A close-up portrait of an elderly woman with light green eyes and a gentle smile. Her right hand is raised, with her fingers resting against her cheek and temple. Her skin shows natural aging signs like wrinkles and texture. She has dark brown nail polish. The background is a plain, light grey color.

HAPPYAGEING

ALLEANZA ITALIANA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

**VACCINAZIONI DELL'ADULTO/ANZIANO
NELLA STAGIONE 2021/2022**

POSITION PAPER N.3

Vaccinazioni dell'adulto/anziano nella stagione 2021/2022

INDICE

GLI ADULTI/ANZIANI: CONDIZIONI DI SALUTE E INVECCHIAMENTO ATTIVO	Pag.2
GLI ADULTI/ANZIANI E LA PANDEMIA DA SARS-COV-2	Pag.7
L'IMMUNOSENESCENZA, I PAZIENTI FRAGILI, I SOGGETTI A RISCHIO E IL CALENDARIO VACCINALE DELL'ADULTO/ANZIANO	Pag.10
VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE	Pag.12
VACCINAZIONE ANTI-PNEUMOCOCCICA	Pag.15
VACCINAZIONE ANTI-HZ	Pag.16
VACCINAZIONE ANTI-DIFTERITE-TETANO-PERTOSSE	Pag.18
VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2	Pag.19
CRITICITÀ E STRATEGIE PER LA CAMPAGNA VACCINALE DELL'ADULTO/ANZIANO 2021-2022	Pag.22
LE 7 RICHIESTE DI HAPPYAGEING ALLE ISTITUZIONI COMPETENTI	Pag.25

GLI ADULTI/ANZIANI: CONDIZIONI DI SALUTE E INVECCHIAMENTO ATTIVO

La salute è una dimensione fondamentale che è alla base del benessere individuale e collettivo. Il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute è uno degli obiettivi specificati dall'OMS, oltre che dalla nostra Costituzione, che definisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Il nostro Paese è stato caratterizzato dal continuo miglioramento delle condizioni di salute, con il progressivo incremento della longevità; l'Italia permane nel tempo uno dei paesi con la più alta speranza di vita alla nascita nel contesto europeo.

Continui miglioramenti hanno riguardato tutte le fasi della vita, dalla riduzione della mortalità infantile ai consistenti progressi nell'età adulta e senile, contrassegnati anche dall'evoluzione positiva della mortalità evitabile e da incrementi nella qualità della sopravvivenza in età anziana. È migliorata, infine, la diffusione tra i cittadini di alcuni stili di vita più sani, in particolare si è ridotta la sedentarietà.

Nel corso del 2020, tuttavia, il diffondersi della pandemia di coronavirus SARS-CoV-2 su scala mondiale ha rappresentato e continua ancora a costituire una delle minacce più importanti per la salute registrate negli ultimi decenni. L'epidemia ha colpito in modo violento specialmente gli anziani e le persone più fragili, acuendo al contempo le disuguaglianze sociali che affliggono il nostro Paese, come testimoniano i differenziali sociali riscontrabili nell'eccesso di mortalità causato dal COVID-19.

È importante considerare che, per limitare i contagi, sono state imposte misure eccezionali che molto probabilmente hanno ridotto il rischio di un eccesso di mortalità nel 2020 che sarebbe stato ancora più elevato di quello purtroppo già registrato.

L'Italia permane nel tempo uno dei paesi più longevi nel contesto internazionale.

Rispetto ai dati più recenti di Eurostat sulla speranza di vita alla nascita aggiornati al 2019, il nostro Paese si confermava ancora una volta al secondo posto tra i 27 paesi dell'Unione europea, con 83,6 anni, dopo la Spagna (con un valore pari a 84 anni) e con un vantaggio di vita attesa di +2,3 anni rispetto alla media UE 27 (pari a 81,3 anni).

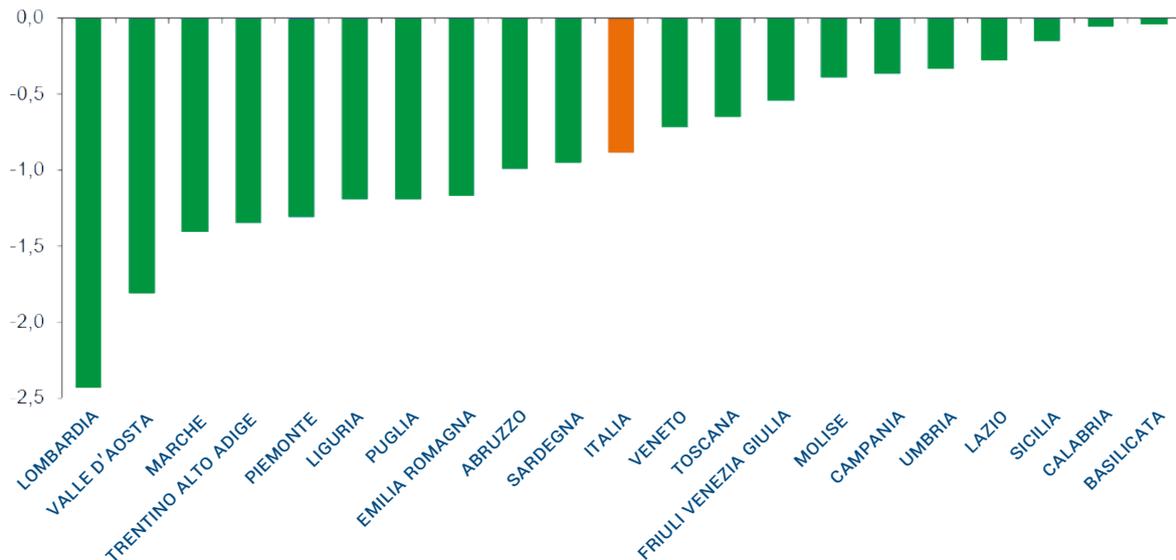
Rilevante la conferma per il genere maschile: nel 2019 l'Italia si collocava insieme alla Svezia al top della graduatoria dei paesi per livelli di vita media attesa alla nascita (rispettivamente 81,4 in Italia e 81,5 in Svezia), i livelli più elevati mai rilevati prima in Italia e nell'Unione europea.

A seguito della pandemia di COVID-19 che ha colpito in misura rilevante l'Italia, caratterizzata da una struttura demografica molto più anziana rispetto ad altri paesi, le stime effettuate sulla speranza di vita per il 2020 suggeriscono la brusca interruzione e una significativa inversione di tendenza nel processo di costante miglioramento della longevità osservato negli ultimi anni, soprattutto in alcune aree del paese particolarmente colpite dalla diffusione del virus.

Per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita (Grafico 1), a fronte di una stima di circa 0,9 anni perduti in un solo anno a livello nazionale (da 83,25 a 82,3 anni del 2020), emerge una forte eterogeneità tra i diversi territori, con uno svuotamento, in termini di anni vissuti, più marcato nelle regioni settentrionali (da 83,6 a 82,1 anni attesi), rispetto al Centro (da 83,6 a 83,1) e al Mezzogiorno (da 82,5 a 82,2).

In particolare, guardando alle singole regioni, nel 2020 il calo atteso più forte nella speranza di vita alla nascita si registra in Lombardia, in cui la mortalità registrata nel corso dell'anno provocherebbe una perdita di circa 2,4 anni (da 83,7 a 81,2), seguita, in ordine decrescente, dalla Valle d'Aosta (-1,8 anni; da 82,7 a 80,9), dalle Marche (-1,4 anni; da 84 a 82,6), dal Piemonte (-1,3 anni; da 82,9 a 81,6) e dal Trentino-Alto Adige (-1,3 anni; da 84,1 a 82,8). Riduzioni superiori ad 1 anno verrebbero inoltre registrate anche in Liguria (-1,2 anni; da 83,1 a 81,9), Puglia (-1,2 anni; da 83,3 a 82,1) ed Emilia-Romagna (-1,2 anni; da 83,6 a 82,4).

La speranza di vita alla nascita rimane invece sostanzialmente invariata in Basilicata e Calabria e diminuisce solo lievemente nella maggior parte delle regioni del Mezzogiorno, ad eccezione di Abruzzo e Sardegna, dove si stima un calo intorno ad 1 anno di vita (rispettivamente da 83,4 a 82,4 e da 83,1 a 82,1).

GRAFICO 1.**VARIAZIONE NELLA SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA, PER REGIONE. ANNI 2019 E 2020 (A). IN ANNI**

Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione Italiana
(a) Per il 2020 dati stimati.

Prima della pandemia, inoltre, molti indicatori di salute evidenziavano un trend favorevole che, negli ultimi decenni, ha accreditato l'ipotesi di una "compressione della morbilità o disabilità", ovvero di un graduale spostamento verso età progressivamente più avanzate dell'insorgere di condizioni di salute severe.

Nel 2019, si conferma il lento progressivo aumento della speranza di vita, che a 65 anni è di 19,4 anni per gli uomini e di 22,4 anni per le donne.

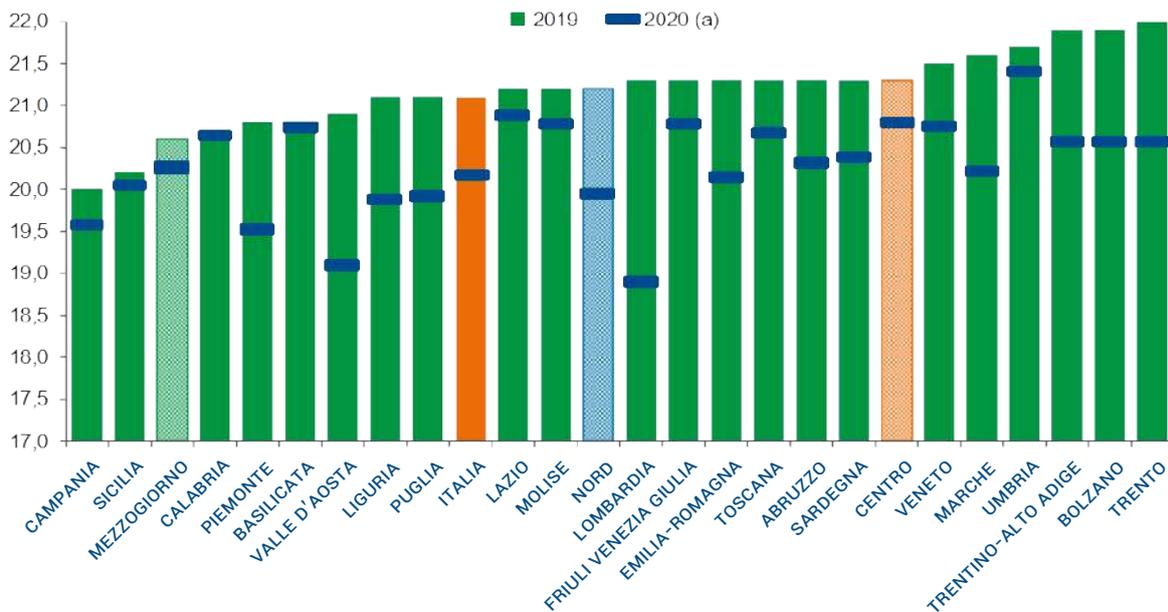
A causa dell'eccesso di mortalità per Covid-19, i dati relativi al 2020 attestano invece una riduzione della vita media attesa a 65 anni: -1,3 anni per gli uomini e -1 anno per le donne, con un arretramento di circa 10 anni dei livelli dell'aspettativa di vita.

La Lombardia la regione in cui le stime per il 2020 segnalano il calo più forte rispetto all'anno precedente: se nel 2019 un residente lombardo di 65 anni poteva sperare di vivere in media circa altri 21 anni, nel 2020 tale aspettativa risulta essersi ridotta di oltre 2 anni.

Tra i primi posti per perdita nella longevità attesa si confermano anche la Valle d'Aosta (-1,8), le Marche (-1,4), il Trentino-Alto Adige e il Piemonte (-1,3 anni in entrambi i casi).

Basilicata e Calabria si distinguono anche in questo caso per la sostanziale invarianza dell'indicatore, come rappresentato nel grafico sottostante:

GRAFICO 2: SPERANZA DI VITA A 65 ANNI PER REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. ANNI 2019 E 2020 (A). IN ANNI



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione Italiana
(a) Per il 2020 dati stimati.

Ciononostante, 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 over 65 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 23,4% 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, Umbria, Piemonte, Toscana, Molise.

Al contrario, l'incidenza della popolazione anziana è relativamente più contenuta in altre aree del Paese (Campania, Sicilia, Calabria, Trentino Alto Adige) (Tabella 1).

TABELLA 1:
PERCENTUALE DELLA POPOLAZIONE OVER65 SUL TOTALE DEGLI ABITANTI
IN ITALIA NEL 2020 (DATI ISTAT AGGIORNATI A 1 GENNAIO 2021)

REGIONI	% POPOLAZIONE OVER 65 SU TOT. ABITANTI		
LIGURIA	28,7%	BASILICATA	24,0%
FRIULI VENEZIA GIULIA	26,6%	VENETO	23,5%
UMBRIA	26,2%	LOMBARDIA	22,9%
PIEMONTE	25,9%	PUGLIA	23,0%
TOSCANA	25,9%	LAZIO	22,4%
MARCHE	25,4%	CALABRIA	22,7%
MOLISE	25,7%	SICILIA	22,1%
EMILIA ROMAGNA	24,2%	TRENTINO ALTO ADIGE	21,2%
ABRUZZO	24,6%	CAMPANIA	19,7%
VALLE D'AOSTA	24,4%	SARDEGNA	25,0%

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).

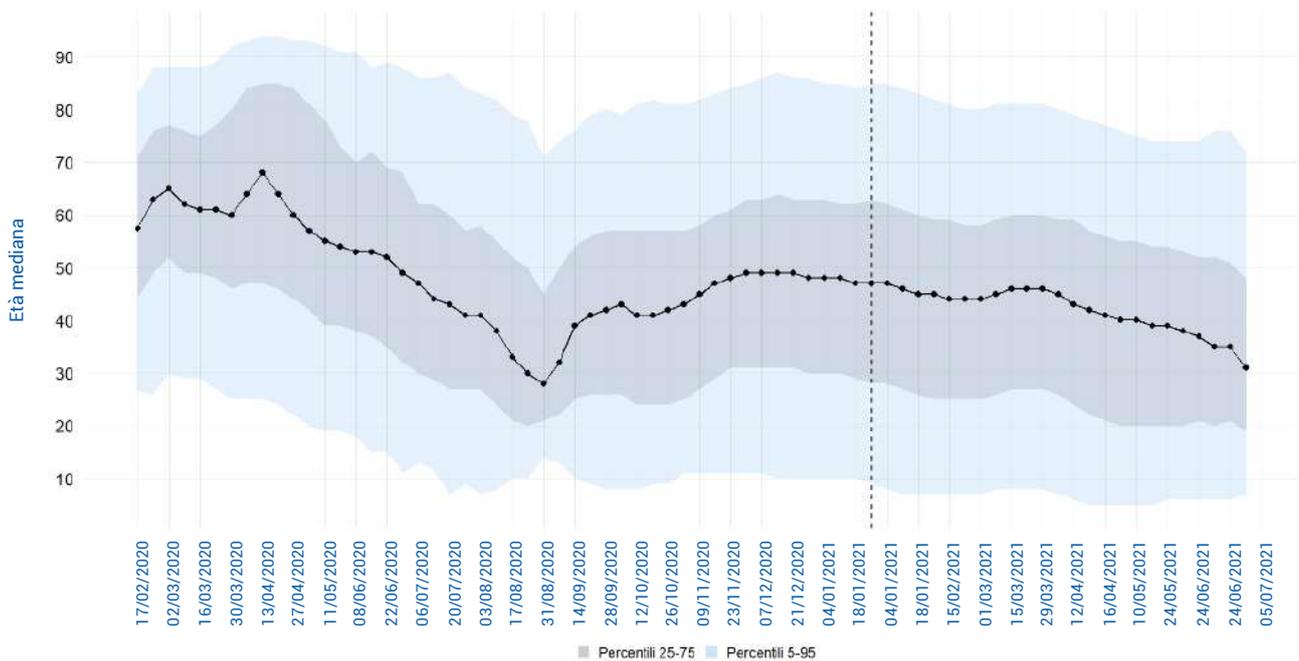
Obiettivo dell'Alleanza è quello di studiare e promuovere politiche ed attività finalizzate a declinare, nel nostro Paese, gli atti di indirizzo della partnership con l'Unione Europea sull'Healthy Ageing per migliorare la salute e la qualità della vita delle persone anziane e per garantire nel contempo 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

GRAFICO 3: ETÀ MEDIANA DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER SETTIMANA DI DIAGNOSI.

Ogni punto indica la mediana di ciascuna settimana.



per data prelievo/diagnosi

L'età mediana dei casi confermati di infezione da SARS-CoV-2 segnalati dall'inizio dell'epidemia è pari a 46 anni (range 0-109 aa).

Il Grafico 3 mostra l'andamento dell'età mediana per settimana di diagnosi; a partire dalla fine di aprile 2020 si osserva un chiaro trend in diminuzione con l'età mediana che passa da oltre 60 anni nei primi due mesi dell'epidemia a circa 30 anni nella settimana centrale di agosto, per poi risalire fino a 49 anni nel mese di novembre e scendere a 31 anni nell'ultima settimana (aggiornato a luglio 2021).

La tabella 2, invece, mostra la distribuzione dei casi e dei decessi segnalati per fasce di età decennali. Si osserva un aumento della letalità con l'aumentare dell'età dei pazienti.

TABELLA 2:
DISTRIBUZIONE DEI CASI E DEI DECESSI
PER COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ.

CLASSE DI ETÀ	N° CASI	% CASI TOTALI	N° DECEDUTI	% TOTALE DECEDUTI	LETALITÀ
0-9	233.668	5,5	12	0	0
10-19	410.927	9,7	16	0	0
20-29	504.803	11,9	69	0,1	0
30-39	530.479	12,5	258	0,2	0
40-49	681.977	16,1	1.120	0,9	0,2
	736.526	17,3	4.504	3,6	0,6
60-69	467.640	11	13.078	10,3	2,8
70-79	340.149	8	31.990	25,2	9,4
80-89	254.197	6	51.162	40,4	20,1
>90	87.761	2,1	24.548	19,4	28
TOTALE	4.248.225		126.758		

Alla luce di questi dati, dunque, si evince che gli anziani sono stati le principali vittime del Covid-19 per cui 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 60 e gli over90, 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.

Le Residenze Sanitarie, infatti, sono state in tutto il mondo uno dei contesti maggiormente colpiti dall'epidemia di COVID-19, a causa della particolare fragilità dei loro residenti, della particolare organizzazione di queste strutture (in cui l'aspetto di socializzazione ha un ruolo importante nella vita dei residenti) e di alcune criticità legate all'assistenza.

Nel corso della prima ondata epidemica, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà, ha svolto una rilevazione con lo scopo di identificare le criticità e l'estensione del contagio nelle strutture residenziali. Sulla base di quanto emerso l'ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, ha ritenuto necessario lo sviluppo di un sistema di sorveglianza specifico per monitorare la frequenza e l'impatto delle infezioni da SARS-CoV-2 nelle strutture residenziali e identificare le necessità rilevanti che, in caso di epidemia, richiedano un intervento di sanità pubblica urgente a livello locale/regionale/nazionale.

Per questa ragione, il Piano Strategico Nazionale per la Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19, ha stabilito che i residenti, il personale dei presidi residenziali per anziani e le persone estremamente vulnerabili che spesso sono ospiti di strutture residenziali abbiano priorità nella campagna di vaccinazione.

Dall'inizio della campagna, il 27 dicembre 2020, al 4 aprile 2021 sono oltre 500.000 gli ospiti di strutture residenziali che hanno ricevuto la vaccinazione. Ciò non basta.

Continuare a promuovere la vaccinazione contro lo pneumococco e l'influenza deve essere un atto di sanità pubblica prioritario, non solo perché la prevenzione vaccinale è uno dei pilastri, riconosciuto anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per un invecchiamento attivo, ma anche perché andando incontro alla stagione autunnale/invernale i rischi di contagio e di complicanze infettive aumentano.

Due su tre delle vaccinazioni consigliate ai più anziani servono a prevenire malattie respiratorie: l'influenza e la polmonite da pneumococco.

L'emergenza epidemiologica da covid ha indotto a livello globale a d adottare azioni e misure mirate a mitigarne gli effetti e ridurre gli impatti sui sistemi sanitari.

Nella pianificazione di queste attività si dovrebbe tenere in considerazione la riduzione al minimo del rischio di mortalità e morbilità per malattie prevenibili con i vaccini che risulterebbero se i servizi di immunizzazione venissero interrotti.

Si rende pertanto necessario dare priorità ai vaccini contro influenza stagionale e malattie da pneumococco per le categorie più fragili. Queta è la posizione dell'OMS pubblicata nelle linee guide 20 marzo 2020.

Evitare di essere suscettibili a queste patologie ci permette di avere un sistema immunitario capace di rispondere meglio alla circolazione del 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.

Così come bisogna concentrarsi anche sulla pertosse che pare stia circolando in maniera "pericolosa" nei Paesi della UE.

Nel corso della prima ondata epidemica, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà, ha svolto una rilevazione con lo scopo di identificare le criticità e l'estensione del contagio nelle strutture residenziali. Sulla base di quanto emerso l'ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, ha ritenuto necessario lo sviluppo di un sistema di sorveglianza specifico per monitorare la frequenza e l'impatto delle infezioni da SARS-CoV-2 nelle strutture residenziali e identificare le necessità rilevanti che, in caso di epidemia, richiedano un intervento di sanità pubblica urgente a livello locale/regionale/nazionale.

Per questa ragione, il Piano Strategico Nazionale per la Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19, ha stabilito che i residenti, il personale dei presidi residenziali per anziani e le persone estremamente vulnerabili che spesso sono ospiti di strutture residenziali abbiano priorità nella campagna di vaccinazione.

Dall'inizio della campagna, il 27 dicembre 2020, al 4 aprile 2021 sono oltre 500.000 gli ospiti di strutture residenziali che hanno ricevuto la vaccinazione. Ciò non basta.

Continuare a promuovere la vaccinazione contro lo pneumococco e l'influenza deve essere un atto di sanità pubblica prioritario, non solo perché la prevenzione vaccinale è uno dei pilastri, riconosciuto anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per un invecchiamento attivo, ma anche perché andando incontro alla stagione autunnale/invernale i rischi di contagio e di complicanze infettive aumentano.

Due su tre delle vaccinazioni consigliate ai più anziani servono a prevenire malattie respiratorie: l'influenza e la polmonite da pneumococco.

L'emergenza epidemiologica da covid ha indotto a livello globale a d adottare azioni e misure mirate a mitigarne gli effetti e ridurre gli impatti sui sistemi sanitari.

Nella pianificazione di queste attività si dovrebbe tenere in considerazione la riduzione al minimo del rischio di mortalità e morbilità per malattie prevenibili con i vaccini che risulterebbero se i servizi di immunizzazione venissero interrotti.

Si rende pertanto necessario dare priorità ai vaccini contro influenza stagionale e malattie da pneumococco per le categorie più fragili. Questa è la posizione dell'OMS pubblicata nelle linee guida 20 marzo 2020.

Evitare di essere suscettibili a queste patologie ci permette di avere un sistema immunitario capace di rispondere meglio alla circolazione del 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.

Così come bisogna concentrarsi anche sulla pertosse che pare stia circolando in maniera "pericolosa" nei Paesi della UE.

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.

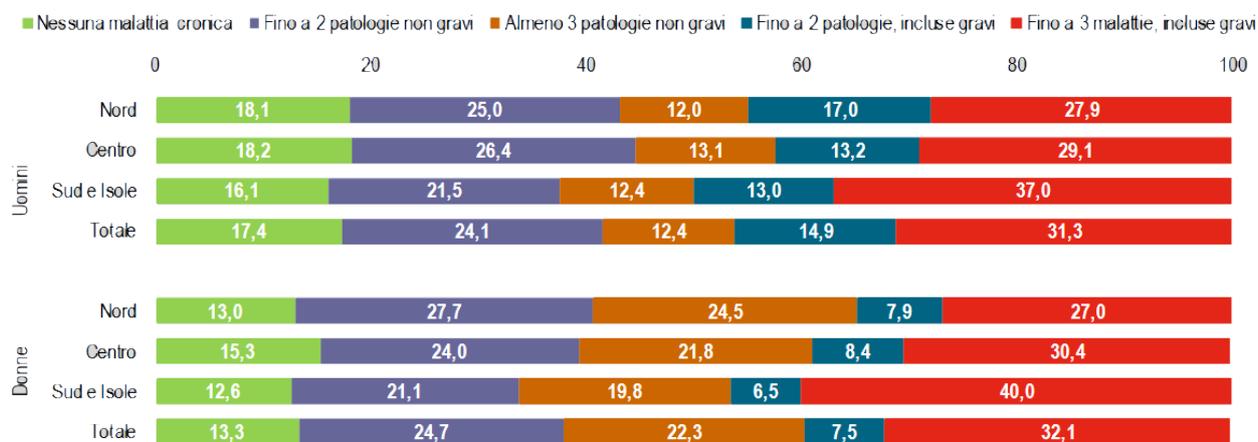
Di per sé il soggetto adulto/anziano è una persona "fragile", in considerazione del fatto che la proporzione dei soggetti con fattori di rischio aumenta con l'età. I dati forniti dall'ISTAT nella pubblicazione "Condizioni di salute della popolazione anziana in Italia" (anno 2019) dimostrano che il 43,2% degli anziani di 65 anni e più dichiara almeno una patologia grave (ictus, tumori, Alzheimer e demenze, malattie cardiache, incluso infarto o angina, diabete, parkinsonismo, malattie respiratorie croniche: bronchite cronica, Bronco pneumopatia cronico ostruttiva - BPCO, enfisema).

La percentuale scende al 17% se le patologie croniche gravi sono almeno due.

Tra gli anziani di 75-84 anni la quota di coloro che hanno almeno una malattia cronica grave si attesta al 48,1% (52,4% tra gli uomini e 44,8% tra le donne) mentre la percentuale di quanti sono affetti da almeno due malattie croniche gravi è pari al 19,4% (22% tra gli uomini e 17,4% tra le donne). Tra gli anziani di 85 anni e oltre, circa un terzo dichiara di essere affetto da almeno due patologie croniche gravi (34,1% tra gli uomini e 29,1% tra le donne).

Le patologie croniche gravi più diffuse tra tutti gli anziani sono le malattie cardiache (19,3%) stabili rispetto al 2015. Si riducono invece le malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, BPCO ed enfisema) specialmente tra gli uomini anziani, tra i quali però si rileva un incremento dei tumori maligni (+1,9%). Nel grafico sottostante (Grafico 4) una rappresentazione della presenza di cronicità negli over 65 per ripartizione geografica e sesso.

GRAFICO 4:
PERSONE OVER 65 PER PRESENZA DI CRONICITÀ, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E SESSO. ANNO 2019, TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ PER 100 PERSONE.



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.

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 (PNPV) 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 60-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 e che sono stati prorogati al 2021 a causa della pandemia.

In realtà le coperture vaccinali ottenute fino ad oggi solo lontanamente 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.

I dati sulla vaccinazione antinfluenzale della stagione 2020-2021 mostrano, nella popolazione generale, un sensibile aumento delle coperture che passano da 16,8% della stagione precedente al 23,7% dell'ultima stagione (dati aggiornati 24 luglio 2021).

Negli anziani, soprattutto, si osserva, a partire dalla stagione 2015-2016, un costante aumento della copertura, che si attesta al 65,3% dell'ultima stagione. La copertura degli anziani è aumentata di circa 11 punti percentuali rispetto alla stagione precedente (54,6).

Ancora poco conosciute restano 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

Globalmente, la patologia influenzale colpisce mediamente ogni anno il 5-10% degli adulti e il 20-30% dei bambini causando 3-5 milioni di manifestazioni severe e 290.000-650.000 morti (WHO, 2019).

In Italia interessa, ogni anno, circa il 9% della popolazione generale e circa 8.000 i decessi annuali in eccesso correlabili all'influenza ed alle sue complicanze e di questi l'84% riguarda i soggetti ≥ 65 anni (Rizzo, 2014).

Il burden clinico dell'influenza, peraltro, va ben oltre le comunemente note complicanze di tipo respiratorio: diversi studi hanno ormai dimostrato che esiste un'associazione tra il virus dell'influenza e il verificarsi di eventi cardiovascolari gravi come l'infarto del miocardio, l'insufficienza cardiaca e l'ictus cerebrovascolare, aggravando la condizione clinica del paziente ed il conseguente impatto sociosanitario dell'influenza.

L'effetto combinato del ricorso sporadico all'utilizzo di test di laboratorio per la diagnosi di influenza, l'insorgenza potenziale di complicanze gravi e le difficoltà di codifica degli eventi ospedalieri associati può determinare una sottostima del numero di ospedalizzazioni dovute all'influenza e, quindi, del conseguente impatto economico. Pertanto, a causa del carico di malattia, delle possibili gravi complicanze, soprattutto legate a sopraggiunte infezioni batteriche e dunque considerando anche il quadro di antibiotico resistenza esistente in Italia, si configura una situazione in cui il raggiungimento delle coperture vaccinali per tale malattia si rende assolutamente prioritario, vista anche la composizione della popolazione italiana in cui la quota degli ultra 65enni (oggi circa il 23%) è destinata ad aumentare sempre più nel prossimo futuro)

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 sessantesimo 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 ultrasessantenni non è conforme alla soglia minima e auspicabile del 75% nonostante nella scorsa stagione si sia raggiunta una copertura più alta rispetto agli anni precedenti. (Grafico 5).

GRAFICO 5:
COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE POPOLAZIONE ITALIANA STAGIONI
1999-00/2020-21.

(Fonte: Ministero della Salute)



Studi epidemiologici hanno peraltro evidenziato che il raggiungimento delle categorie a rischio è grandemente inefficiente. Per questo il Board del Calendario della Vita (SItI, SIP, FIMMG, FIMP), come peraltro indicato anche negli USA, nel 2019 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.

Il Ministero della Salute pone quindi in evidenza attraverso la Circolare su la "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2021-2022" come nella prossima stagione influenzale non è esclusa una potenziale co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2 e, pertanto, si rende necessario ribadire l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti ad alto rischio di età superiore a 6 mesi, per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti.

Il vaccino antinfluenzale è raccomandato dunque per tutti i soggetti a partire dai 6 mesi di età che non hanno controindicazioni al vaccino. Sulla base delle indicazioni dell'OMS nel contesto della pandemia Covid-19, sono state riconsiderate le priorità dei gruppi a rischio per la vaccinazione antinfluenzale:

Offerta attiva con la massima priorità agli adulti >50 anni a più alto rischio e ai soggetti ricoverati in strutture assistenziali a lungo termine o assistiti a domicilio

Offerta attiva con priorità:

- Alle donne in gravidanza
- Alle persone con patologie di base che aumentano il rischio di complicanze da influenza
- Ai bambini tra 6 mesi e 6 anni.

Inoltre, in accordo con il perseguimento degli obiettivi specifici del programma di immunizzazione contro l'influenza, la vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente ai soggetti che per le loro condizioni personali corrono un maggior rischio di complicanze nel caso contraggano l'influenza.

La Circolare ministeriale riporta le categorie per le quali la vaccinazione è raccomandata ed offerta attivamente e gratuitamente. Tale elenco non è esaustivo e, pertanto, gli operatori sanitari responsabili, secondo quanto indicato nel presente documento, dell'esecuzione della vaccinazione antinfluenzale dovranno applicare il loro giudizio clinico per tenere conto del rischio di influenza che aggrava eventuali malattie di base che una persona può avere, così come del rischio di gravi malattie derivanti dall'influenza stessa.

Il vaccino antinfluenzale deve essere, quindi, raccomandato e offerto gratuitamente in questi casi anche se l'individuo non dovesse appartenere ai gruppi di rischio clinici previsti.

Infine, anche per la stagione 2021-2022, la Circolare ministeriale prevede, come lo scorso anno, che la vaccinazione antinfluenzale venga offerta attivamente e gratuitamente nella fascia d'età 60-64 anni".

Per quanto riguarda "gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie che operano a contatto con i pazienti e con gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza", nella Circolare ministeriale la vaccinazione antinfluenzale è "fortemente raccomandata".

Resta valido il principio che, dopo aver vaccinato le categorie target, tenuto conto del numero di dosi di vaccino che il Servizio Sanitario Regionale della Puglia ha acquistato per la campagna 2021-2022, è possibile offrirlo gratuitamente a chiunque lo richieda.

Importante sottolineare poi come l'offerta vaccinale della stagione 2021-2022 risenta anche di quelli che sono i progressi nell'innovazione tecnologica. Infatti, il vaccino trivalente adiuvato è diventato quadrivalente così come è stato introdotto un quadrivalente ad alto dosaggio specificatamente indicato nella popolazione ultra 60enne. I

In definitiva, i vaccini a disposizione in questa stagione per la popolazione adulta/anziana, sono:

- Quadrivalente split (VIQ) a partire dai 6 mesi;
- Quadrivalente adiuvato (VIQa) per i soggetti ≥ 65 anni;
- Quadrivalente su colture cellulari (VIQcc) per soggetti dai 2 anni di età;
- Quadrivalente ad alto dosaggio (VIQhd) specificatamente indicato nella popolazione ultra 60enne.

Sono le Regioni che decidono annualmente, tramite delle gare per la fornitura di vaccini, tra i prodotti disponibili in commercio, quelli che saranno utilizzati durante le campagne vaccinali e le categorie ai quali destinare le varie tipologie di vaccini (Operatori Sanitari, ospiti RSA e RSSA, ecc.).

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 2019, inoltre, sono stati segnalati 1.671 casi di malattia invasiva da pneumococco in Italia, con un'incidenza di 7,26 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.

L'incidenza di polmonite pneumococcica e rischio di polmonite aumenta per alcune patologie croniche: 2,8% diabete, 3,8% cardiopatia Cronica, 3,9% nei fumatori, 4,5% per alcolismo, 5,9% asma, 7,7% BPCO. Rispetto alle CAP (Polmonite acquisita in comunità) non esiste ad oggi un sistema di sorveglianza attiva da cui derivare incidenza e prevalenza nella popolazione italiana, tuttavia è stato osservato che i tassi di ospedalizzazione e mortalità da cap sono rispettivamente 31,8% e 6%.

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 già dallo scorso anno si sta 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.

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 10/100 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 \geq 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. Ci sono però delle novità relativamente all'introduzione di un nuovo vaccino.

In attesa di predisporre l'aggiornamento biennale delle raccomandazioni su tutti i vaccini il cui utilizzo nei gruppi target è sostenuto dalle evidenze scientifiche, il Board del Calendario per la Vita ha ritenuto opportuno esprimere la propria posizione in merito alla novità rappresentata dalla disponibilità anche sul mercato italiano di un nuovo vaccino contro Herpes zoster, un vaccino contenente glicoproteine di superficie del virus varicella zoster (VZV) prodotto con tecniche di DNA ricombinante (Recombinant Zoster Vaccine o RZV), e adjuvato con AS01B.

Il vaccino ricombinante RZV da quest'anno disponibile è indicato per la prevenzione dell'Herpes zoster (HZ) e Nevralgia Post-Erpetica (NPE) in soggetti di età pari o superiore a 50 anni e in soggetti di età pari o superiore a 18 anni ad aumentato rischio di malattia.

I due principali studi clinici di efficacia condotti in soggetti >50 anni e >70 anni hanno dimostrato che RZV riduce il rischio di HZ nelle rispettive coorti di età del 97,2% e 91,3%. L'efficacia di RZV nei gruppi di età 50-59, 60-69 e >70 e nei gruppi 70-79 e >80 non differiva significativamente mantenendosi sopra il 90%.

RZV ha ridotto inoltre il rischio di NPE con un'efficacia pari al 100% negli adulti di 50-69 anni di età e dell'88,8% negli over 70enni.

Recentemente sono stati resi noti i dati preliminari di uno studio sull'efficacia a lungo termine della vaccinazione con RZV che hanno mostrato complessivamente, su un periodo di osservazione pari a 7.1 anni, un'efficacia complessiva del 90,9%.

RZV ha mostrato di essere sicuro e immunogenico in soggetti di età ≥ 18 anni immunocompromessi, incluse condizioni come neoplasie ematologiche, tumori solidi in trattamento chemioterapico, trapianto di rene, trapianto autologo di cellule staminale ematopoietiche e infezione da HIV.

Alla luce di queste evidenze e in considerazione dell'aumentata incidenza di HZ e delle sue complicanze nei soggetti immunocompromessi, il Calendario della Vita raccomanda l'offerta della vaccinazione contro HZ con RZV a tutti i soggetti con immunodepressione congenita e/o acquisita a partire dai 18 anni di età.

Soggetti con storia precedente di herpes zoster. Soggetti adulti con precedente storia di HZ possono ricevere il vaccino RZV. Se l'episodio di herpes zoster è in corso, la vaccinazione dovrebbe essere ritardata fino alla risoluzione dello stadio acuto della malattia e alla scomparsa dei sintomi.

Soggetti precedentemente vaccinati con ZVL. RZV può essere somministrato, con la stessa schedula di vaccinazione, in individui precedentemente vaccinati con il vaccino vivo attenuato ZVL. Il CDC statunitense raccomanda di somministrare RZV dopo almeno 2 mesi dalla somministrazione di ZVL.

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.

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 di sieroprevalenza europeo, ha purtroppo evidenziato che la protezione verso la difterite negli adulti è bassa e che quindi è necessario aumentare l'attenzione verso questa malattia.

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.

Lo stesso studio di sieroprevalenza mostra che per il tetano la percentuale di popolazione con un livello di anticorpi sopra il correlato di protezione per il tetano è sufficiente ma è necessario un continuo monitoraggio per garantire che non ci siano peggioramenti.

La pertosse invece, 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 indotta 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 decennali contro la pertosse.

Lo studio di sieroprevalenza citato finora, ci fa sapere anche che il tasso di notifica della pertosse in Europa è sottostimato e che la proporzione di sieri indicativi di una recente esposizione alla pertosse varia tra il 2,7% e il 5,8%.

Tale dato indica che nonostante le alte coperture vaccinali nell'infanzia la B. pertussis circola nella popolazione adulta in modo simile nei vari paesi europei. Ciò deve destare attenzione e preoccupazione considerando che la pertosse può produrre un grave impatto soprattutto negli anziani. Le complicanze per esempio della pertosse si presentano nel 40% degli adulti con più di 60 anni mentre le ospedalizzazioni possono arrivare fino al 12%.

Inoltre, i pazienti affetti da asma e/o BPCO sono a maggiore rischio di infezione da pertosse, malattia che può peggiorare le loro condizioni. Tale vaccinazione, infatti, è stata inserita nell'aggiornamento delle raccomandazioni GOLD 2021 per il paziente con BPCO.

La vaccinazione contro la pertosse in età adulta, altresì, 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.

La vaccinazione è un'importante misura preventiva. 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.

VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2

Il Piano vaccinale italiano, considerata la disponibilità iniziale di un numero di dosi limitato di vaccino contro il COVID-19, nella prima fase della campagna di vaccinazione ha disposto di concentrare le risorse sulla protezione del personale dedicato a fronteggiare l'emergenza pandemica e sui soggetti più fragili, individuando le seguenti categorie da vaccinare in via prioritaria nelle fasi iniziali: gli operatori sanitari, i residenti e il personale dei presidi residenziali per anziani e le persone di età avanzata (all'inizio gli ultra ottantenni).

La campagna vaccinale in Italia è iniziata il 27 dicembre 2020.

Al 1 settembre 2021, sono state somministrate 78.202.609 (40.105.971 prime dosi e 38.096.638 seconde/uniche dosi) delle 88.141.983 dosi di vaccino finora consegnate.

Al 1 settembre, in Italia, il 91,9% degli ultraottantenni ha completato il ciclo vaccinale. In tutte le Regioni/PA la copertura vaccinale per questa fascia d'età è maggiore dell'80%, ad esclusione di pochissime regioni.

Nelle fasce di età 70-79 anni e 60-69, per esempio, anni la copertura vaccinale completa con due dosi si attesta rispettivamente intorno al 88,2% e 83,2% (dato nazionale).

Considerando invece le coperture vaccinali per Regione di tutta la popolazione ci sono sicuramente delle disparità passando da coperture intorno a 70% (ciclo completo) di alcune regioni a coperture al di sotto del 60% di altre. Questi i numeri della campagna vaccinale anti-covid che ha visto come priorità la vaccinazione delle classi di età più alte ma che purtroppo rispecchia un quadro piuttosto eterogeneo di coperture a livello regionale ma che ovviamente è in continua trasformazione.

Da quello che stiamo riscontrando nell'evoluzione della pandemia diventa necessario e decisivo però raggiungere quote di coperture vaccinali più alte per sperare di proteggere la popolazione, anche alla luce della presenza della variante Delta, assai più aggressiva, che richiede di aumentare le percentuali di copertura ottenute fino ad ora. Sperando, nel contempo, che presto possa esserci un vaccino disponibile anche per la popolazione under12.

La Tabella 3 mostra le stime di efficacia vaccinale, con intervallo di confidenza al 95%, nel periodo dal 4 aprile (approssimativamente la data in cui la vaccinazione è stata estesa alla popolazione generale) al 29 agosto 2021, per fascia di età.

L'efficacia del vaccino misura la riduzione proporzionale del rischio di osservare un certo evento tra le persone vaccinate, ovvero equivale alla riduzione percentuale del rischio di osservare un certo evento tra le persone vaccinate rispetto alle persone non vaccinate. In questa analisi sono stati presi in considerazione quattro eventi diversi: la diagnosi di COVID-19, l'ospedalizzazione, il ricovero in terapia intensiva e il decesso.

Visto che la maggioranza dei vaccini a disposizione prevede attualmente due dosi, l'efficacia è valutata sia per i vaccinati con ciclo completo che per i vaccinati con ciclo incompleto.

TABELLA 3:
STIMA EFFICACIA VACCINALE (IC95%) NELLA POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ >12 ANNI NEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI NEL PERIODO 4 APRILE-29 AGOSTO 2021

GRUPPO	FASCIA DI ETÀ	EFFICACIA VACCINALE (%) (VACCINATI CICLO INCOMPLETO VS NON VACCINATI)*	EFFICACIA VACCINALE (%) (VACCINATI CICLO COMPLETO VS NON VACCINATI)*
Diagnosi di Sars-CoV-2	12-39	44,4 [43,6-45,1]	67,2 [66,6-67,7]
	40-59	68,1 [67,6-68,6]	75,6 [75,2-75,9]
	60-79	77,7 [77,3-78,1]	84 [83,7-84,3]
	80+	59,9 [58,6-61,1]	88,1 [87,8-88,4]
	Totale	63,2 [62,8-63,5]	78,1 [77,9-78,3]
Ospedalizzazioni	12-39	82 [79,3-84,4]	87,9 [85,7-89,7]
	40-59	89,7 [88,7-90,7]	93,9 [93,2-94,5]
	60-79	87,7 [87-88,3]	94,5 [94,1-94,8]
	80+	72,2 [70,5-73,8]	93,9 [93,5-94,2]
	Totale	84,1 [83,5-84,6]	93,9 [93,7-94,1]
Ricoveri in Terapia Intensiva	12-39	-**	-**
	40-59	93,6 [90,7-95,6]	95,8 [93,8-97,1]
	60-79	91,7 [90,3-92,9]	96,6 [95,8-97,2]
	80+	77,7 [70-83,4]	94,3 [92,7-95,6]
	Totale	90,8 [89,5-91,9]	96,0 [95,4-96,6]
Decessi	12-39	-**	-**
	40-59	88,3 [81,9-92,4]	93,9 [89,4-96,4]
	60-79	90,4 [89,1-91,5]	96,9 [96,2-97,5]
	80+	77,7 [75,6-79,7]	96,7 [96,4-97]
	Totale	84,0 [82,8-85,1]	96,6 [96,3-96,9]

*In tabella sono riportate le stime dell'efficacia con intervallo di confidenza al 95%. Per maggiori dettagli metodologici fare riferimento a quanto riportato nella nota tabella 3.

**stime non calcolabili per bassa frequenza di eventi in alcuni strati

L'efficacia complessiva della vaccinazione incompleta nel prevenire l'infezione è pari al 63,2% (95%IC: 62,8%-63,5%), mentre quella della vaccinazione completa è pari al 78,1% (95%IC: 77,9%-78,3%).

Questo risultato indica che nel gruppo dei vaccinati con ciclo completo il rischio di contrarre l'infezione si riduce del 78% rispetto a quello tra i non vaccinati.

Siccome è una stima basata su un modello statistico, questa implica un livello di incertezza che è espresso dall'intervallo di confidenza, il quale indica che verosimilmente (con il 95% di probabilità) il valore reale dell'efficacia è compreso tra 77,9% e il 78,3%.

L'efficacia nel prevenire l'ospedalizzazione, sale all'84,1% (95%IC: 83,5%-84,6%) per la vaccinazione con ciclo incompleto e al 93,9% (95%IC: 93,6%-94,1%) per quella con ciclo completo.

L'efficacia nel prevenire i ricoveri in terapia intensiva è pari all'90,8% (95%IC: 89,5%-91,9%) per la vaccinazione con ciclo incompleto e pari al 96,0% (95%IC: 95,4%-96,6%) per quella con ciclo completo. Infine, l'efficacia nel prevenire il decesso è pari all'84,0% (95%IC: 82,7-85,1%) per la vaccinazione con ciclo incompleto e pari al 96,6% (95%IC: 96,3%-96,9%) per la vaccinazione con ciclo completo.

Dalla tabella si evince come negli anziani l'efficacia della vaccinazione con ciclo incompleto sia più bassa rispetto alle altre fasce di età per cui è fondamentale che queste persone ricevano il ciclo completo.

La scelta del vaccino da destinare alla popolazione è stato uno degli argomenti più critici riscontrati in questa campagna vaccinale che ha portato comunque, in termini di cattiva comunicazione, a confusione e a una difficile adesione attiva da parte della popolazione.

Negli adulti anziani, per esempio, si è passati da somministrare unicamente vaccini ad m-RNA a prediligere invece, in seguito, in assenza di particolari situazioni patologiche, i vaccini a vettore virale.

Ad oggi, comunque, gli adulti/anziani sono gli unici che, come fascia di età, possono ricevere tutti i vaccini autorizzati dall'AIFA:

Pfizer-BioNtech (prima somministrazione: 27/12/2020)

Moderna (prima somministrazione: 14/01/2021)

AstraZeneca (prima somministrazione: 01/02/2021)

Johnson&Johnson (prima somministrazione: 22/04/2021).

È in atto l'ipotesi di una terza dose di vaccino anti-Covid - per stabilizzare la protezione immunitaria – che si farà già da fine settembre. Primi in lista saranno i soggetti immunodepressi, gli anziani ed i sanitari.

CRITICITÀ E STRATEGIE PER LA CAMPAGNA VACCINALE DELL'ADULTO/ANZIANO 2021-2022

Nel 2020 HappyAgeing, con le componenti dell'Alleanza, ha sviluppato le proprie posizioni sulla vaccinazione dell'adulto come principale strumento per un invecchiamento attivo e li ha raccolti in un POSITION PAPER, condiviso e sottoscritto da tutte le realtà facenti parte l'Alleanza mettendo soprattutto in luce le criticità e le eventuali strategie per una ottimale campagna vaccinale dell'adulto/anziano.

Nel Position Paper si concludeva con delle richieste che HappyAgeing rivolgeva al Ministero, alle Regioni e alle ASL che, alla luce dell'esperienza acquisita nei mesi di contrasto al Covid, hanno trovato in parte delle risposte che sono state ampiamente discusse dall'Alleanza all'interno dell'Istant Paper realizzato nel mese di maggio del 2021.

Quali sono, dunque, oggi, i punti critici e le eventuali strategie da adottare per una piena adesione degli utenti al calendario vaccinale e ad una campagna che, partendo dall'antinfluenzale, deve comunque estendersi a tutto il 2022?

Sicuramente partiamo bene perché già ad aprile, quindi in anticipo di circa 3 mesi rispetto agli anni precedenti, è stata emanata la circolare ministeriale "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2021-2022" dando così alle Regioni più tempo per organizzare una campagna vaccinale ad hoc.

I Servizi sanitari regionali, infatti, hanno l'esigenza, ogni anno, di chiudere al più presto le gare d'acquisto dei vaccini antinfluenzali affinché non corrano il rischio di non poter ricevere una scorta sufficiente di vaccini per il fabbisogno della propria comunità.

Quest'anno poi, tra i vari vaccini approvati ci sono due importanti novità: il vaccino trivalente adiuvato che diventa quadrivalente e l'introduzione di un nuovo vaccino quadrivalente ad alto dosaggio ugualmente indicato nei soggetti fragili.

Vista l'attuale situazione epidemiologica relativa alla circolazione di SARS-CoV-2, la Circolare raccomanda di anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale a partire dall'inizio di ottobre e offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione

La stessa Circolare propone azioni da intraprendere per migliorare le coperture vaccinali e tra queste raccomanda un rafforzamento delle attività di comunicazione e di educazione, suggerendo:

- Un tempestivo avvio di campagne di comunicazione (fondate su solidi modelli teorici di riferimento) che includano il più ampio spettro di destinatari (tutto il personale sanitario, con particolare attenzione agli operatori impegnati in contesti assistenziali a lungo termine; soggetti anziani; nuovi gruppi individuati nella campagna 2021-2022, tutti i gruppi a più elevato rischio di complicanze conseguenti a contagio influenzale) prevedendo messaggi rivolti alla popolazione generale e altri, più specifici, per gruppi omogenei;
- Che la campagna di comunicazione affronti prioritariamente i pregiudizi sulla vaccinazione, evidenziando i benefici e i vantaggi che una copertura vaccinale ottimale può ottenere nella attuale emergenza da coronavirus;
- Il monitoraggio della efficacia della campagna di comunicazione (target raggiunto e modificazioni di attitudini e comportamenti), diversificando il messaggio in relazione ai destinatari.

La campagna di comunicazione deve porre una specifica attenzione al superamento delle disuguaglianze di accesso legate a fattori culturali, linguistici, socio-economici e logistici.

A tal fine, il Ministero suggerisce di adottare modalità di condivisione e partnership con organizzazioni/associazioni di utenti e stakeholder, coinvolgendo testimonial e opinion makers noti ai diversi gruppi target.

In questo contesto comunicativo va rivalutato il ruolo della **percezione del rischio** che le persone hanno nei confronti di queste malattie.

Il Covid ha avuto un forte impatto emotivo sulla popolazione a tal punto che l'alta percezione del rischio della malattia da covid ha portato la popolazione ad accettare la vaccinazione in maniera consapevole e incondizionata.

Per malattie come l'influenza, l'herpes zoster, la pertosse o le infezioni da pneumococco, il rischio viene ampiamente sottovalutato.

La seconda ricerca realizzata dal Censis sulle opinioni sull'influenza e i comportamenti degli italiani over 50 e sulla propensione alla vaccinazione antinfluenzale indica, infatti, che **"l'influenza tutti la conoscono, ma pochi la temono"**. L'influenza è una patologia che gli italiani conoscono bene, eppure non hanno ancora raggiunto una piena consapevolezza sulle conseguenze che può determinare.

Gli over 50 sanno che può essere una malattia anche molto grave (53,1%) e causare complicanze cardiocircolatorie (58,7%) o addirittura portare alla morte (42,9%). Ma solo il 4,4% ammette di averne molta paura, mentre il 25,8% dei più anziani (con più di 75 anni) non la teme affatto.

Oggi il 99,2% delle persone con più di 50 anni sa che è possibile vaccinarsi e il 94,6% ritiene che sia consigliabile per i soggetti affetti da patologie dell'apparato respiratorio. Tuttavia, solo il 61,2% pensa che sia la soluzione indicata per tutte le persone che non vogliono ammalarsi.

Allo stesso modo è opinione pubblica tra gli adulti-anziani che "lo pneumococco si possa curare con gli antibiotici" mentre relativamente allo zoster in pochi conoscono la gravità delle conseguenze di una infezione da herpes zoster.

Diventa dunque, importante sensibilizzare le istituzioni e la popolazione in generale sull'importanza delle vaccinazioni e sensibilizzare fortemente la chiamata attiva da parte delle Regioni per tutte le vaccinazioni previste da PNPV e Calendario per la vita (nel nostro caso Flu, Pneumo, Zoster e dTpa).

Dobbiamo insistere e continuare a sottolineare, quindi, 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.

La chiamata attiva, infatti, è tra gli interventi di promozione delle vaccinazioni risultati più efficaci. Questi sistemi sono realizzati per aiutare le persone ad essere consapevoli di quando e come accedere alle vaccinazioni utili nei vari momenti della vita. Sono interventi mirati a popolazioni target, utili per ricordare le vaccinazioni obbligatorie o raccomandate e gli eventuali richiami.

Le Regioni, per assicurare che la copertura vaccinale sia la più alta possibile, con il coinvolgimento dei MMG e PLS, devono, quindi, attivare nei confronti delle persone idonee alla vaccinazione, azioni di offerta attiva di provata efficacia.

È richiesta, inoltre, la realizzazione di iniziative volte a promuovere fortemente la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, in tutte le occasioni possibili. I benefici del vaccino tra tutti i gruppi raccomandati dovrebbero essere comunicati e la vaccinazione resa accessibile il più facilmente possibile.

La Circolare ministeriale raccomanda un aumento del coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta e la sensibilizzazione dei Medici specialisti ospedalieri, delle Associazioni dei malati, delle Associazioni dei cittadini e delle Associazioni per gli anziani sull'importanza di incrementare la compliance alla vaccinazione antinfluenzale nei pazienti fragili, visto anche il raggiungimento, lo scorso anno, di basse coperture vaccinali in questi pazienti. Il concetto di fragilità si estende ovviamente a tutti i vaccini previsti per questa fascia di età.

Ribadiamo un concetto già discusso nell'Istant Paper e cioè quello che è necessario **varcare le porte degli ambulatori**. L'esperienza della campagna vaccinale anti-covid ha permesso che venisse finalmente accettata l'ipotesi di vaccinare al di fuori dell'ambulatorio vaccinale.

Sono stati infatti attivati i Centri Specialistici per la vaccinazione di particolari categorie a rischio come per esempio i dializzati o gli oncologici; abbiamo vaccinato negli Ospedali sia gli Operatori Sanitari sia particolari gruppi a rischio che necessitavano della vaccinazione in ambiente protetto; hanno vaccinato i MMG nei propri ambulatori ma anche in sedute domiciliari per i pazienti allettati o particolarmente fragili; abbiamo vaccinato nelle RSA e RSSA, negli "Hub" (Palazzetti dello Sport, palestre delle scuole, centri polivalenti, ecc.); abbiamo vaccinato in modalità drive in ampi parcheggi. Tutto ciò ha maggiormente istituzionalizzato i rapporti di collaborazione tra la medicina generale, gli specialisti e i Dipartimenti di Prevenzione in un quadro di potenziamento della Sanità Pubblica Territoriale che deve essere applicato sia per la campagna vaccinale antinfluenzale sia per le altre vaccinazioni, soprattutto in un'ottica di recupero dei non vaccinati negli anni 2020-2021, sfruttando le infrastrutture messe in piedi per la vaccinazione anti-Covid.

Continua ad esserci la necessità di avere **anagrafi vaccinali informatizzate**, quanto più complete ed interoperabili possibili per consentire l'aggiornamento in tempo reale del dato, facilitando le analisi sulle coperture e, quindi, eventuali interventi correttivi mirati in collaborazione con tutti gli attori coinvolti. L'informatizzazione inoltre potrebbe anche migliorare la gestione clinica del paziente, rendendo disponibili le informazioni sul suo stato immunitario, oltre a velocizzare le pratiche amministrative e facilitare gli interventi di recall al paziente, con programmi automatici per l'invio di email o sms.

Si spera, quindi nell'istituzione dell'anagrafe vaccinale nazionale (AVN) del Ministero della Salute che sia qualcosa in più della somma di 21 anagrafi regionali e che permetta anche di monitorare l'offerta e le coperture vaccinali, previste dai LEA e dai PNPV, oltre che le strategie da adottare, ai fini di una sempre maggiore immunizzazione tra la popolazione anziana.

In conclusione, dobbiamo continuare a sostenere il concetto dell'**innovazione**. Sicuramente nell'ultimo periodo sono stati fatti passi da gigante in questo settore perché oltre ad una innovazione organizzativa raggiunta, grazie anche all'esperienza Covid, ci sono state importanti novità da un punto di vista tecnologico con l'introduzione in primis dei vaccini anti-covid poi con l'introduzione di nuovi vaccini, come abbiamo già discusso, antinfluenzali e anti-zoster più efficaci. Adesso HappyAgeing chiede un ulteriore sforzo da parte delle comunità scientifiche affinché venga studiata l'eventuale **co-somministrabilità** dei vari vaccini destinati a questa fascia di popolazione.

È necessario, quindi, che le evidenze scientifiche vengano trasformate in protocolli condivisi per garantire una rapida e completa immunizzazione attraverso l'ottimizzazione delle cosomministrazioni vaccinali.

Ciò comporterebbe una maggiore adesione della popolazione anziana e fragile alle vaccinazioni raccomandate, in considerazione del ridotto numero di accessi richiesti, e una maggiore rapidità nel raggiungimento della protezione contro le malattie prevenibili da vaccinazione.

Ribadiamo un concetto già discusso nell'Istant Paper e cioè quello che è necessario **varcare le porte degli ambulatori**. L'esperienza della campagna vaccinale anti-covid ha permesso che venisse finalmente accettata l'ipotesi di vaccinare al di fuori dell'ambulatorio vaccinale.

Sono stati infatti attivati i Centri Specialistici per la vaccinazione di particolari categorie a rischio come per esempio i dializzati o gli oncologici; abbiamo vaccinato negli Ospedali sia gli Operatori Sanitari sia particolari gruppi a rischio che necessitavano della vaccinazione in ambiente protetto; hanno vaccinato i MMG nei propri ambulatori ma anche in sedute domiciliari per i pazienti allettati o particolarmente fragili; abbiamo vaccinato nelle RSA e RSSA, negli "Hub" (Palazzetti dello Sport, palestre delle scuole, centri polivalenti, ecc.); abbiamo vaccinato in modalità drive in ampi parcheggi. Tutto ciò ha maggiormente istituzionalizzato i rapporti di collaborazione tra la medicina generale, gli specialisti e i Dipartimenti di Prevenzione in un quadro di potenziamento della Sanità Pubblica Territoriale che deve essere applicato sia per la campagna vaccinale antinfluenzale sia per le altre vaccinazioni, soprattutto in un'ottica di recupero dei non vaccinati negli anni 2020-2021, sfruttando le infrastrutture messe in piedi per la vaccinazione anti-Covid.

Continua ad esserci la necessità di avere **anagrafi vaccinali informatizzate**, quanto più complete ed interoperabili possibili per consentire l'aggiornamento in tempo reale del dato, facilitando le analisi sulle coperture e, quindi, eventuali interventi correttivi mirati in collaborazione con tutti gli attori coinvolti. L'informatizzazione inoltre potrebbe anche migliorare la gestione clinica del paziente, rendendo disponibili le informazioni sul suo stato immunitario, oltre a velocizzare le pratiche amministrative e facilitare gli interventi di recall al paziente, con programmi automatici per l'invio di email o sms.

Si spera, quindi nell'istituzione dell'anagrafe vaccinale nazionale (AVN) del Ministero della Salute che sia qualcosa in più della somma di 21 anagrafi regionali e che permetta anche di monitorare l'offerta e le coperture vaccinali, previste dai LEA e dai PNPV, oltre che le strategie da adottare, ai fini di una sempre maggiore immunizzazione tra la popolazione anziana.

In conclusione, dobbiamo continuare a sostenere il concetto dell'**innovazione**. Sicuramente nell'ultimo periodo sono stati fatti passi da gigante in questo settore perché oltre ad una innovazione organizzativa raggiunta, grazie anche all'esperienza Covid, ci sono state importanti novità da un punto di vista tecnologico con l'introduzione in primis dei vaccini anti-covid poi con l'introduzione di nuovi vaccini, come abbiamo già discusso, antinfluenzali e anti-zoster più efficaci. Adesso HappyAgeing chiede un ulteriore sforzo da parte delle comunità scientifiche affinché venga studiata l'eventuale **co-somministrabilità** dei vari vaccini destinati a questa fascia di popolazione.

È necessario, quindi, che le evidenze scientifiche vengano trasformate in protocolli condivisi per garantire una rapida e completa immunizzazione attraverso l'ottimizzazione delle cosomministrazioni vaccinali.

Ciò comporterebbe una maggiore adesione della popolazione anziana e fragile alle vaccinazioni raccomandate, in considerazione del ridotto numero di accessi richiesti, e una maggiore rapidità nel raggiungimento della protezione contro le malattie prevenibili da vaccinazione.

LE 7 RICHIESTE DI HAPPYAGEING ALLE ISTITUZIONI COMPETENTI

Nell'Instant Paper sull'esperienza Covid, presentato da HappyAgeing nel maggio 2021, erano contenute 7 proposte che l'Alleanza ha voluto esporre a tutti gli interlocutori coinvolti nel processo vaccinale. Su queste 7 proposte l'Alleanza si è confrontata in incontri pubblici e privati con tutti gli stakeholder.

Di seguito verranno elencate, quindi, 7 richieste formali che HAPPYAGEING rivolge alle istituzioni nazionali e regionali affinché si colgano gli insegnamenti tratti dall'esperienza del COVID-19 e si renda questa immane tragedia una opportunità di crescita per tutto il settore sanitario e conseguentemente per tutto il Paese.

1) Chiamata attiva alla vaccinazione

L'invito alle persone, obiettivo dei programmi vaccinali, fa parte dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza. La mancata chiamata attiva alla vaccinazione per un avente diritto, come lo è appunto l'anziano – ma anche il “fragile adulto”, costituisce un diritto negato al cittadino di cui tutta la “filiera” del SSN e del SSR ne è responsabile. E' importante che tutte le Regioni possano individuare il proprio modello organizzativo ed applicarlo al più presto, partendo con la campagna vaccinale antinfluenzale, ed estendendolo a tutte le vaccinazioni previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (influenza, Pneumococco, Zoster e dTpA).

2) Obbligatorietà per tutti gli operatori sanitari

Il COVID ci ha dimostrato come gli Operatori Sanitari siano stati purtroppo in molte realtà il veicolo di ingresso del virus nelle strutture sanitarie ed assistenziali. Servono iniziative forti di promozione in tutte le occasioni possibili in quanto ancora oggi la Copertura Vaccinale dell'antinfluenzale degli operatori sanitari è molto bassa. Sarebbe fondamentale rendere obbligatorie tutte le vaccinazioni per gli operatori sanitari così come già previsto da alcune Regioni italiane.

3) Avviare in anticipo i percorsi vaccinali antiinfluenzali

È opportuno che le indicazioni circa la campagna vaccinale antinfluenzale, da parte delle Istituzioni, giungano tempestivamente alle regioni in modo che le stesse abbiano il tempo di organizzare una campagna vaccinale ad hoc.

4) Varcare le porte degli ambulatori

L'esperienza della campagna vaccinale anticovid ha permesso che venisse finalmente accettata l'idea di vaccinare al di fuori dell'ambulatorio vaccinale. Durante la pandemia i vaccini sono stati eseguiti non solo nell'ambulatorio del medico ma anche negli ospedali, nelle RSA e negli “Hub” (palazzetti dello sport, palestre, centri polivalenti) fino ad arrivare alla modalità drive-in ampi parcheggi. Si è così rinsaldata la collaborazione tra la medicina generale, gli Ospedali, gli specialisti e i Dipartimenti di Prevenzione. Sarebbe utile, quindi, che tutto questo venisse ora applicato sia per la campagna vaccinale antinfluenzale sia per le altre vaccinazioni previste dal PNPV sfruttando innanzitutto le infrastrutture messe in piedi per la vaccinazione anti-Covid.

5) Anagrafe vaccinale nazionale (AVN)

Oggi i dati di copertura vaccinale anti-Covid si hanno in tempo reale soprattutto grazie al potere mediatico che la campagna vaccinale ha ricoperto. Il Covid ci ha quindi dimostrato che è possibile ottenere dei dati di copertura vaccinale per tutta la popolazione. Adesso, quindi, questo sistema va mantenuto ed allargato a tutte le vaccinazioni previste dal PNPV per l'adulto-anziano. Serve qualcosa di più della somma di 21 anagrafi regionali, occorre un sistema nazionale, informatizzato, che permetta anche di monitorare l'offerta e le coperture vaccinali previste dai LEA e dai PNPV. Questo va fatto non solo per l'influenza ma anche per le immunizzazioni verso lo pneumococco, l'Herpes Zoster, la difterite e la pertosse.

6) Continuare a sostenere l'innovazione

Dobbiamo essere in grado di recepire le innovazioni da diversi punti di vista:

- Organizzativo, cercando sempre nuove soluzioni organizzative più idonee ai vari contesti per rendere sempre più fruibile la vaccinazione alla popolazione;
- Tecnologico, attraverso l'introduzione ed il sostegno di nuovi vaccini sempre più efficaci e di vaccini verso malattie per le quali non esiste possibilità di immunizzazione. È fondamentale che gli interventi di sanità pubblica a tutela della salute siano basati sulle migliori evidenze di efficacia e siano implementati in tutte le regioni in modo equo per ridurre le disuguaglianze. Va premiata l'innovazione trovando forme per promuoverla, quando i dati ne certifichino il valore;
- Da un punto di vista scientifico auspicando le valutazioni sulle possibili co-somministrabilità dei vaccini destinati all'adulto-anziano.

7) Promuovere una comunicazione corretta ed efficace

Una comunicazione poco efficace e spesso mal condotta ha creato difficoltà ed incomprensioni nella campagna vaccinale anti-Covid. Si è visto, quindi, come una comunicazione sbagliata può ostacolare anche vaccini sicuri ed efficaci. Alla luce di ciò, dunque, è necessario ribadire che ogni intervento comunicativo in ambito vaccinale deve essere attuato nell'ottica della centralità dell'interlocutore e di una complessiva integrazione tra i diversi mezzi di comunicazione e tra i differenti attori che compongono la rete territoriale. Per cui resta un punto cardine quello della Comunicazione che deve essere semplice, efficace e diretta alla popolazione target.

BIBLIOGRAFIA

1. Demolstat 2020;
2. Rapporto BES 2020;
3. Report Istat 2019: Anziani: le condizioni di salute in Italia e in Unione Europea. 2021;
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 Flud®) 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. ISS, Istituto Superiore di Sanità, Epicentro, Sorveglianza mortalità: <https://www.epicentro.iss.it/influenza/sorvegliazamortalita-influenza>
13. Ministero della Salute: Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021;
14. Ministero della Salute: Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019;
15. 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;
16. Rossi A, Tasegian P. Vaccinazioni per l'età adulta: ragioni, opportunità e prospettive;
17. 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.;
18. 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;
19. 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;
20. 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;
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/>
24. European Centre for Disease Prevention and Control. Invasive pneumococcal disease. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019;
25. Istat. Condizioni di salute della popolazione anziana in Italia" -anno 2019. Luglio 2021;
26. ISS. Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie. Report finale. Aggiornamento 5 maggio 2020;
27. <https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini>
28. ISS. Rapporto consolidato: Sorveglianza delle malattie batteriche invasive in Italia. Novembre 2020;
29. European Medicines Agency. Shingrix, herpes zoster vaccine (recombinant, adjuvanted): summary of product characteristics. 2018. <http://www.ema.europa.eu>
30. Circolare Ministeriale 0008770-08/03/2021-DGPRES-MDS-P con Oggetto: Aggiornamento sulla vaccinazione contro Herpes zoster;
31. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR. 2018;67(3):103-108;
32. German Standing Committee on Vaccination (STIKO) at the Robert Koch Institute (RKI) Epidemiological bulletin No. 50. 2018;
33. National Advisory Committee on Immunization (NACI). An Advisory Committee Statement (ACS): Updated Recommendations on the Use of Herpes Zoster Vaccines. 2018;
34. Lal H, et al. Efficacy of an Adjuvanted Herpes Zoster Subunit Vaccine in Older Adults. N Engl J Med 2015;372:2087-96;
35. Cunningham AL, et al. Efficacy of the Herpes Zoster Subunit Vaccine in Adults > 70 Years of Age or Older. N Engl J Med 2016;75:1019-32;
36. Berbers G, et al; Serosurveillance Study Team. Circulation of pertussis and poor protection against diphtheria among middle-aged adults in 18 European countries. Nat Commun. 2021 May 17;12(1):2871. doi: 10.1038/s41467-021-23114-y. PMID: 34001895;
37. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2021 Report https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.0-16Nov20_WMV.pdf (URLs accessed November 2020);
38. Buck PO et al. Epidemiol Infect 2017;145:2109–2121;
39. Capili CR et al. J Allergy Clin Immunol 2012;129:957–963;
40. De Serres G et al. J Infect Dis 2000; 182:174–179;
41. ISS. Epidemia Covid. Aggiornamento Nazionale 1 settembre 2021;
42. <https://lab24.ilsole24ore.com/numeri-vaccini-italia-mondo>

Presentazione HappyAgeing

HappyAgeing è l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo, nata nel 2014 per promuovere nel nostro Paese politiche e iniziative volte a tutelare la salute dell'adulto e dell'anziano e a sviluppare le indicazioni della Commissione europea sul fronte dell'invecchiamento attivo. HappyAgeing è la prima organizzazione che riunisce e fa dialogare - per identificare ed attuare politiche a favore di un invecchiamento attivo ed in salute - una forte componente scientifica ed una importantissima rappresentanza sociale. Di HappyAgeing fanno parte Federsanità ANCI, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, Società Italiana di Igiene, i sindacati SPI CGIL, FNP CISL, UILP UIL e Federazione Anziani e Pensionati ACLI. Le modalità operative dell'Alleanza si realizzano attraverso la confluenza di tutte le realtà che si occupano del benessere degli anziani e lo sviluppo e la replicazione sul piano nazionale di esperienze realizzate con successo nel contesto locale e validate scientificamente dai partner di HappyAgeing.

HappyAgeing è membro dell'International Federation of Ageing-IFA, prestigiosa organizzazione non governativa internazionale impegnata per garantire l'invecchiamento attivo in salute su scala globale. L'IFA è osservatore permanente presso le Nazioni Unite.





Federsanità ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) è il soggetto istituzionale che organizza Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e Conferenze dei Sindaci e che agisce come strumento sul piano della rappresentanza per i Comuni.



Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) è un'associazione che si propone di tutelare i diritti e la dignità delle persone anziane, specie se disabili e fragili. La SIGG ritiene che lo studio dell'invecchiamento sia indispensabile per una corretta applicazione degli interventi terapeutici ed assistenziali.



La mission di Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) consiste nella promozione della Geriatria nei diversi contesti del sistema sanitario nazionale, con una particolare attenzione per la Geriatria ospedaliera, la continuità ospedale-territorio e le cure prolungate extraospedaliere. Si prefigge di promuovere la formazione e la ricerca clinica in Geriatria e di intrattenere una costante interlocuzione con Istituzioni, portatori di interesse e media, proponendo strategie di politica sanitaria basate sull'evidenza scientifica e finalizzate al miglioramento dell'assistenza sanitaria alle persone anziane in Italia.



La Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) è l'associazione scientifica dei medici che operano nell'ambito della Medicina Fisica e Riabilitativa e non ha fini politici o sindacali. È stata costituita a Torino nel 1958 ed attualmente conta oltre 2800 iscritti. Raggruppa specialisti che operano in diversi campi della riabilitazione.



La Società Italiana di Igiene (SITI), fondata da Gaetano Pini nel 1878, promuove il progresso scientifico e culturale nel campo dell'Igiene, Epidemiologia, Sanità Pubblica, Medicina Preventiva e di Comunità, Programmazione, Organizzazione, Management ed Economia sanitaria, nonché in tutte le altre sue possibili articolazioni funzionali.



Il Sindacato Pensionati Italiani (SPI) è il sindacato generale delle pensionate, dei pensionati e delle persone anziane aderenti alla CGIL; organizza e tutela i pensionati di tutte le categorie del lavoro, soggetti a qualsiasi regime pensionistico.



La Federazione Nazionale dei Pensionati (FNP) aderenti alla CISL è nata nel 1952. L'attività svolta dalla FNP si è progressivamente evoluta dall'iniziale sindacalismo fino ad assumere il profilo di una strategia politico-sindacale di articolata tutela e di rivendicazione dei bisogni degli anziani.



L'Unione Italiana Lavoratori Pensionati (UILP) è il sindacato di categoria che associa gli anziani e i pensionati della UIL. La UILP ha oggi circa 700mila iscritti. Le donne costituiscono circa il 54% degli iscritti. L'organizzazione punta ad esaltare il ruolo sociale dell'anziano.



La Federazione Anziani e Pensionati ACLI (FAP ACLI) è l'organizzazione che raggruppa gli anziani che si riconoscono nelle ragioni dell'Associazione cristiana dei lavoratori italiani. Ha una presenza capillare su tutto il territorio nazionale ed è attiva in diversi comparti del Terzo settore.

HappyAgeing

Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo

www.happyageing.it

mail: **info@happyageing.it**