione riportati risultano più alti rispetto a quelli di altri paesi europei. Nella gran parte dei casi riscontrati si trattava di soggetti non vaccinati o con vaccinazione incompleta; l’80% dei casi si è verificato in soggetti di età superiore ai 64 anni e con una incidenza maggiore nelle donne rispetto agli uomini. La pertosse continua a costituire un rilevante problema di sanità pubblica, anche in paesi come l’Italia. La storia naturale della malattia ci insegna che la pertosse non conferisce una immunità permanente. Tale immunità infatti, sia ingenerata dal vaccino o dalla malattia, si riduce progressivamente in un periodo compreso tra i 5 e i 15 anni rendendo l’individuo nuovamente suscettibile alla malattia stessa. Ecco perché è necessario effettuare periodici richiami vaccinali di pertosse. La maggiore prevalenza di soggetti con pertosse recente si è riscontrata nella fascia di età 20-29 anni, tuttavia risulta di particolare interesse l’incremento di soggetti recentemente esposti alla malattia nella fascia di età > 60 anni, dove si è passati dal 18,6% degli anni precedenti al 38,8% ($p < 0,0001$) del periodo 2012-13. È importante ricordare che contratta in età adulta può causare comorbidità (polmonite, incontinenza urinaria, sinusite, ecc.) e un aumento significativo di costi per il SSN.

La vaccinazione contro la pertosse in età adulta ha una doppia valenza, da una parte proteggere direttamente gli

individui vaccinati e dall'altra garantire indirettamente la massima protezione ai neonati dato che la pertosse contratta nei primi mesi di vita può essere molto grave, o persino mortale. **Il PNPV prevede un richiamo decennale in età adulta di difterite-tetano-pertosse che, alla luce di quello appena descritto, sarebbe importante effettuare soprattutto in questo periodo storico dove qualsiasi altra patologia infettiva prevenibile potrebbe andare a complicare, in questa fascia di età, eventuali infezioni da SARS-COV-2.**

CRITICITÀ E STRATEGIE PER LA CAMPAGNA VACCINALE DELL'ADULTO/ANZIANO 2020-2021

I vaccini dunque hanno un ruolo vitale nel contribuire alla buona salute degli adulti, insieme ad un'alimentazione equilibrata, lo svolgere attività fisica e sottoporsi a controlli medici regolari. Secondo l'OMS, la mortalità e la morbosità prevenibili con i vaccini si traducono in un risparmio economico di lungo termine, attraverso la riduzione della durata delle ospedalizzazioni, e in una potenziale crescita economica. Inoltre, per alcune malattie prevenibili con i vaccini, il beneficio della vaccinazione non è solo la prevenzione dell'infezione, ma è anche quello di prevenire le complicanze cliniche più serie. Un aspetto da non sottovalutare poi è che riducendo l'utilizzo di antibiotici, i vaccini contribuiscono ad ostacolare lo sviluppo di antibioticoresistenza.

Le strategie di vaccinazione basate sull'età permettono di intercettare una grossa parte di popolazione vulnerabile e suscettibile alle patologie vaccino evitabili con una raccomandazione unica che tenga conto esclusivamente dell'età. Abbiamo già ampiamente discusso sulla constatazione che gli adulti/anziani rappresentano una fascia di popolazione in progressivo aumento nella quale si concentrano maggiormente persone affette da patologie croniche che espongono a un elevato rischio di complicanze. Le strategie "age based" comportano un accesso alla vaccinazione più facile per i gruppi target indipendentemente dalla loro condizione clinica ma, naturalmente non sono in grado di intercettare i soggetti a rischio compresi in fasce d'età inferiore a quella stabilita come cut-off per eseguire la vaccinazione. Le strategie basate sul rischio, intercettando i soggetti a rischio da vaccinare indipendentemente dalla loro età, sarebbero maggiormente appropriate dal punto di vista clinico. Purtroppo però quest'ultime, visti i bassi tassi di copertura raggiunti, non sono risultate ad oggi efficaci principalmente per la difficoltà a individuare e raggiungere di fatto i singoli pazienti da vaccinare. Ecco quindi che andrebbero chiamate in campo tutte le Associazioni dei pazienti affetti da malattie croniche (es. diabete, malattie del sangue, malattie immunitarie ecc.) affinché si possa semplificare il raggiungimento di questa fascia di popolazione. Allo stesso scopo sarebbe opportuno coinvolgere nelle campagne vaccinali i Medici Specialisti e perché no, al termine della degenza ospedaliera, riservare una parte della lettera di dimissione, indirizzata al MMG, una sezione dedicata alle vaccinazioni raccomandate per patologia. Ci auspichiamo quindi che la copertura vaccinale per i pazienti affetti da patologie croniche diventino un ulteriore indicatore dei LEA.

In questo particolare periodo di pandemia da coronavirus, poi, sull'importanza della vaccinazione dell'anziano le istituzioni e la comunità scientifica non ha alcun dubbio.

Oggi più che mai le persone anziane hanno diritto ad essere tutelate per tornare ad una vita piena e quanto più normale possibile. In attesa di un vaccino specifico contro il coronavirus, gli adulti/anziani devono quindi comprendere quali sono tutti gli strumenti a loro disposizione per proteggersi. Una delle armi di difesa più utili è sicuramente il vaccino antinfluenzale e proprio per questa ragione il Ministero della Salute ha stabilito di aumentare le coperture vaccinali degli adulti e degli anziani fragili. C'è da aspettarsi una ripresa importante dei contagi per il prossimo autunno per cui evitare una sovrapposizione di casi di coronavirus e di casi di influenza diventa

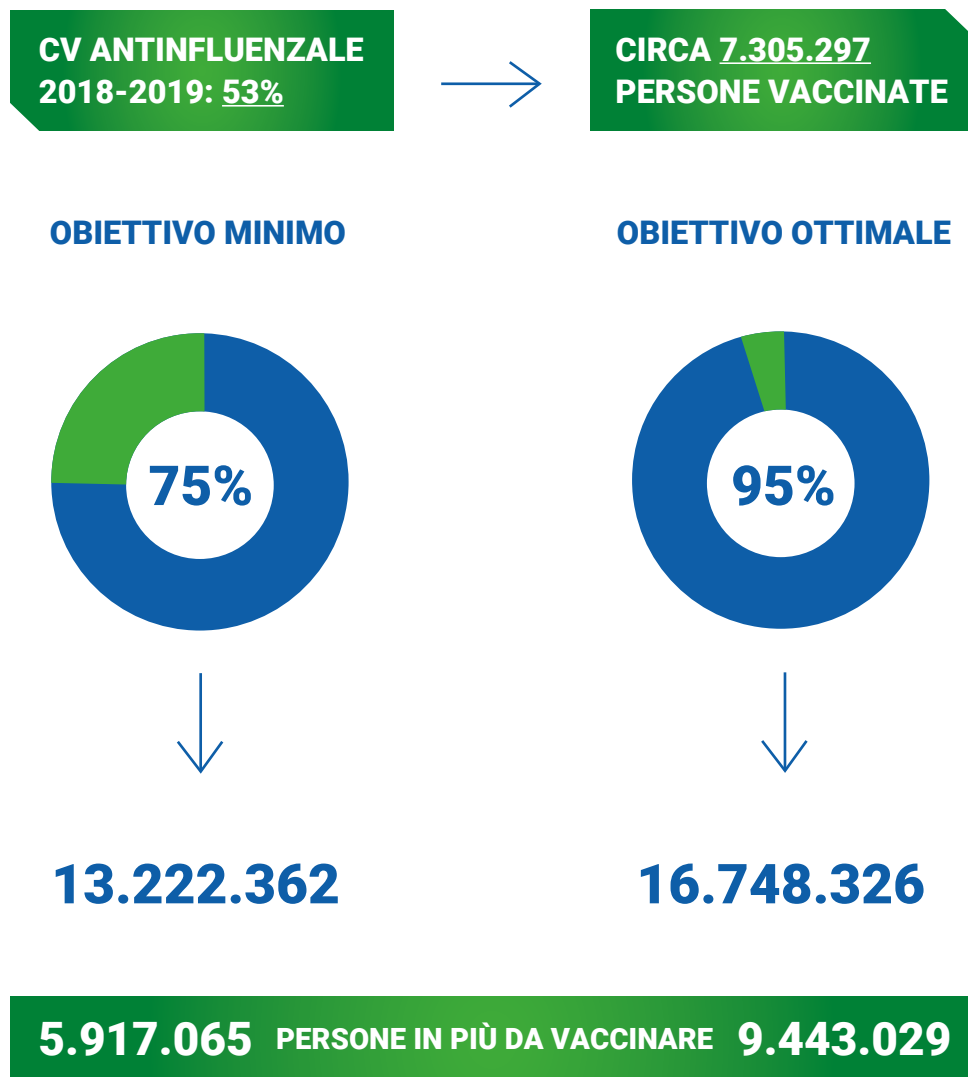
quindi fondamentale. Dobbiamo rivolgere poi l'attenzione agli operatori sanitari: in Italia abbiamo una scadentissima copertura vaccinale tra gli operatori sanitari e questo è un aspetto grave di cui tenere conto, perché se da una parte l'operatore è esposto, dall'altra può divenire a sua volta fonte di contagio per persone già malate. È importante quindi pensare ad una campagna vaccinale antinfluenzale e antipneumococcica efficace. È evidente quanto sia importante proteggere gli adulti/anziani con un piano che incrementi la copertura non solo della vaccinazione influenzale, ma di tutti gli altri vaccini utili in questa fascia di età. Prima di pensare a possibili nuove strategie per una campagna vaccinale che funzioni, è importante soffermarci su quelle che sono le criticità fino ad oggi rilevate che non hanno permesso di garantire un raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNPV. Oltre a ciò bisogna sottolineare come il ruolo del **Medico di Medicina Generale sia fondamentale in questa particolare fascia di età. Secondo i principali risultati della ricerca «Il medico pilastro del buon Servizio sanitario-», del rapporto Censis del 2018, l'87,1% degli italiani dichiarare di fidarsi del medico di medicina generale (la quota raggiunge il 90% tra gli over 65 anni), l'84,7% si fida dell'infermiere, mentre è molto più ridotta la quota di chi esprime fiducia nel Servizio sanitario nazionale. Non è un caso che, anche in un momento in cui le fonti informative si moltiplicano a dismisura, i cittadini continuino ad assegnare al medico la funzione di fonte informativa principale sui temi della salute: il medico di medicina generale è la fonte numero uno. Alla luce di questi risultati, quindi, risulta fondamentale puntare sul Medico di Medicina Generale per raggiungere delle buone coperture vaccinali negli adulti/anziani!** Bisogna però fare i conti con le criticità riscontrate nel corso degli anni. Prima di tutto **l'assenza di una anagrafe vaccinale** informatizzata e condivisa con tutti gli Operatori Sanitari del settore è un gap importante e grave da colmare quanto prima. La presenza infatti di una anagrafe condivisa consentirebbe anche di poter **registrare tempestivamente il dato vaccinale**. Sarebbe fondamentale, infatti, e di grande aiuto per una efficace campagna vaccinale, conoscere in tempo reale le coperture vaccinali degli adulti/anziani per poter avere la possibilità e il tempo di organizzarsi nella gestione della presa in carico della persona da vaccinare da parte degli Operatori Sanitari coinvolti ed intervenire quando si verifica un gap organizzativo. Ciò darebbe l'opportunità all'Ambulatorio Vaccinale di supportare l'azione del MMG e "chiamare" la persona da vaccinare qualora il MMG avesse problemi organizzativi o viceversa, il MMG potrebbe verificare lo stato vaccinale di un suo assistito e invitarlo alla vaccinazione se l'Ambulatorio vaccinale non lo avesse fatto. A tale proposito bisogna sottolineare l'importanza della **"chiamata attiva"** alla vaccinazione e il **"sollecito"** di questa, non dimenticandoci che "l'invito alle persone obiettivo dei programmi vaccinali" fa parte dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza. Si comprende, dunque, che la mancata chiamata attiva alla vaccinazione per un avente diritto, come lo è appunto l'anziano, costituisce un diritto negato al cittadino di cui tutta la "filiera" del SSN e del SSR ne sono i responsabili.

Uno sforzo deve essere poi compiuto per incrementare la vaccinazione tra le categorie dei malati più fragili perché solo una percentuale dei pazienti oncologici, per esempio, si vaccina e questo è un dato che desta preoccupazione. È necessario un coinvolgimento e un impegno maggiore da parte dei nostri colleghi specialisti e dei MMG. Al di là degli obblighi e delle raccomandazioni, il prossimo autunno ci si aspetta che siano in molti a chiedere di vaccinarsi, anche tra i più giovani. I servizi sanitari regionali non potranno correre il rischio di farsi trovare impreparati. Per chi non lo ha già fatto, bisognerà chiudere al più presto le gare d'acquisto. È necessario, infatti, procedere con una programmazione del numero di dosi da richiedere, quello che viene definito "procurement" affinché non si corra il rischio di non poter ricevere una scorta sufficiente di vaccini per il fabbisogno della propria comunità.

Molte le regioni che hanno già chiesto un raddoppio delle dosi, la Puglia è una di queste, perché se parliamo di coperture vaccinali almeno al 75% a partire dagli over 60 i numeri si moltiplicano. Facciamo appunto due conti: se consideriamo la copertura vaccinale dell'antinfluenzale nella stagione 2019-2020 pari al 54,6% e la valutiamo in numeri assoluti, possiamo constatare, infatti, come si siano vaccinate circa 9 milioni di persone over65.

Attualmente la popolazione over60 in Italia è superiore a 17 milioni. Proponendoci di riuscire a raggiungere l'obiettivo di copertura minimo previsto dal PNPV del 75%, dovremmo vaccinare circa 13 milioni di persone cioè circa 4 milioni in più rispetto a quelli che solitamente vengono vaccinate ogni anno. Ovviamente per raggiungere l'obiettivo di copertura vaccinale ottimale del 95% i numeri aumenterebbero ancora di molto perché significherebbe vaccinare più di 16 milioni di persone, come sintetizzato nella figura sottostante.

FIGURA 1: persone over60 da vaccinare per raggiungere l'obiettivo minimo od ottimale di copertura vaccinale



Per chi non lo ha già fatto, bisognerà identificare quanto prima soluzioni logistiche atte a vaccinare in sicurezza, nel pieno rispetto del distanziamento sociale: teatri, cinema, palestre, palazzetti dello sport, scuole, sono alcuni dei luoghi che potrebbero garantire questo obiettivo, come già prospettato in alcune realtà territoriali. Sarà importante entrare in contatto e collaborare con i Comuni e la Croce Rossa anche in prossimità di una eventuale distribuzione di massa del vaccino anti-covid.

È necessario impegnarsi sul fronte delle Rsa, dove si potrebbe promuovere una campagna antipneumococcica, anti-HZ e antinfluenzale, ma anche una forte raccomandazione per l'antinfluenzale che possa coinvolgere gli operatori delle strutture e perché no anche i famigliari degli ospiti della struttura. Bisogna pensare a rendere la vaccinazione il più accessibile possibile, perché è anche questo uno dei problemi della mancata vaccinazione. In questo ambito si potrebbe ipotizzare l'utilizzo di spazi nei Centri anziani e nelle parrocchie, nonché punti vaccinali "drive" come quelli utilizzati per effettuare i tamponi durante l'emergenza covid attraverso il finestrino dell'automobile.

Si potrebbe poi prevedere la possibilità di vaccinare a domicilio i pazienti non autosufficienti, esposti al rischio di ammalarsi, perché anche se loro non escono di casa, sono a contatto con famigliari e amici che lo fanno. Importante poi il ruolo che i farmacisti possono continuare a svolgere per incrementare le vaccinazioni, anzitutto comunicando ai cittadini l'importanza di vaccinarsi e rispondendo i loro dubbi. E poi attraverso la distribuzione delle dosi ai MMG in maniera più capillare. Qualcuno ha anche ipotizzato di introdurre la somministrazione della vaccinazione direttamente in farmacia come avviene in alcuni paesi europei. Ma su questo punto, bisognerebbe fare una scelta più ponderata considerando il fatto che, come già esposto, la persona anziana ha notevole fiducia nel suo MMG per cui se dovesse esprimere una preferenza, sicuramente sceglierebbe questa figura per farsi vaccinare.

Allora sì, bisogna mettere in campo tutte le forze e tutte le strategie possibili da parte degli attori coinvolti nella pratica vaccinale affinché questi obiettivi vengano raggiunti, senza mai dimenticare che chiunque vaccini e ovunque si vaccini è fondamentale rispettare quelli che sono i principi cardine dell'atto vaccinale: **chiamata attiva, sollecito della chiamata attiva, raccolta del consenso o del dissenso informato, registrazione tempestiva del dato per condivisione di una anagrafe vaccinale informatizzata, monitoraggio delle coperture vaccinali e degli eventi avversi, corretta conservazione dei vaccini e infine responsabilità da parte di tutti nel raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale.**

Concludendo, quindi, le richieste che HAPPYAGEING chiede per la tutela dell'Adulto e Anziano sono:

A TUTTI (MINISTERO, REGIONI, ASL)

1. Assicurare la Chiamata attiva agli adulti e anziani per tutte le vaccinazioni previste dal PNPV (da parte delle Regioni, ASL, MMG...)
2. Incrementare l'impegno di tutti (Governo, Regioni, ASL) in campagne informative per la sensibilizzazione degli adulti e degli anziani sul rischio delle malattie e sui vantaggi delle vaccinazioni
3. Istituzionalizzare i rapporti di collaborazione tra la medicina generale, gli specialisti che si occupano di categoria a rischio (es. oncologici, diabetologi, cardiologi) e i Dipartimenti di Prevenzione in un quadro di potenziamento della Sanità Pubblica territoriale

AL MINISTERO

1. Rivalutare gli indicatori LEA affinché non venga considerata solo la copertura vaccinale dei 65enni ma anche degli aventi diritto come da PNPV

ALLE REGIONI ED ALLE ASL

1. Mantenere il diritto acquisito alla gratuità per tutte le coorti di età previste dal PNPV della vaccinazione anti-pneumococcica e anti-zoster e non solo per i nuovi 65enni
2. Rendere obbligatorie le vaccinazioni degli operatori sanitari così come già previsto da alcune regioni italiane
3. Istituire urgentemente l'anagrafe vaccinale dell'adulto e dell'anziano (condivisa tra Dipartimenti di Prevenzione, MMG e Medici Specialisti) come già previsto dal DL.
4. Essere tempestivi nella programmazione e pronti a recepire l'innovazione su ogni fronte: tecnologico, scientifico ed organizzativo (es. vaccinare in luoghi alternativi agli ambulatori come i palasport o in modalità drive ecc.)

Bibliografia

1. Demolstat 2019
2. Rapporto BES 2019.
3. Report Istat 2015. Anziani: le condizioni di salute in Italia e in Unione Europea. 26 settembre 2017;
4. <https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-age-sex-demographics/>
5. Characteristics of SARS-CoV-2 patients dying in Italy-Report based on available data on June 11th, 2020-ISS
6. World Health Organization. Influenza. Global Influenza Program <http://www.who.int/influenza/en/>
7. Dati CNESPS -Istituto Superiore di Sanità;
8. Bonanni P, Signorelli C, Conversano M, et al. Vaccinazione antinfluenzale. Razionale e strategie per l'incremento delle coperture vaccinali. Roma: Carocci editore 2012;
9. Gasparini et al. Effectiveness of adjuvanted seasonal influenza vaccines (Inflexal V® and Fludac®) in preventing hospitalization for influenza and pneumonia in the elderly A matched case-control study. Human Vaccines & Immunotherapeutics 2013; 9:1:150–158;
10. Dati copertura vaccinale Ministero della Salute. www.epicentro.iss.it;
11. Peretti-Watel P, Raude J, Sagaon-Teyssier L, Constant A, Verger P, Beck F. Attitudes toward vaccination and the H1N1 vaccine: poor people's unfounded fears or legitimate concerns of the elite? Social Science and Medicine, 2014; 109:10-18;
12. Ministero della Salute: Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021;
13. Ministero della Salute: Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019;
14. Antonelli Incalzi R, Bernabei R, Bonanni P, Conversano M, Ecarnot F, Gabutti G, Maggi S, Paolini D, Sandri F. I vaccini nell'adulto e nell'anziano: conoscerli per promuoverli;
15. Rossi A, Tasegian P. Vaccinazioni per l'età adulta: ragioni, opportunità e prospettive;
16. Bonanni P, Gasparini R, Greco D, Mennini FS, Rossi A, Signorelli C. Abbassamento dell'età di raccomandazione della vaccinazione anti-influenzale a 60 anni: una scelta per la salute e per l'economia del Paese.
17. Tozzi AE, Vitali Rosati G, Ciarrocchi G, et al. Riduzione del rischio di pertosse nel neonato mediante vaccinazione: la strategia cocoon in Italia. Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica 2012; XXVI(Suppl 3):1-14.
18. Weinberger B, Keller M, Putzer C et al, Protection against Tetanus and Diphtheria in Europe: the impact of age, gender and country of origin based on data from the MARK-AGE Study. Exp Gerontol 2017 Oct 7. pii: S0531-5565(17)30516-8. doi:10.1016/j.exger. 2017.08.037.

19. Filia A, Bella A, von Hunolstein C, et al. Tetanus in Italy 2001-2010: a continuing threat in older adults. *Vaccine* 2014;32:639-44.
20. Rapporto census 2018.
21. Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana. 2020.
22. <https://www.epicentro.iss.it/passi/>
23. Ruggeri M, Pasqua A, Cricelli I. Prevalenza delle patologie croniche per le quali è raccomandata la vaccinazione nella popolazione assistita dai medici di medicina generale in Italia (in press). 2016. <http://www.healthsearch.it/>

HappyAgeing

Alleanza italiana per l'invecchiamento in salute

www.happyageing.it

mail: **info@happyageing.it**