

I VACCINI ED IL LORO RUOLO SUL MANTENIMENTO DELLO STATO
DI SALUTE DELLA COMUNITA'
RUOLO DELLE PROFESSIONI SANITARIE
Roma, 10 ottobre 2018

LE VACCINAZIONI NELL'ANZIANO IL CALENDARIO DELLA VITA

Gaetano Maria Fara

Dipartimento Sanità Pubblica e Malattie Infettive

gaetanomaria.fara@uniroma1.it

Perchè vaccinare gli anziani?

Hanno (pluri)patologie che li rendono fragili

Si risparmiano loro malattie acute

Se ne può evitare la morte

Si possono ridurre i costi dell'assistenza

Aumentano di numero

Questa è apparentemente una slide fuori tema

Perché i lavoratori della Sanità non si vaccinano?

- * Potrebbero non essere interessati ad evitare le malattie contrastate dal vaccino
- Ma non possono e non devono dimenticare che la propria immunità tutela i pazienti
- Chi è malato e va a curarsi ha il diritto di non ammalarsi ulteriormente e soprattutto di non morire per la trascuratezza altrui (vedi influenza)

PROVVEDIMENTI IN ATTO

- **Linee guida europee** sulla vaccinazione degli anziani
- **Calendario della vita** di SItI, SIP, FIMP, FIMMG
- **Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019** approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017, pubblicato in GU il 18 febbraio 2017. Documento di riferimento in cui si riconosce, come priorità di sanità pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale.

PNPV 2017-2019 PER GLI ANZIANI

- **Influenza**
- **Pneumococco**
- **Herpes zoster**
- **Tetano, Difterite e Pertosse**
- **MPR**
- **Hep A**
- **Hep B**
- **Meningococco**

INFLUENZA 1/4

- Nei Paesi UE/EEA, circa 40.000 decessi/anno, il 90% riguarda gli anziani
- A rischio i soggetti con BPCO, cardiopatie, diabete, tumori, ecc
- Nel 2014-2015 costi diretti e indiretti da influenza pari a 3,5 MLD di Euro
- Questi costi sono almeno in parte evitabili portando la copertura degli >65 a al 90%

INFLUENZA 2/4

- Vaccinare **annualmente** i soggetti >65, meglio se > 50.
- Andrà considerata la vaccinazione dei **bambini** (per proteggere i nonni, come in USA)
- La vaccinazione degli **operatori sanitari** è indispensabile per proteggere i pazienti, soprattutto se anziani o immunodepressi
- Come? O con obbligo o inserendola in contratto

INFLUENZA 3/4

- **QUALE VACCINO NEGLI ANZIANI?**
- **Vaccini trivalenti ($A_{H_1N_1}$, $A_{H_3N_2}$, B^*):**
 - Vaccino split
 - Vaccino adiuvato
- **Vaccino quadrivalente ($A_{H_1N_1}$, $A_{H_3N_2}$, $B_{Victoria}$, $B_{Yamagata}$)**
- ***ceppo Victoria o ceppo Yamagata, a seconda degli anni**

INFLUENZA 4/4

- Nell'anziano siamo ancora lontani da una copertura vaccinale adeguata
- Occorre ripensare comunicazione, reclutamento, soggetti vaccinatori
- Nell'anziano è più indicato il vaccino adiuvato
- Ideale è somministrare l'adiuvato seguito il mese dopo dal quadrivalente
- Efficacia della vaccinazione negli anziani: fino all'80% e nel 20% minor gravità

Malattia pneumococcica 1

- Nel 2012 nei Paesi UE/EEA almeno 20.800 casi negli anziani, spesso come complicanza dell'influenza
- Esistono due vaccini, il Polisaccaridico 23-valente (PPV 23) ed il coniugato 13-valente (PCV 13).
- Solo il PCV 13 induce una memoria immunologica con risposta anamnesticca e immunità mucosale con riduzione del carriage

Malattia pneumococcica 2

- pertanto nell'anziano la miglior strategia è somministrare ai soggetti >65 1 dose di PCV 13, seguito dopo 2 mesi da 1 dose di PPV 23)
- Può essere somministrato in ogni momento, ma è possibile farlo coincidere con l'antiinfluenzale, nei due deltoidi
- Non va ripetuto ogni anno, ma può essere opportuna una nuova dose di PCV 13 dopo 5 anni

Herpes zoster

- Per riattivazione del virus che rimane latente dopo la varicella in età infantile, si presenta come forma cutanea assai dolorosa, seguita spesso da PHN (nevralgia post herpetica, presente nel 60% dei casi negli ultra65enni colpiti da herpes zoster)
- 1,7 milioni di casi in Europa, in ogni età: incidenza 6×1000 nell'anziano
- Il vaccino attuale è composto da un virus attenuato, somministrabile contemporaneamente al vaccino influenzale, non all'antipneumo 23-valente
- Siamo in attesa in Italia del vaccino a subunità, coniugato, non controindicato negli immunodepressi, in due dosi IM a distanza di 2-6 mesi

MPR - MPRV

- Può rendersi opportuno negli anziani a rischio
- 2 dosi distanza di 4 – 8 mesi

Epatite A

- Ove necessario. due dosi a distanza di 6-12 mesi

Epatite B

- Preesposizione 3 dosi (0, 1, 6 mesi)
- Preesposizione imminente 4 dosi (0, 1, 2, 12 mesi)
- Postesposizione 4 dosi (0, 2, 6, 12 mesi)

Meningite meningococcica

- Men C
- Men ACWY
- Men B

**Grazie per
l'attenzione !**

Gaetano Maria Fara

Dipartimento di Sanità Pubblica & Malattie Infettive

Sapienza Università di Roma

gaetanomaria.fara@uniroma1.it