LE VACCINAZIONI PER GLI ADULTI ALCUNE INDICAZIONI PER SENSIBILIZZARE LA POPOLAZIONE E MIGLIORAMENTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI PER FACILITARE L'ACCESSO

IL CASO DELLA VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA

A CURA DI FEDERSANITÀ ANCI

SOMMARIO

1	**obiettivi del documento e metodo di lavoro**	**4**
2	**alcuni principi di base condivisi**	**5**
3	**dalle cause della bassa copertura vaccinale alla definizione di una serie di azioni operative**	**6**
4	**cosa fare per migliorare la copertura vaccinale - programmazione**	**7**
4.1	sviluppare forme di comunicazione volte ad intercettare (e sensibilizzare) la popolazione anziana (rendere consapevole la popolazione)	8
4.2	campagne informative	10
4.3	gli attori coinvolti	11
5	**Il modello organizzativo - modalità di comunicazione**	**12**
5.1	la definizione dei messaggi	14
5.2	strumenti di comunicazione	16
6	**altre strategie per implementare la vaccinazione nella popolazione anziana**	**18**
6.1	formazione degli attori coinvolti	18
6.2	aspetti etico sociali	19
6.3	norme	20
7	**vaccinazioni per gli adulti**	**21**
7.1	vaccino antipneumococcico	21

1 OBIETTIVI DEL DOCUMENTO E METODO DI LAVORO

La finalità del presente documento è di individuare eventuali strategie in grado di intercettare la domanda inespressa nelle vaccinazioni per adulti e di analizzare come, attraverso il coinvolgimento degli attori del SSN (e non), si possa aumentare la copertura vaccinale per questa specifica popolazione affrontando con successo le attuali problematiche.

In altre parole si mira a comprendere quali siano le azioni più efficaci per intercettare quella parte della domanda che, per diversi motivi, non è espressa. Un'attenzione particolare è rivolta alla possibilità di verificare come un ruolo proattivo dei servizi sociali riesca ad aumentare il numero di vaccinati (popolazione *over* 65).

Al fine di realizzare questi obiettivi è stato istituito un Tavolo di Lavoro Federsanità ANCI "*Le vaccinazioni per gli adulti: attività e potenzialità delle amministrazioni locali nella vaccinazione antipneumococcica*". Al Tavolo erano presenti E. Fracassi (Assessore alle politiche socio-sanitarie del Comune di Genova), L. Sampietro (Responsabile Area Anziani dell'ASL 3 genovese), B. Leone (Assessore al personale del Comune dell'Aquila), L. Gottardello (Responsabile Area Vaccinazioni dell'ULSS 16 Padova), E. Chermaz (Responsabile malattie infettive della ULSS 7 Pieve di Soligo), T. Maio (Responsabile dell'Area Vaccini - FIMMG), G. Rezza (Direttore Dipartimento Malattie Infettive - ISS), B. Vujovic (Direttore U.O.S. Governo dei Processi Decisionali e della Programmazione Pianificazione Strategica della Azienda USL Sud Est Toscana), D. Della Porta (Direttore Sanitario dell'AOU San Giovanni d'Aragona di Salerno), G. Romano (Presidente Commissione Sanità del Consiglio regionale della Puglia), L. Terranova (Consulente) A.C. Bernardini (Ricercatrice Federsanità ANCI), R. Di Natale (Responsabile progetti speciali di Federsanità ANCI) e O. Palombella (Responsabile relazioni istituzionali per l'area vaccini di Pfizer).

Attraverso il confronto e la condivisione di esperienze, il Tavolo ha fatto emergere possibili indicazioni operative e questioni rilevanti che implicano una risposta del sistema nel suo complesso.

Diversi temi toccati riguardano la vaccinazioni (per gli adulti) in generale e non specificatamente la vaccinazione antipneumococcica.

Le attività del Tavolo sono state rese possibili attraverso un *grant* non condizionato di Pfizer.

2 ALCUNI PRINCIPI DI BASE CONDIVISI

Sono sostanzialmente due le linee strategiche emerse dall'attività del gruppo di lavoro sul tema della vaccinazione della popolazione sopra i 65 anni:

A. Superare le differenze regionali (che si manifestano in termini di accesso e di organizzazione);
B. Migliorare il livello medio della copertura garantita (ossia incrementare il numero di *over* 65 che si sottopongono alla vaccinazione).

Questi due indirizzi implicano il realizzarsi di una serie di condizioni (azioni), alcune delle quali portano a profonde modifiche dei paradigmi che caratterizzano l'agire pubblico:

1. Sviluppare forme di comunicazione volte ad intercettare (e sensibilizzare) la popolazione anziana (rendere consapevole la popolazione).
2. Aumentare il coinvolgimento dei MMG sia in fase di programmazione che di realizzazione delle campagne vaccinali.
3. Semplificare e omogenizzare i comportamenti dei dipartimenti della prevenzione (configurare un sistema simile e semplice su cui fare affidamento).

4. Utilizzare e migliorare i sistemi informativi (trasformare i sistemi informativi in strumenti proattivi).

3 DALLE CAUSE DELLA BASSA COPERTURA VACCINALE ALLA DEFINIZIONE DI UNA SERIE DI AZIONI OPERATIVE

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

- Diffidenze (culturali) nell'approccio alla vaccinazione. La linea culturale che da alcuni anni si basa sulla negazione pseudoscientifica del valore della vaccinazione (anche se principalmente riguarda i bambini) sta colpendo in modo crescente, attraverso il *web* ed i *social network* in particolare, anche le vaccinazioni per gli adulti e gli anziani;
- Differenti diritti spettanti ai cittadini in base al Comune di residenza. Emerge in maniera crescente che azioni sviluppate nel tempo dalle singole istituzioni abbiano portato ad una differenziazione delle offerte da parte delle istituzioni. Ciò avviene in termini di accessibilità da parte dei cittadini, in termini di sensibilità (ossia di conoscenza dei propri diritti) e in termini di costi diretti e indiretti sostenuti;
- Insufficiente percezione del rischio e delle eventuali conseguenze della non vaccinazione. Va osservato che per diversi motivi è rilevante (alto per il pneumococco, meno elevato per l'influenza) il numero di cittadini che pur avendone il diritto non procedono alla vaccinazione. A maggior riprova basta pensare che, la popolazione immigrata, presenta un alto tasso di copertura dovuto alla maggiore consapevolezza della pericolosità di patologie ancora presenti nei Paesi di origine;

- Timore di eventi avversi, con la manifestazione di reazioni allergiche, ipersensibilità etc.,sono fattori che incidono sul valore stesso della rinuncia alla vaccinazione;
- Questione finanziaria: in alcune realtà accedere alla vaccinazione diventa complesso, comportando de facto direttamente o indirettamente costi per il cittadino.

Appare chiaro che il tema della conoscenza e dell'informazione diventa un fattore rilevante per incrementare la copertura vaccinale[1].

4 COSA FARE PER MIGLIORARE LA COPERTURA VACCINALE - PROGRAMMAZIONE

Le linee strategiche, che il gruppo di lavoro Federsanità ANCI ha individuato, si schematizzano in:

comprendere
- le ragioni di una non vaccinazione

costruire
- una strategia di comunicazione che incrementi la copertura
- un modello organizzativo tale da ridurre le ragioni della mancata vaccinazione
- alleanze con più attori per qualificare l'offerta

informare
- definendo messaggi chiari e semplici
- riducendo e chiarendo i dubbi
- contrastando la scarsa e scorretta informazione

valutare
- le azioni e i risultati
- i punti di debolezza
- i processi di monitoraggio e come ridurre i *feedback* negativi

[1] ad esempio: uno studio comparativo su 7 Paesi europei realizzato intervistando MMG (*STEP - STandardised assessment for Elderly patients in the Primary care* - che ha indagato non solo disturbi e reperti somatici, ma anche lo stato funzionale, i problemi sociali, lo stato psico-mentale ed i comportamenti a rischio) ha evidenziato che nell'epidemiologia dei problemi rilevati per la popolazione *over* 70 anni, il primo problema era rappresentato dalla non vaccinazione antipneumococcica.

La progettazione di una campagna informativa efficace necessita del coinvolgimento di tutti gli attori: Comuni/Conferenza dei Sindaci[2], ASL/Dipartimenti di Prevenzione e MMG, attraverso una programmazione integrata e partecipata in attuazione degli indirizzi nazionali. Il cambiamento nell'approccio alla vaccinazione degli adulti può realizzarsi solo attraverso una programmazione e una progettazione condivisa.

L'organizzazione di una qualsiasi campagna informativa deve, per una sua adeguata realizzazione, essere pronta ad affrontare una domanda (in questo caso di vaccinazioni) maggiore e solitamente accompagnata da una crescita della variabilità di composizione.

Pertanto, nella fase progettuale di tali campagne è necessario prevedere una serie di risposte organizzative ben precise. Questo aspetto deve essere posto all'inizio delle attività poiché comporta una capacità dell'organizzazione di riflettere sui propri punti di forza e di debolezza.

4.1 sviluppare forme di comunicazione volte ad intercettare (e sensibilizzare) la popolazione anziana (rendere consapevole la popolazione)

I vaccini sono fra le scoperte scientifiche più importanti per la salute pubblica e rappresentano senza dubbio uno degli interventi preventivi più efficaci a disposizione; immunizzano dalle malattie e salvano milioni di vite. L'avvento dei vaccini ha consentito di ridurre la diffusione di malattie

[2]art. 3, comma 14, D.Lgs. 502/92: "*Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale*".

gravi e mortali. Nonostante le evidenze scientifiche, si assiste, negli ultimi tempi, ad una diffusa discussione su basi spesso pseudoscientifiche: pagine *web*, giornali, programmi televisivi, accolgono soventemente pareri "scientifici" da parte di personaggi pubblici e presunti esperti che non possiedono nessuna competenza scientifica in materia.

Pertanto, una prima causa di una copertura vaccinale bassa è imputabile a queste informazioni superficiali, spesso prive di basi scientifiche. Accanto a molte azioni che tendono a trasmettere tali informazioni, sembrano essere poche le azioni (attive) di corretta informazione e comunicazione. L'atto vaccinale contiene sempre un (seppur minimo) rischio, sempre di gran lunga minore al rischio di infezione individuale e collettiva.

Raccomandazioni

E' fondamentale informare correttamente la popolazione con particolare attenzione agli over 65enni sul rischio di alcune malattie tramite modalità appropriate ed efficaci.

Una seconda linea d'azione comporta un ruolo più attivo dell'istituzione territoriale comunale. La vaccinazione, infatti, è lo strumento di prevenzione per eccellenza. Pertanto, è necessario avviare forme di sensibilizzazione al di fuori della ASL affinché possa essere intercettata questa parte di domanda potenziale. Declinare in maniera concreta significa costruire forme di comunicazione rivolte alle realtà territoriali. Su questo piano va sottolineato che la comunicazione sanitaria deve essere contestualizzata in funzione delle caratteristiche culturali e dell'effettivo quadro di offerta sociale del Comune: gli utenti (i cittadini) devono essere in grado di comprendere il valore della comunicazione posta in essere.

Raccomandazioni

Una serie di campagne di sensibilizzazione per la vaccinazione possono essere efficacemente promosse dai Comuni. Questi, rappresentando l'istituzione più vicina ai cittadini, spesso sono percepiti come fonte autorevole e credibile di informazione.

4.2 campagne informative

E' generalmente alta l'attenzione rivolta alla vaccinazione antinfluenzale, mentre appare ancora in secondo piano quella rivolta alle altre vaccinazioni rivolte alla popolazione adulta.

La vaccinazione contro lo pneumococco protegge da alcune gravi malattie, in particolare la meningite e la polmonite, ed è perciò indicata soprattutto per gli anziani, che presentano un maggior rischio di sviluppare forme invasive gravi a seguito di infezione.

È necessario un insieme coordinato di attività volte alla realizzazione e alla diffusione di un messaggio di contenuto sociale che mira a raggiungere gli obiettivi specifici della comunicazione.

Due aspetti importanti per migliorare le campagne vaccinali:

1. Devono essere eseguite su *target* specifici di popolazione. Dalle esperienze raccolte emerge, infatti, come le campagne generaliste siano meno efficaci.
2. Devono intercettare il promotore più adatto. I Comuni (in particolare nelle piccole/medie comunità) sono senza dubbio il soggetto istituzionale più adeguato per la popolazione *over* 65.

La copertura vaccinale della popolazione *over* 65 in Italia è ancora molto lontana dagli *standard* europei.

4.3 gli attori coinvolti

Se il modello perseguito nel nostro Paese è quello di incrementare la copertura vaccinale attraverso strategie di comunicazione, assume importanza definire chi sono i *promoter* che possono svolgere una campagna di comunicazione:

ASL

- I principali soggetti saranno i dipartimenti di prevenzione. Accanto a questi poi nelle campagne possono anche intervenire le aree che si occupano della salute degli anziani e delle malattie infettive

Comuni

- Molto spesso l'istituzione comunale è quella più vicina ai cittadini *over* 65 anni. Sono molteplici le relazioni che le diverse istituzioni comunali mantengono con i propri cittadini: dalle forme di aggregazione (tipicamente i Centri anziani) alle forme di assistenza sociale (es. l'aiuto casalingo). E' ben noto che tali forme assumono rilievo differente in base al modello organizzativo del servizio anziani

Medici di Medicina Generale

- La cura globale (pertanto in questa rientra anche la prevenzione) delle persone anziane è un'attività caratteristica della Medicina Generale. A causa del progressivo invecchiamento della popolazione, l'assistenza alle persone anziane richiederà ai Medici di famiglia sempre più tempo ed impegno, ma soprattutto il MMG dovrà svolgere un'attività di forte sollecitazione verso un modello che pone lo stile di vita al centro dell'attenzione

le Società scientifiche

- Queste avendo una mission di qualificare le azioni da svolgere possono diventare soggetti fortemente propositivi

Altri soggetti che possono promuovere azioni di formazione/informazione che permettono di raggiungere tanti soggetti:

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

La trasformazione della farmacia territoriale affida un ruolo al farmacista e alla farmacia dei servizi, sottolineando come questo sia fondamentale soprattutto nei piccoli centri.

Naturalmente, se questi sono i *promoter*, le strategie di sensibilizzazione richiederanno strumenti e professionisti in grado di raggiungere obiettivi di massima copertura.

Nelle discussioni del Gruppo di Lavoro ha assunto grande importanza il ruolo della Conferenza dei Sindaci. Questa diventa fondamentale nella condivisione tra Comuni e Azienda Sanitaria locale della promozione delle politiche vaccinali, nell'ambito della programmazione sociosanitaria condivisa.

5 IL MODELLO ORGANIZZATIVO - MODALITÀ DI COMUNICAZIONE

Vanno sottolineati alcuni principi di fondo nella comunicazione.

L'obiettivo di un modello di comunicazione è quello di persuadere i cittadini a porre in essere alcune azioni. Di conseguenza si tratta di ascoltare centrando gli interventi sulle caratteristiche delle subpopolazioni *target*.

Assume rilevanza comprendere le esperienze che raccontano il vissuto delle persone nonché le risorse e le opportunità che emergono dalla narrazione delle esperienze.

Estendendo il significato di quanto scritto va costruito un messaggio per la subpopolazione *target* finale con un'adeguatezza culturale.

Raccomandazioni
Individuare le popolazioni target (suddivise per subpopolazioni) e costruire una serie di messaggi chiave da trasmettere. Tali messaggi devono rispondere al modello culturale di riferimento della popolazione target.

Soprattutto nel campo della comunicazione della salute, alcuni studi, hanno evidenziato che diversi progetti dedicano troppo poco tempo e risorse a valutare le specifiche esigenze di informazione. Ne deriva che gli utenti finali possono essere definiti destinatari passivi senza un corretto adattamento culturale.

Nella costruzione pertanto di un progetto di comunicazione diventa necessario: (i) contestualizzare i messaggi nonché gli strumenti di comunicazione ai contesti nazionali e locali; (ii) coinvolgere i soggetti interessati nella progettazione e nello sviluppo dei progetti; (iii) elaborare ipotesi di test attraverso il dialogo e la conversazione con i potenziali utenti finali.

Raccomandazioni

(a) Garantire un'adeguata relazione fra la "comunicazione interna" e la "comunicazione esterna" (la seconda necessita preliminarmente di un consolidamento di una comunicazione interna).

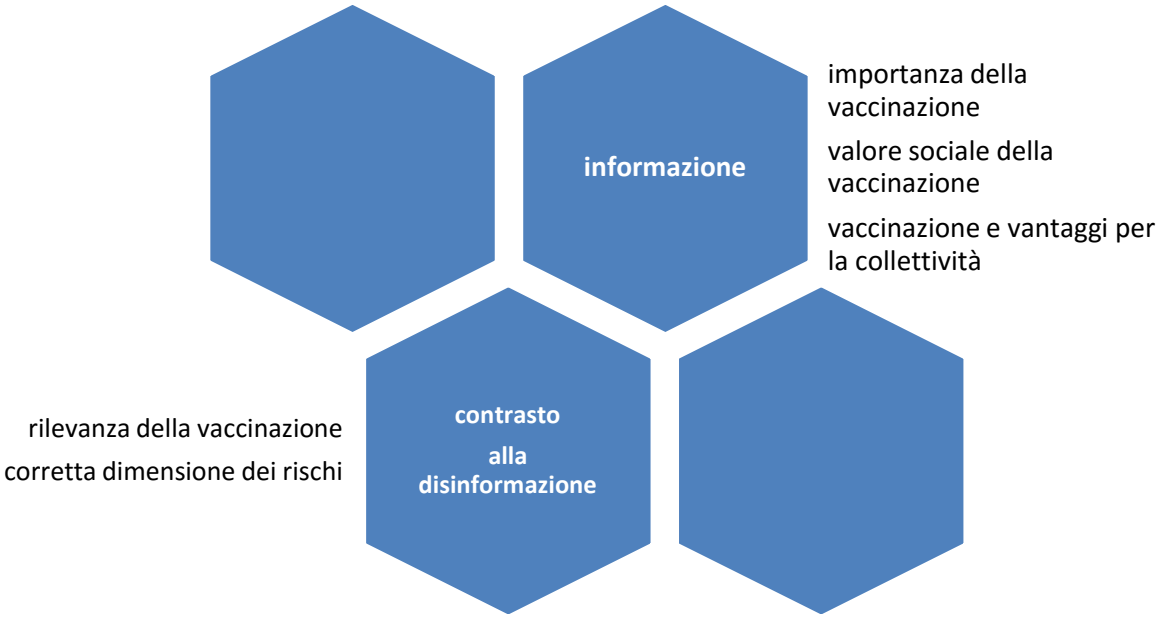
(b) Focalizzare la comunicazione all'interno della rete territoriale

(c) Modellare la comunicazione seguendo l'esperienza degli operatori in maniera da integrare le competenze tecnico-scientifiche e ruolo professionale

(d) Aggiornare e formare il personale coinvolto nella comunicazione delle campagne vaccinazione

5.1 la definizione dei messaggi

Si denotano due matrici lungo le quali andare a definire i messaggi, che si articoleranno in funzione del tipo di messaggio:



E' ben noto che oggi il problema emergente riguarda le vaccinazioni pediatriche e conseguentemente le linee strategiche della comunicazione toccano principalmente questa tipologia.

Ma sono disponibili diversi strumenti anche rivolti agli anziani che rispondono ad alcune strategie. Appare al riguardo importante però individuare anche l'attore che imposta la campagna di informazione.

informazione attraverso opuscoli, pubblicazioni ed altro materiale cartaceo	può essere divulgata con semplicità da tutti gli attori
	può essere veicolata attraverso altri centri di aggregazione sociale (centri commerciali, centri anziani, poste, stazioni ferroviarie ...)
	costi elevati
informazione attraverso media digitali	costruibile per ben differenziati *target*
	non sempre può essere divulgato con semplicità dagli attori
	impatto in crescita nelle fasce di anziani
	bassi costi
informazione attraverso media tradizionali (TV, giornali, ...)	difficoltà di costruire messaggi differenziati per *target*
	testimonial istituzionali
	complessità nella costruzione di messaggi generali (tecnica e comunicativa)
	costi elevati
informazione diretta mirata a piccoli gruppi	estremamente flessibile in quanto risponde ai fabbisogni informativi dei partecipanti
	costo in termini di risorse umane

5.2 strumenti di comunicazione

Nella comunicazione i migliori risultati si ottengono fondendo messaggi informativi delle diverse istituzioni (ASL/Comuni/MMG). Nel definire le strategie di comunicazione è importante considerare la popolazione di riferimento.

La comunicazione scientifica è essenziale per il consenso della popolazione, anche se va considerato che questo approccio ha efficacia nel medio-lungo periodo. Un fattore che influenza negativamente l'accesso alla vaccinazione per adulti è il supposto costo. Pertanto va evidenziato che la vaccinazione è a titolo gratuito.

Come già evidenziato, i Comuni, nell'ambito delle politiche sociali, gestiscono, direttamente o indirettamente, servizi sociali rivolti agli *over* 65enni, dai servizi di consulenza ai servizi domiciliari, semi residenziali e residenziali. Promuovono inoltre attività di invecchiamento attivo, culturali, formative e di promozione sociale. Nei casi di integrazione sociosanitaria più avanzata queste attività sociali sono coordinate con i servizi territoriali della ASL, all'interno del distretto sociosanitario.

Pertanto, a differenza dei messaggi trasmessi dalla ASL (nelle sue diverse dimensioni) che miravano a informare, obiettivo dei messaggi delle istituzioni comunali è quello di allargare il livello della conoscenza di base, ossia, informare dell'esistenza e dell'opportunità di vaccinazioni rivolte a questa popolazione. I Comuni possono svolgere un ruolo importante nel battere il pregiudizio e comunicare, in modo chiaro e semplice, con la popolazione fragile in carico ai servizi sociali (in quest'ambito è l'istituzione, che conosce bene la composizione della propria popolazione anziana, a determinare il grado e il livello di approfondimento e la tipologia più adatta). E' importante il linguaggio: adeguato e semplice.

Nelle piccole comunità locali ha una capacità d'influenza il Sindaco o il delegato del sindaco per la salute o l'Assessore alla salute.

Un ruolo chiave nella promozione della salute, attraverso l'attuazione di piani vaccinali in età non pediatrica, è svolto dal MMG.

La vaccinazione da parte del Medico di Medicina Generale permette di raggiungere con maggior facilità questa popolazione per diversi motivi.

- Molteplici occasioni di contatto con la popolazione anziana;
- Somministrazione in qualsiasi momento dell'anno del vaccino antipneumococco;
- Invio degli assistiti ai centri vaccinali di riferimento per vaccini non somministrabili in studio;
- Vaccinazioni domiciliari.

I MMG quindi: garantiscono il trattamento e l'assistenza dei casi domiciliari; attuano i protocolli operativi relativi alle azioni di trattamento; forniscono assistenza ed educazione alla popolazione per quanto di competenza; garantiscono le azioni di sorveglianza virologica nell'ambito della rete dei medici sentinella; propongono modalità organizzative straordinarie applicabili in gruppo o in associazione.

Gli strumenti di comunicazione utilizzati (da ASL/Comuni/MMG) sono molteplici, si riportano di seguito alcuni esempi.

La *brochure:* dimensione piccola e agevole composta da un numero limitato (8/16) di pagine, raccoglie in uno spazio limitato immagini e testi particolarmente significativi per lo scopo informativo sulla vaccinazione. Questa tipologia di offerta risponde ad obiettivi semplici di comunicazione.

La brochure deve contenere poche ma chiare informazioni: (i) importanza della vaccinazione, (ii) dove effettuarla (ed eventualmente a chi).

Il *vademecum,* invece, è di maggior lunghezza e mira a chiarire dubbi e problematiche delle popolazioni *target*. Spesso viene steso sotto forma di

domande e risposte. E' comunque opportuno (anche se non è l'obiettivo principale) che contenga anche indicazioni operative.

I Principali messaggi che il vademecum mira a trasferire sono:

(a) Disponibilità di informazioni scientifiche rese divulgabili

(b) Rischiosità della vaccinazione negli anziani e benefici

(c) Eventuali controindicazioni

(d) Statistiche (tratte dalla letteratura scientifica)

Altri possibili strumenti: numero verde, spille, locandine distribuite a farmacie, studi medici, ospedali, centri anziani, etc.

6 ALTRE STRATEGIE PER IMPLEMENTARE LA VACCINAZIONE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

6.1 formazione degli attori coinvolti

Per migliorare la conoscenza e la consapevolezza dell'importanza delle vaccinazioni nella popolazione adulta, è necessario sviluppare compagne informative caratterizzate dalla presenza di personale esperto. La formazione puntuale, completa e costantemente aggiornata delle figure coinvolte, rappresenta un prerequisito imprescindibile per le responsabilità dei medici e di tutti gli addetti ai servizi di prevenzione.

Pertanto, si deve rafforzare un'alleanza tra MMG/Cittadini e Dipartimenti di prevenzione, nella quale vengano definite per ogni attore le giuste competenze. Le parole d'ordine sono:

- responsabilizzazione
- *empowerment*

La Medicina di iniziativa può rappresentare la giusta strada per le vaccinazioni. Le AFT - Aggregazioni Funzionali Territoriali (art. 1, L. 189/2012 Balduzzi) sono un elemento determinante per lavorare insieme.

Riuscire a creare un nesso più forte nella popolazione anziana a vaccinarsi senza intervenire nelle possibilità di accesso è una sfida per cambiare determinanti *modus operandi*.

6.2 aspetti etico-sociali

Bisogna rivedere il rapporto tra tutela della salute individuale e salute collettiva: la vaccinazione deve essere vista come una responsabilità per migliorare il livello complessivo di salute di tutta la popolazione. Questo deve essere un messaggio che, sebbene abbia nell'immediato poco impatto, nel medio periodo può modificare la propensione a vaccinarsi.

Analizzando il fenomeno nella popolazione adulta si evidenzia l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento: i soggetti tra i 65 ed i 74 anni sono un segmento della popolazione sul quale poter contare, traendone risorse umane e professionali. Occorre realizzare progetti innovativi e lungimiranti per un invecchiamento attivo e limitare interventi di assistenza socio-sanitaria più impegnativi e dispendiosi.

Si evidenzia, pertanto, la necessità di promuovere e diffondere, attraverso un approccio multidisciplinare e integrato, un radicale cambiamento culturale nei confronti delle vaccinazioni degli adulti. E' fondamentale informare la popolazione sul rischio di alcune malattie (come ad es. lo pneumococco), chiunque può avere un ruolo informativo importante.

Fondamentale è far comprendere il legame tra efficacia dei vaccini e impatto sociale, ovvero tra valori scientifici ed etici: i vaccini non hanno solo un valore sanitario, ma anche un valore etico molto importante.

6.3 norme

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale[3], che accoglie le indicazioni del Calendario per la Vita, racchiude tutta l'offerta vaccinale nazionale, dall'infanzia alla terza età, rappresentando il punto di riferimento delle istituzioni nazionali e locali nel settore delle vaccinazioni.

Stato e Regioni si sono impegnati per un'azione concreta finalizzata alla "prevenzione attiva", definita come "*un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio nei confronti di malattie di rilevanza sociale, con un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria*".

Il documento, oltre a presentare il nuovo Calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età, contiene capitoli dedicati agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio (per patologia, per esposizione professionale, per eventi occasionali).

La sua predisposizione disegna un cambiamento epocale poiché aumenta il ventaglio delle vaccinazioni. L'allargamento dell'offerta vaccinale non significa voler raggiungere per tutti la stessa copertura ma offrire vaccini gratuiti a più persone possibili cercando di eliminare le discriminazioni sociali dovute alle differenze regionali nell'offerta.

Il Piano è uno strumento che permette di agire in maniera strutturata ma è indispensabile una strategia vaccinale chiara ed un sistema a cascata che stabilisca in modo trasparente il coinvolgimento dei differenti attori del SSN.

[3] Il PNPV è stato realizzato in stretta collaborazione con il Gruppo inter-istituzionale di lavoro "Strategie vaccinali", istituito nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, nel quale sono rappresentate tutte le istituzioni coinvolte nelle strategie vaccinali, ovvero Istituto superiore di sanità (ISS), AIFA e Regioni, attraverso la presenza anche del coordinatore del Gruppo interregionale sanità pubblica e screening (GISPS)

7 VACCINAZIONI PER GLI ADULTI

In Europa e in Italia sono raccomandati i seguenti vaccini per la popolazione adulta di età pari o superiore ai 65 anni (linee guida europee sulle vaccinazioni per adulti e anziani):

- Difterite, Tetano, Pertosse (DTp): il vaccino è raccomandato ogni 10 anni.
- Influenza: il vaccino è raccomandato ogni anno negli adulti con patologie croniche e nei soggetti di età pari o inferiore ai 65 anni.
- Malattie pneumococciche: sono disponibili due vaccini antipneumococco per gli adulti, il PPV23 e il PCV13, entrambi efficaci e ben tollerati. Possono essere somministrati insieme al vaccino antinfluenzale e attualmente non è raccomandata una dose di richiamo.
- Zoster: è disponibile un vaccino per adulti che non può essere somministrato in soggetti con immunodeficienza. Non è raccomandata una dose di richiamo.

7.1 vaccino antipneumococcico

La bozza del PNPV 2016-2018 stabilisce che:

- Nell'anziano è necessario offrire attivamente la vaccinazione con vaccino pneumococcico coniugato 13-valente, seguita da una dose di vaccino polisaccaridico 23-valente.
- Il vaccino coniugato deve essere offerto a tutti i soggetti a rischio (indipendentemente dall'età), e ad almeno una coorte o più coorti per età, con preferenza per i 65enni in caso di coorte singola, o 65enni e 70enni in caso di doppia coorte per età.

L'attività del Tavolo è stata supportata dal contributo incondizionato di Pfizer