

Vaccinazione influenzale, pneumococcica e herpes zoster nelle strutture residenziali per anziani

Introduzione

I pazienti fragili (anziani, pazienti con patologie concomitanti, ospiti di strutture residenziali) presentano un maggiore rischio di sviluppare malattie infettive, di sviluppare forme gravi e di incorrere in complicanze.

L'epidemia invernale annuale di influenza è una delle cause principali di morbosità e mortalità tra gli anziani fragili, che si trovano in una condizione di aumentato rischio di gravi complicazioni, ricovero ospedaliero e decesso. Analogamente anche il burden della malattia pneumococcica invasiva (IPD) è elevato, oltre che in età pediatrica, anche e soprattutto nella popolazione anziana, che registra la più alta incidenza e letalità. In Europa nel 2018 il tasso di notifica delle IPD nella fascia di età pari o superiore a 65 anni è stato di 17.07/100.000 (in Italia 6.68/100.000) contro 6.39/100.000 in tutte le fasce d'età (in Italia 2.57/100.000). L'incidenza delle IPD è significativamente diminuita in tutti i Paesi che hanno introdotto la vaccinazione pneumococcica in età pediatrica, mentre solo in alcune realtà è stato osservato un effetto di herd immunity a favore di adulti in generale e anziani in particolare. Lo pneumococco rimane anche la causa principale di polmonite acquisita in comunità (CAP) il cui il tasso di ricoveri nella fascia di età > 65 anni è circa 10 volte superiore a quello della popolazione generale: più del 75% dei pazienti con CAP è rappresentato da anziani.

Per tali ragioni la prevenzione vaccinale è quindi fondamentale e costituisce un'arma importante a nostra disposizione.

Nonostante i risultati conflittuali derivanti da alcune metaanalisi, diversi studi hanno rilevato che, rispetto alla sola vaccinazione contro l'influenza stagionale, la vaccinazione associata contro influenza e pneumococco ha ridotto significativamente la morbosità e mortalità per polmonite e la mortalità per tutte le cause, nonché per patologie cardiovascolari.

La Regione Piemonte, in ottemperanza alle indicazioni nazionali, ha introdotto la vaccinazione contro lo pneumococco in età pediatrica nel 2010 e, in età adulta nel 2013 per alcune categorie a rischio, estesa successivamente a tutti gli individui al compimento dei 65 anni in ottemperanza al Piano Nazionale di Promozione delle Vaccinazioni (PNPV) 2017-2019.

A seguito dell'epidemia di COVID-19, la Regione Piemonte con nota 27165 del 26/08/2020 ha deciso di estendere la vaccinazione pneumococcica agli ospiti delle strutture residenziali per anziani in aggiunta alla campagna di vaccinazione contro l'influenza. Ciò al duplice fine di ridurre il carico sul servizio sanitario dovuto a tali patologie ed eliminare possibili fattori in grado di interferire nell'identificazione dei casi di COVID-19.

Inoltre, successivamente la Regione ha deciso di estendere agli ospiti delle RSA, con condizioni di rischio predisponenti, anche la vaccinazione anti Herpes Zoster. L'incidenza di HZ in Italia è 6,46/1000 persone-anno nei soggetti ≥ 50 anni d'età e si stima che circa 1 individuo su 3 svilupperà l'HZ nel corso della propria vita. L'incidenza e la gravità aumentano con l'età con un incremento esponenziale dopo i 50 anni, arrivando a 1 individuo su 2 nei soggetti di età ≥ 85 anni.

Procedura per la vaccinazione

La vaccinazione degli ospiti RSA dovrà essere organizzata e implementata con il supporto di tutti gli attori coinvolti (Servizio vaccinale, Distretto, MMG e Personale della struttura), al fine di poter raggiungere i risultati attesi.

Non esiste un modello operativo unico ma le modalità per poter raggiungere e vaccinare i pazienti delle RSA sono differenti.

Punto di partenza basilare è che le comunicazioni che in qualche maniera riguardano l'attività vaccinale in RSA vengano inviate a tutti gli operatori coinvolti nell'attività.

La campagna vaccinale degli ospiti potrà essere condotta adattandola all'organizzazione locale, ma la regia dovrà sempre essere in capo al Servizio Vaccinale della ASL a cui spetterà il compito di valutare l'approvvigionamento e la consegna delle dosi e ogni altro aspetto. In caso le vaccinazioni siano a carico del MMG, questo sarà libero di approvvigionarsi in autonomia tramite i canali

Una volta individuati i pazienti eleggibili alla vaccinazione e aver acquisito il loro consenso in forma verbale (al contrario il rifiuto dovrà essere acquisito in forma scritta con apposito modulo), le vaccinazioni, sulla base di quanto definito dal SISP, potranno essere eseguite da:

- MMG, qualora siano presenti i suoi assistiti in RSA;
- Personale della struttura con la collaborazione e in presenza dei MMG o in presenza del Direttore sanitario della struttura;
- Personale SISP;
- Personale distretto.

La ASL (SISP/Distretto), nel momento in cui contatta le singole strutture per concordare le modalità di effettuazione delle vaccinazioni, trasmette una scheda informativa destinata agli ospiti e alle loro famiglie, una scheda informativa per gli operatori, oltre ad un modello per acquisire l'eventuale rifiuto informato.

Consenso alla vaccinazione

A partire dal Piano Piemontese di Promozione delle Vaccinazioni del 2006 e in tutte le edizioni successive "si raccomanda di acquisire il consenso anche solo verbale all'atto vaccinale", a condizione che l'offerta di una vaccinazione sia accompagnata dalla necessaria corretta informazione. E' invece raccomandata l'acquisizione in forma scritta dell'eventuale rifiuto vaccinale, in modo che possa essere tenuto agli atti.

Il rifiuto può essere sottoscritto dal diretto interessato o, in presenza di difficoltà cognitivo-relazionali, dal tutore legale.

La validità di tale approccio è confermata dalla letteratura, da cui è emerso che le strutture con requisiti di consenso meno complessi per il vaccino antinfluenzale (ossia, al posto del consenso scritto, quello per via orale) hanno avuto un aumento della copertura di almeno 10 punti percentuali; di converso, le strutture che hanno previsto la documentazione in forma scritta del solo rifiuto da parte del residente o del tutore, hanno osservato un aumento statisticamente significativo della copertura sia per influenza sia per pneumococco.

Anamnesi pre-vaccinale

In caso di somministrazione da parte dei sanitari del SISP/Distretto i quali, contrariamente al MMG e al personale di struttura, non hanno una conoscenza diretta della situazione clinica degli ospiti, è necessario acquisire gli elementi utili per valutare l' idoneità alla vaccinazione. A tal fine è necessaria la collaborazione del personale sanitario della struttura.

Somministrazione

Come previsto dalle raccomandazioni regionali, il vaccino influenzale viene somministrato durante la stagione autunnale, indicativamente a partire dalla seconda metà del mese di ottobre.

Le vaccinazioni per pneumococco e herpes zoster possono essere somministrate durante tutto l'anno.

Si ricorda comunque che i vaccini anti herpes zoster e anti pneumococcici possono essere cosomministrati, così come possono essere somministrati contemporaneamente con i vaccini antinfluenzali (unica eccezione il vaccino antinfluenzale adiuvato che non va cosomministrato con il vaccino anti herpes zoster ricombinante adiuvato).

Informazioni tecniche per i vaccinatori

Il personale sanitario cui è affidata la somministrazione riceve una scheda contenente tutte informazioni utili sui vaccini da somministrare, incluse le controindicazioni, nonché una scheda sulla gestione di eventuali reazioni immediate (in particolare quelle di tipo anafilattico).

Registrazioni delle vaccinazioni effettuate

La registrazione delle vaccinazioni somministrate può avvenire da parte sia del MMG sia del personale del SISP/Distretto sia da parte del personale della struttura (sulla base di quanto concordato con la ASL di riferimento).

Schede informative per gli ospiti

Vaccinazione contro l'influenza

L'influenza è una malattia respiratoria causata da un virus. Esistono diversi tipi di virus influenzali. Ogni inverno uno o più tipi di virus influenzale provocano un'epidemia che colpisce molte persone. L'influenza viene trasmessa da persona a persona attraverso goccioline emesse quando il malato parla, starnutisce o tossisce. Gli ambienti chiusi, affollati e con scarso ricambio d'aria sono quelli in cui più facilmente diffonde la malattia per una maggior facilità ad entrare in contatto con i virus.

L'influenza ha di solito un esordio brusco con sintomi generali e respiratori: febbre accompagnata da brividi, dolori ossei e muscolari, mal di testa, forte spossatezza, inappetenza, mal di gola e tosse. A volte compaiono vomito e diarrea. La febbre dura in genere 2 o 3 giorni ma può protrarsi più a lungo, i sintomi respiratori diventano più evidenti nei giorni immediatamente successivi e la tosse può durare anche 2 settimane.

Dopo i 60 anni aumenta il rischio di sviluppare gravi complicazioni dovute all'influenza, specialmente se sono presenti malattie croniche del cuore, polmoni, bronchi, reni, il diabete e molte altre. Il vaccino riduce notevolmente la possibilità di contrarre l'influenza stagionale e il suo effetto dura almeno per tutta la stagione influenzale.

E' sufficiente una sola dose di vaccino che deve essere ripetuta ogni anno. Dopo la vaccinazione alcune persone hanno un leggero dolore, gonfiore o arrossamento nella zona dell'iniezione, febbre (di solito non alta), perdita di appetito, sensazione di stanchezza, dolori ai muscoli, mal di testa. Questi disturbi si risolvono in pochi giorni.

Tutti i vaccini antinfluenzali possono essere somministrati con entrambi i vaccini pneumococcici e con quelli per herpes zoster (unica eccezione: non si può somministrare il vaccino ricombinante adiuvato per zoster con il vaccino antinfluenzale adiuvato).

Vaccinazione contro lo pneumococco

Le malattie da pneumococco sono diffuse in tutto il mondo. Lo pneumococco è un batterio che può causare polmonite, meningite e diverse altre infezioni. Queste infezioni sono più frequenti nelle persone di età superiore ai 65 anni e con condizioni di rischio predisponenti.

La trasmissione dell'infezione avviene tramite le goccioline di saliva e il muco emesse con starnuti, tosse o con il semplice parlare dalle persone portatrici del batterio. I casi di malattia infatti si verificano soprattutto nel periodo invernale, quando sono frequenti le sindromi da raffreddamento e l'influenza.

Per la vaccinazione contro lo pneumococco si usano due diversi vaccini: una dose del vaccino 13-valente e dopo 6-12 mesi (a seconda della presenza o meno di una condizione di rischio concomitante) è prevista una dose del vaccino 23-valente.

La vaccinazione contro lo pneumococco di solito non causa problemi. A volte si presenta un lieve dolore o arrossamento nella zona dell'iniezione. Può svilupparsi una lieve febbre per circa un giorno. Questi effetti di solito scompaiono rapidamente.

Reazioni severe ai due vaccini, come ad esempio le reazioni allergiche gravi, sono estremamente rare e comunque il rischio di reazioni gravi è inferiore al rischio di complicanze dell'influenza o di malattia da pneumococco.

E' fortemente raccomandato vaccinarsi, ma non è obbligatorio. Chi non vuole vaccinarsi dovrebbe compilare e firmare una dichiarazione di rifiuto.

Entrambi i vaccini anti pneumococcici possono essere somministrati con tutti i vaccini antinfluenzali e con quelli per herpes zoster.

Vaccinazione contro herpes zoster

L'Herpes Zoster, conosciuto anche come fuoco di Sant'Antonio, è una patologia comune e debilitante causata dalla riattivazione del virus della varicella che, dopo la malattia, non viene eliminato ma rimane latente nel nostro sistema nervoso e può riattivarsi e manifestarsi in un qualsiasi momento, soprattutto negli anziani e in chi ha il sistema immunitario debilitato. Si stima che circa 1 individuo su 3 svilupperà l'HZ nel corso della propria vita. L'incidenza dell'infezione e la gravità aumentano con l'età con un incremento elevato dopo i 50 anni, arrivando a 1 individuo su 2 nei soggetti di età ≥ 85 anni.

L'Herpes Zoster è caratterizzato dalla comparsa di vescicole localizzate e molto dolorose.

La complicanza più comune è rappresentata dalla nevralgia post-erpetica: una sindrome dolorosa cronica che può durare mesi o, addirittura, anni dopo la guarigione delle lesioni cutanee. Altra grave complicanza è l'Herpes Zoster Oftalmico, che coinvolge l'occhio e che nei casi più gravi può condurre a cecità.

La patologia da HZ provoca un impatto notevole su diversi aspetti della vita degli anziani, quali anoressia e insonnia, problemi cognitivi e isolamento sociale. Eventuale ansia e depressione secondarie complicano il trattamento e rallentano la guarigione.

La vaccinazione per Zoster è fortemente raccomandata poiché riduce il rischio di sviluppare l'Herpes Zoster e la nevralgia post-erpetica ed è rivolta alle persone con 65 anni di età (nati dal 1952 al 1957) e alle persone di età superiore ai 18 anni con particolari condizioni di salute (diabete, cardiopatia, BPCO, asma immunodepressione, forme di herpes particolarmente gravi e recidive frequenti).

Gli effetti collaterali più comuni sono reazioni al sito di iniezione (dolore, gonfiore, prurito) e a volte mal di testa, dolori muscolo-articolari, stanchezza e febbre. La maggior parte di queste reazioni sono di lieve entità e transitorie. Come ogni altro farmaco, è possibile che la vaccinazione determini un effetto indesiderato più importante, come ad esempio una reazione allergica severa, ma questa è un'evenienza in genere molto rara.

Per gli ospiti delle RSA che presentano le condizioni di rischio sopra indicate si somministra il vaccino ricombinante adiuvato; il ciclo è composto da 2 dosi somministrate con un intervallo di 2 mesi l'una dall'altra che può essere allungato fino a 6 mesi.

Il vaccino può essere somministrato con quelli per pneumococco e con tutti i vaccini antinfluenzali (unica eccezione: non si può cosomministrare il vaccino ricombinante adiuvato per zoster con il vaccino antinfluenzale adiuvato).

E' fortemente raccomandato vaccinarsi, ma non è obbligatorio. Chi non vuole vaccinarsi dovrebbe compilare e firmare una dichiarazione di rifiuto.

Informazioni tecniche per i vaccinatori

Vaccino influenzale

Il vaccino in uso è un vaccino antinfluenzale inattivato tipo split tetravalente

Posologia: dose unica

Via di somministrazione: intramuscolare (muscolo deltoide)

Controindicazioni: nevrite/neuropatia periferica entro sei settimane da una precedente dose; reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose; reazione allergica grave (anafilassi) a un componente del vaccino; S. di Guillain-Barré entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose.

Precauzioni (per precauzione si intende una condizione nel ricevente che può aumentare il rischio di una grave reazione avversa o che può compromettere la capacità del vaccino di produrre l'immunità ed esige, pertanto, una valutazione rischio/beneficio): malattia acuta grave o moderata (con o senza febbre), orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose.

False controindicazioni: allattamento, contemporanea somministrazione di warfarina (coumadin) o aminofillina, gravidanza, immunodepressione, terapia in corso con steroide a basso dosaggio, ciclosporina e micofenolato, allergia all'uovo.

Vaccini contro lo pneumococco

Vaccino coniugato 13-valente (Prevenar 13)

Posologia: dose unica (seguita, dopo 6-12 mesi, da una dose del vaccino pneumococcico 23-valente)

Via di somministrazione: intramuscolare (muscolo deltoide)

Controindicazioni: reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose; reazione allergica grave (anafilassi) a un componente del vaccino.

Precauzioni: malattia acuta grave o moderata (con o senza febbre), orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose.

False controindicazioni: storia clinica di malattia invasiva pneumococcica. [N.B.: Prevenar 13 non contiene lattice, pertanto non è controindicato nelle gravi allergie a tale prodotto].

Vaccino polisaccaridico 23-valente (Pneumovax)

Posologia: una dose 6-12 mesi dopo la somministrazione di Prevenar 13.

Via di somministrazione: intramuscolare (muscolo deltoide) oppure sottocutanea

Controindicazioni: reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose; reazione allergica grave (anafilassi) a un componente del vaccino.

Controindicazione temporanea: somministrazione recente (<2 mesi) di vaccino anti-pneumococcico coniugato (per possibile minore efficacia del coniugato se l'intervallo tra i due vaccini è ridotto).

Precauzioni: malattia acuta grave o moderata, con o senza febbre; orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose

False controindicazioni: storia clinica di malattia invasiva pneumococcica. [N.B.: Pneumovax non contiene lattice, pertanto non è controindicato nelle gravi allergie a tale prodotto].

Vaccino Herpes Zoster ricombinante adiuvato (Shingrix)

Posologia: 2 dosi a distanza di 2 mesi l'una dall'altra; tale periodo può essere aumentato fino a 6 mesi.

Via di somministrazione: intramuscolare (nel deltoide); la somministrazione per via sottocutanea non è raccomandata.

Il vaccino non è indicato per il trattamento dello Zoster o della nevralgia post-erpetica, pertanto, non deve essere somministrato durante la fase acuta dell'infezione. Il vaccino anti-HZ può essere somministrato in persone con storia di Zoster in quanto ci possono essere recidive. Quando possibile è opportuno aspettare 6-12 mesi tra la malattia e la somministrazione del vaccino che deve essere effettuata a completa guarigione del paziente.

La vaccinazione è raccomandata nei soggetti dai 18 anni di età con le seguenti condizioni di rischio:

- Diabete mellito,
- Patologia cardiovascolare,
- BPCO,
- Soggetti immunodeficienza congenita/acquisita o destinati a terapia immunosoppressiva,
- Soggetti con recidive o con forme particolarmente gravi di Herpes Zoster.

Conservazione dei vaccini:

- Conservare e trasportare refrigerato (2°C-- 8°C).
- Non congelare.
- Ricostituire prima della somministrazione e usare immediatamente; se questo non è possibile, conservare in frigorifero (2°C – 8°C). Se il vaccino non viene utilizzato entro le 6 ore deve essere scartato.

Precauzioni: malattia acuta grave o moderata, con o senza febbre, orticaria generalizzata immediata dopo somministrazione di una precedente dose.

False controindicazioni: storia clinica di Herpes zoster oltre l'anno precedente, trattamento con antivirali

Controindicazioni alla vaccinazione: Anamnesi di ipersensibilità al principio attivo, ad uno qualsiasi degli eccipienti oppure a tracce di residui.

Gestione dell'anafilassi (concetti di base)

Definizione: qualsiasi reazione allergica IgE mediata che interessi almeno 2 organi o apparati. L'anafilassi post-vaccinale è estremamente rara (intorno a 1 caso per milione di dosi), ma occorre essere preparati a gestirla.

Possibili cause di morte per anafilassi: ostruzione delle vie aeree, shock.

Aspetti critici:

il tempo utile per porre diagnosi di anafilassi e per instaurare un'adeguata terapia è molto limitato. Nella maggior parte dei casi l'anafilassi è un evento inatteso:

- Quadro clinico variabile per esordio ed evoluzione successiva
- Insorgenza rapida
- Evoluzione rapida
- Decorso imprevedibile

Aspetti clinici

In alcuni casi i sintomi iniziali sono localizzati al cavo orale ed alla gola: sapore metallico in bocca, sensazione di prurito e pizzicore a labbra, cavo orale, palato e faringe, percezione di rigonfiamento delle labbra e della lingua.

Altre possibili manifestazioni d'esordio: sensazione di calore cutaneo, formicolio e prurito alle seguenti aree: cuoio capelluto, meato acustico esterno, pianta dei piedi, palmo delle mani ed area dei genitali.

Inoltre: eritema cutaneo al volto o diffuso (flushing), abbassamento del tono della voce, improvvisa raucedine, improvvisa congestione nasale, malessere, debolezza e sonnolenza.

Il mantenimento della pervietà delle vie aeree, la somministrazione di O₂ e di adrenalina sono i tre provvedimenti fondamentali in caso di reazione allergica a vaccino. La pervietà delle vie aeree e la somministrazione di O₂ vanno assicurate con le attrezzature e le metodiche di Basic Life Support. E' costante l'ipossia tissutale, per cui è sempre corretto somministrare O₂.

Trattamento

Adrenalina (fiale da 1 mg/1 ml, denominate anche adrenalina 0.1% o 1:1000). Dosaggio 0.01 ml/kg (massimo 0.5 ml), per via i.m., da ripetere ogni 5-10 minuti se il paziente non migliora.

Antistaminici (ad es. cetirizina o difenidramina e.v.): utili per alleviare il prurito e l'orticaria. Questi farmaci non alleviano l'ostruzione delle vie aeree superiori o inferiori, l'ipotensione o lo shock e, in dosi standard, non inibiscono il rilascio del mediatore dai mastociti e dai basofili.

I glucocorticoidi (ad es. metilprednisolone) sono comunemente somministrati nel trattamento dell'anafilassi; tuttavia, ci sono scarse prove di efficacia. L'inizio dell'azione dei glucocorticoidi richiede diverse ore. Pertanto, questi farmaci non alleviano i sintomi e i segni iniziali dell'anafilassi. Una delle ragioni per somministrarli, in teoria, è prevenire le reazioni bifasiche o protratte che si verificano in alcuni casi di anafilassi.

Per una trattazione dettagliata si rinvia alla risorsa Uptodate, disponibile nella Biblioteca Virtuale della salute della Regione Piemonte <https://www.bvspiemonte.it>

Modulo di Rifiuto Informato

Il sottoscritto/La sottoscritta _____

data di nascita _____

debitamente informato/informata sui benefici e sui rischi delle vaccinazioni proposte, dichiara di rifiutare le seguenti vaccinazioni per convincimento personale:

- vaccinazione contro l'influenza
- vaccinazione contro lo pneumococco
- vaccinazione contro herpes zoster

Data _____

Firma _____

Bibliografia

1. ECDC. Surveillance atlas of infectious diseases <https://atlas.ecdc.europa.eu/>
2. Jefferson T et al. Vaccinos for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database Syst Rev 2010;17:CD004876.
3. Osterholm MT et al. Efficacy and effectiveness of influenza vaccinos: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis 2012;12:36–44.
4. Moberley S et al. Vaccinos for preventing pneumococcal infection in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;1:CD000422.
5. Poscia A et al. Influenza and pneumococcal vaccination in older adults living in nursing home: a survival analysis on the shelter study. Eur J Public Health. 2017 Dec 1;27(6):1016-1020.
6. Tuen-Ching Chan et al. Prevention of mortality and pneumonia among nursing home older adults by dual pneumococcal and seasonal influenza vaccination during a pandemic caused by novel pandemic influenza A (H1N1). J Am Med Dir Assoc 2012 Oct;13(8):698-703.
7. Mingjuan Yin et al. Effectiveness and safety of dual influenza and pneumococcal vaccination versus separate administration or no vaccination in older adults: a meta-analysis. Expert Rev Vaccinos 2018 Jul;17(7):653-663.
8. Ferrara L, Giovanetti F. La vaccinazione dei soggetti che presentano un rischio aumentato di infezione invasiva da batteri capsulati (*Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*). Regione Piemonte 2017 https://www.seremi.it/sites/default/files/Protocollo%20MIB_2017_0.pdf
9. Bardenheier BH et al. Factors predictive of increased influenza and pneumococcal vaccination coverage in long-term care facilities: the CMS-CDC standing orders program Project. J Am Med Dir Assoc. 2005 Sep-Oct;6(5):291-9.