

HAPPYAGEING

ALLEANZA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

Strategie di chiamata attiva per le vaccinazioni dell'anziano



Fanno parte dell'Alleanza per l'Invecchiamento Attivo



Con il contributo non condizionante di

CSL Seqirus

moderna

novavax

Pfizer

HAPPYAGEING

ALLEANZA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

Autori

Michele Conversano, Direttore Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto e Presidente Comitato Tecnico Scientifico HappyAgeing

Carmela Russo, Dirigente Medico, Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

Con il contributo di

Giulia Degani, Dirigente Medico Referente Prevenzione delle Malattie Infettive e Medicina dei Viaggi, ASU FC - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Sandro Giuffrida, Direttore Dipartimento di Prevenzione e U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica, ASP Reggio Calabria

Francesco Marchiori, Responsabile UOS Profilassi Malattie Infettive, Azienda ULSS9 Scaligera

Tecla Mastronuzzi, SIMG Puglia - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Davide Resi, Direttore U.O.C. Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive, AUSL di Bologna

Alessandro Rossi, Presidente Nazionale SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Aldo Savoia, Direttore F.F., Dipartimento di Prevenzione Area Udine, ASU FC - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Francesca Valent, Direttore SOC Igiene e Sanità Pubblica, ASU FC - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Maria Silvia Varalta, Dirigente Medico UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione, Azienda Aulss9 Scaligera

INDICE

Le vaccinazioni dell'anziano	p. 5
La chiamata attiva alle vaccinazioni, fattibilità e criticità	p. 9
Il progetto HappyAgeing sulla chiamata attiva alle vaccinazioni dell'anziano	p. 11
AULSS 9 Verona- Regione Veneto	p. 12
AUSL di Bologna-Regione Emilia-Romagna	p. 15
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - Regione Friuli-Venezia Giulia	p. 17
ASP Reggio Calabria - Regione Calabria	p. 18
Osservazioni e punti di forza delle strategie di chiamata attiva descritte	p. 19
Il Modello HappyAgeing di chiamata attiva alle vaccinazioni dell'anziano	p. 20
Bibliografia	p. 23

Le vaccinazioni dell'anziano

È ben noto come uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per prevenire l'insorgenza di alcune malattie infettive, sia rappresentato dalla vaccinazione. Secondo gli ultimi dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), infatti, le vaccinazioni prevengono 2-3 milioni di morti ogni anno⁽¹⁾; tuttavia, ad oggi, un numero considerevole di decessi è ancora causato dalle malattie infettive prevenibili con la vaccinazione. La prevenzione primaria mediante immunizzazione può giovare alle persone di tutte le età, ma è fondamentale per chi è a più alto rischio di malattie infettive e delle loro complicanze⁽²⁾. Questi soggetti sono in buona parte individui immunocompromessi e soggetti con co-morbidità (condizioni mediche croniche cardiovascolari, respiratorie, renali ed epatiche, diabete). Per questo motivo, i soggetti maggiormente a rischio sono le persone anziane, maggiormente esposte alle malattie infettive a causa dell'immunosenescenza⁽³⁾. Risulta essenziale, quindi, che questi soggetti vengano vaccinati in via prioritaria poiché il loro sistema immunitario presenta una ridotta capacità di risposta alle infezioni e, di conseguenza, hanno maggiori probabilità di sviluppare complicanze che possono comportare sequele a lungo termine, ospedalizzazioni e persino il decesso a causa di malattie che potevano essere prevenute tramite vaccinazione. Per gli anziani, quindi, la prevenzione deve essere un obiettivo di salute pubblica e individuale prioritario.

È importante però sottolineare che la definizione di "anziano" è oggi molto ampia e comprende stati di salute che vanno dall' "ottimo" al "molto compromesso". In ogni caso, come evidenziato nel 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»⁽⁴⁾. Proprio attraverso il PNPV 2017-2019, è stata identificata, per la prima volta, a livello nazionale l'offerta gratuita delle vaccinazioni dell'adulto per rischio infettivo legato all'età (soggetti con più di 65 anni). Inoltre, per ridurre le disuguaglianze nel Paese e migliorare lo stato di salute della popolazione, è stato necessario inserire nel Piano Nazionale un Calendario di riferimento condiviso, il cui razionale culturale e scientifico fosse chiaro e accettabile per tutti gli interlocutori istituzionali e professionali. Per tale ragione, il PNPV 2017-2019 ha presentato il Calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età, oltre a contenere capitoli dedicati agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio (per patologia, per esposizione professionale, per eventi occasionali). Fino ad allora e dal 2012, le informazioni sulle vaccinazioni per fascia di età sono sempre state indicate attraverso il **Calendario Vaccinale della Vita**, che nasce dalla collaborazione tra Società Scientifiche che si occupano, tra i loro temi più rilevanti, di vaccinazioni (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - SItI, e Società Italiana di Pediatria - SIP) e le più importanti Federazioni che rappresentano le cure primarie per il bambino (Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP) e per l'adulto (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG). Ad oggi, è in revisione la quinta edizione del **Calendario Vaccinale della Vita** e, sulla base delle indicazioni fornite, ogni Regione ha sempre attuato una propria strategia vaccinale per ciascuna fascia di età fino alla pubblicazione del PNPV 2017-2019. Quest'ultimo ha fornito, appunto, un calendario vaccinale eterogeneo ed equo a livello nazionale, che per gli ultra 65-enni raccomandava:

- **La vaccinazione antinfluenzale:** per ridurre complicanze, ospedalizzazioni e morti dovute a tale infezione. Il vaccino deve essere somministrato ogni anno (periodo ottobre-dicembre).
- **La vaccinazione anti-pneumococco** con vaccino coniugato: un efficace strumento di prevenzione della polmonite e delle altre forme invasive di malattia pneumococcica che deve essere offerta prioritariamente alla coorte dei sessantacinquenni. L'offerta va eventualmente integrata adottando una schedula sequenziale (PCV+PPSV), in funzione della tipologia di vaccino PCV utilizzato, prevedendo in questo caso due dosi: una prima dose di vaccino coniugato e una seconda di vaccino polisaccaridico, facendo attenzione a non invertire l'ordine delle due vaccinazioni. La vaccinazione anti-pneumococco può essere offerta simultaneamente ad altre vaccinazioni, inclusa la vaccinazione antinfluenzale (che può rappresentare un'occasione opportuna per proporre il vaccino anti-pneumococco), ma può anche essere somministrata indipendentemente e in qualsiasi stagione dell'anno. Questo perché mentre l'antinfluenzale deve essere ripetuta ogni anno, l'anti-pneumococco viene somministrata, secondo le attuali indicazioni, una sola volta nella vita.

- **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.
- **Il vaccino antidifterite-tetano-pertosse:** che è opportuno somministrare periodicamente (ogni 10 anni).
- **Le vaccinazioni contro meningococco, epatite A o epatite B:** Anche tra gli ultra sessantacinquenni possono sussistere particolari condizioni di rischio che indichino una raccomandazione per tali vaccinazioni.
- **Le vaccinazioni contro MPR e varicella:** È importante verificare l'immunità nei confronti delle suddette malattie, con offerta delle rispettive immunizzazioni in caso di suscettibilità.

Il nuovo Calendario vaccinale, approvato, insieme al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025⁽⁵⁾, in Conferenza Stato-Regioni con Intesa del 3 agosto 2023, ripropone le stesse raccomandazioni per l'anziano e inserisce la novità, rispetto al precedente, di mantenere la gratuità in caso di adesione ritardata.

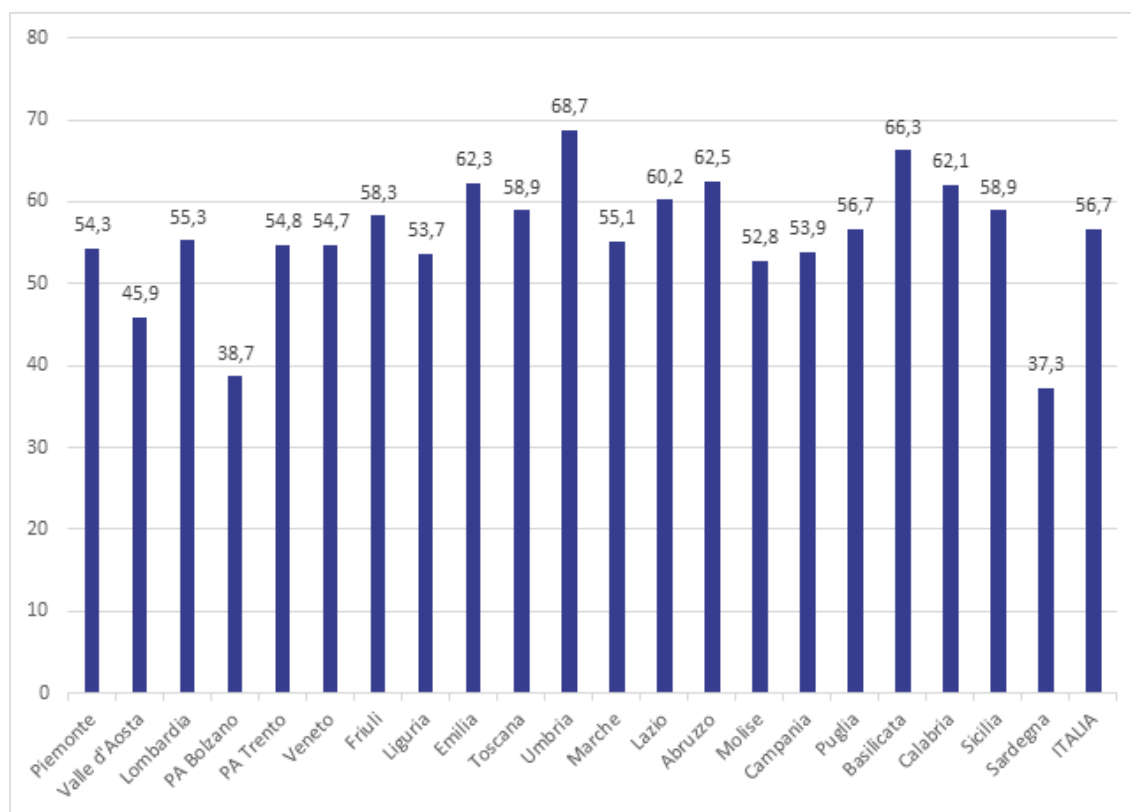
Tali indicazioni, che rappresentano quindi dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) validi su tutto il territorio nazionale, vengono recepite ed eventualmente integrate dalle varie Regioni nei loro calendari vaccinali.

A fronte, tuttavia, di indicazioni chiare e tendenzialmente complete circa le vaccinazioni che è necessario offrire agli anziani, la possibilità concreta di arruolare questi soggetti nei percorsi vaccinali ad oggi esistenti appare molto bassa e ciò comporta, di conseguenza, coperture vaccinali insoddisfacenti e lontane dagli obiettivi di copertura posti dal PNPV, che sono:

- ≥ 75% per l'antinfluenzale
- ≥ 75% per l'antipneumococcica
- ≥ 50% per l'antizoster

Se consideriamo la **vaccinazione antinfluenzale**, per esempio, le coperture vaccinali della stagione 2022/2023, aggiornate all'11 luglio 2023, sono stabili (20,6%) rispetto alla stagione precedente (20,5%) per quanto riguarda la popolazione generale. Ma ciò che preoccupa di più sono i dati sulle vaccinazioni antinfluenzali negli anziani. Nella prima metà degli anni 2000, l'andamento dei dati di copertura del vaccino antinfluenzale, negli over65, mostrava un trend positivo. A partire dalla stagione 2009/10 si osserva un drastico calo, passando da una copertura del 65,6% al 48,6%, registrato nella stagione 2014/2015. Dalla stagione 2015/16 l'andamento ha mostrato un costante aumento della copertura vaccinale arrivando al 65,3% nella stagione 2020/2021. Nella stagione 2021/2022, la copertura negli anziani è diminuita rispetto alla stagione precedente (58,1%), così come risulta lievemente diminuita (56,7%) nella stagione 2022/2023. E l'obiettivo minimo del 75% di copertura è sempre più lontano. Per non parlare delle coperture regionali che mostrano anche oltre il 30% di differenza tra una Regione e l'altra, così come si può osservare nel grafico sottostante⁽⁶⁾:

Figura 1: Vaccinazione antinfluenzale 2022-2023-Coperture Vaccinali per 100 abitanti (Fonte ISS)



Relativamente alla **vaccinazione anti-pneumococcica**, al momento non sono disponibili dati di CV ufficiali nella popolazione adulta. La maggior parte delle Regioni offre, come da calendario, la vaccinazione alla coorte dei sessantacinquenni, mentre in altre sono aggiunte anche altre coorti come quella dei settantenni e dei settantacinquenni. La **vaccinazione anti-zoster**, invece, presenta ancora di più un quadro estremamente differente nelle varie realtà regionali. Nonostante sia stata introdotta con il PNPV 2017-2019, le Regioni ancora non hanno messo a punto un sistema organizzativo comune ed efficiente per chiamare alla vaccinazione la popolazione candidata. In alcune Regioni, come Sardegna, Molise, Basilicata, Emilia-Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige, la vaccinazione è effettuata dai Servizi di Igiene Pubblica attraverso la chiamata attiva. In Piemonte, Puglia, Valle d'Aosta e Sicilia, invece, la gestione di questa vaccinazione è affidata ai Medici di Medicina Generale (MMG). Nel resto delle Regioni, si riscontra un quadro ancora più variegato perché spesso non tutte le ASL della stessa Regione hanno introdotto la vaccinazione e, lì dove è stata introdotta, può essere gestita dai MMG o dai Servizi di Igiene Pubblica, con chiamata attiva o con offerta passiva. Tutto ciò fa comprendere che siamo lontani dagli obiettivi minimi previsti dal PNPV: 75% per lo pneumococco e 50% per lo zoster. A questo proposito, risulta fondamentale rendere disponibile e utilizzare un'anagrafe vaccinale ad hoc, al fine di garantire un corretto monitoraggio dell'andamento di una campagna vaccinale e una puntuale rilevazione delle coperture vaccinali raggiunte: uno strumento già esistente per le vaccinazioni dell'infanzia, ma non ancora operativo per quelle dell'adulto. **Inoltre, al contrario di quello che accade nell'infanzia, dove le vaccinazioni sono generalmente accettate come parte integrante dell'assistenza sanitaria, esse sono molto meno considerate, se non addirittura ignorate, nell'anziano. Nonostante, infatti, siano offerte gratuitamente, la percentuale di vaccinati resta significativamente al di sotto degli obiettivi di copertura previsti dal PNPV.**

Questa preoccupante realtà trova ragione in problematiche legate a diversi aspetti tra cui una particolare attenzione va rivolta all'organizzazione dei servizi sanitari, al difficile accesso ai vaccini per questo segmento della popolazione, alla scarsa formazione e informazione del personale medico e infermieristico, alla scarsa diffusione delle informazioni sul monitoraggio della copertura vaccinale e dell'incidenza di malattie infettive e delle loro complicanze, effettuato dai sistemi di sorveglianza. Inoltre, un ruolo determinante hanno sia l'attitudine negativa che la scarsa conoscenza dei benefici e della sicurezza dei vaccini disponibili nella popolazione in generale.

Considerando, per esempio, le difficoltà logistiche e organizzative da parte delle amministrazioni sanitarie locali nel garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni, non tutte le amministrazioni regionali hanno impostato e realizzato strutture organizzative stabili e accessibili, in grado di gestire il prevedibile e auspicabile incremento dei volumi di attività determinati dall'adozione del calendario vaccinale. Dove l'offerta attiva viene implementata, così come la co-somministrazione di vaccini, si dimostra chiaramente di poter raggiungere una maggior copertura vaccinale, come avviene, per esempio, per il distretto di Reggio Calabria⁽⁷⁾ che nel 95% dei vaccinati per pneumococco ha somministrato anche la vaccinazione per herpes zoster nella coorte di eleggibili. Spesso, inoltre, gli anziani e le loro famiglie non sanno di avere diritto alle vaccinazioni, o dove e come ottenerle. L'eleggibilità per alcuni vaccini varia a seconda della coorte di età ed è diversa da una Regione all'altra. Questo contribuisce a creare confusione sul diritto alla vaccinazione. È inoltre importante sottolineare **la mancanza di un'anagrafe vaccinale e di un registro centralizzato che consentano un monitoraggio continuo, su base nazionale e regionale, e una valutazione epidemiologica del peso clinico, sociale ed economico delle malattie infettive dell'anziano e dell'impatto delle vaccinazioni nel paziente ultrasessantacinquenne⁽⁸⁾. Infine, la mancanza di una chiamata attiva su tutto il territorio nazionale per i vaccini previsti dal PNPV contribuisce a determinarne la scarsa adesione.**

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (PNPV) costituisce, dunque, il documento di riferimento in cui si riconosce, come priorità di sanità pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili con il vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci ed omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale. Tutti i vaccini contenuti nel Calendario del PNPV sono stati inseriti nel DPCM relativo all'adozione dei nuovi LEA, motivo per cui deve assolutamente essere promossa l'offerta attiva a tutti i cittadini aventi diritto per età o per condizioni di rischio. Il nuovo PNPV 2023-2025, ribadendo questi concetti già noti, si focalizza principalmente sulle strategie, suggerendo e incoraggiando l'adozione di strumenti e tecnologie informatiche flessibili per supportare la chiamata attiva. Anche **HappyAgeing**, nel suo ultimo Position Paper "*Vaccinazioni dell'adulto/anziano nella stagione 2021/22*", nelle richieste finali alle Istituzioni competenti, ha messo in rilievo quanto segue: "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 è responsabile. È importante che tutte le Regioni possano individuare il proprio modello organizzativo e 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)"⁽⁹⁾. Pertanto, è cruciale che tutte le Regioni e Province Autonome mettano a punto il proprio modello organizzativo di chiamata attiva e lo rendano al più presto operativo.

La chiamata attiva alle vaccinazioni, fattibilità e criticità

La chiamata attiva alla vaccinazione rappresenta una delle azioni più efficaci per ottenere adeguati livelli di adesione e migliorare quindi le coperture vaccinali. Laddove, infatti, esiste una chiamata attiva, i livelli di copertura sono molto più alti: ne sono la dimostrazione le vaccinazioni dell'infanzia che in Italia prevedono un sistema di chiamata attiva. Per le vaccinazioni dell'adulto, dell'anziano e delle categorie a rischio, invece, la chiamata attiva non viene attuata in maniera sistematica ed è lasciata per lo più all'iniziativa della struttura sanitaria coinvolta o del singolo medico proponente. Le Regioni/PA non hanno ancora messo a punto un sistema organizzativo comune ed efficiente per chiamare alle vaccinazioni le popolazioni candidate e, anche all'interno delle Regioni che implementano azioni di chiamata attiva, c'è disomogeneità tra le varie ASL. Pertanto, anche dove è presente, la chiamata attiva è attuata in maniera non uniforme sul territorio nazionale tramite lettera cartacea di invito, contatto telefonico o SMS.

Se consideriamo la vaccinazione che maggiormente è somministrata negli anziani, ossia quella antinfluenzale, ogni anno la Circolare Ministeriale per la Prevenzione e il Controllo dell'influenza promuove la chiamata attiva nei confronti della popolazione che presenta condizioni di rischio per cui l'immunizzazione è raccomandata. Nonostante ciò, la chiamata attiva viene scarsamente implementata. Come per le altre vaccinazioni dell'adulto, infatti, anche per la vaccinazione antinfluenzale non esiste una chiamata attiva strutturata e le singole Regioni/PA, in conformità con la terminologia utilizzata dalla Circolare Ministeriale per la Prevenzione e il Controllo dell'influenza, propongono la vaccinazione come "*offerta attiva*". Sostituire "*offerta attiva*" con "*chiamata attiva*" a tutti i livelli, sia nei documenti istituzionali che nei comunicati rivolti agli operatori sanitari e nei messaggi destinati alla popolazione, forse potrebbe rappresentare il primo passo verso un importante cambiamento che metterebbe in evidenza l'urgenza di incentivare le campagne vaccinali⁽¹⁰⁾.

Sarebbe dunque possibile e opportuno considerare telefonate, sms ed e-mail come efficaci strumenti di prevenzione sanitaria, almeno quando si parla di vaccini: i sistemi di chiamata e promemoria aumentano, infatti, la probabilità di rispettare le scadenze del calendario vaccinale dal 5 al 20%. A dirlo è il Rapporto Prevenzione 2015 della Fondazione Smith Kline⁽¹¹⁾. Il volume, oltre a fare il punto sulla realtà delle strutture dedicate alla prevenzione nel Servizio sanitario nazionale, sviluppa una parte dedicata alle "Buone pratiche in prevenzione". Tra queste, i sistemi di "chiamata/promemoria" rappresentano uno strumento efficace per migliorare l'adesione alle vaccinazioni. Due revisioni della letteratura scientifica che hanno valutato gli studi in questo settore dimostrano, infatti, che chi viene coinvolto con un approccio di "chiamata/promemoria" mostra una maggior probabilità di vaccinarsi o di rispettare le scadenze del calendario vaccinale. I risultati non sono gli stessi per tutte le fasce d'età e per tutte le vaccinazioni. Se esistono infatti risultati soddisfacenti per i vaccini in età pediatrica, si arriva addirittura a un incremento del 17-26 % quando si parla di vaccinazione pediatrica per l'influenza; la percentuale di crescita è invece molto variabile per lo pneumococco e l'antitetanica nell'adulto (negli studi si va dal 2 al 27 %), mentre sale di molto quando occorre ricordare la vaccinazione preventiva per l'influenza, con una crescita che può arrivare anche al 47%^{(12), (13)}. Riguardo agli strumenti impiegati per aumentare l'adesione ai vaccini, le ricerche si sono concentrate soprattutto sul sistema delle "lettere" inviate a domicilio, anche se pare che la modalità telefonica, con il diretto contatto tra operatore e assistito, possa dare risultati migliori. Arrivano, inoltre, le prime evidenze sugli effetti positivi degli sms di richiamo, mentre appare ancora limitato il valore dei social network e dei messaggi di posta elettronica. In realtà, il 58% dei genitori preferisce ancora la classica lettera, ma cresce comunque l'utilità degli altri strumenti con differenze fra zone rurali e città: mentre nelle prime le lettere e le telefonate classiche sembrano riscuotere i migliori risultati, nelle città strumenti più "smart" risultano più efficaci^{(11), (12)}. Anche un board di esperti italiani ha condotto un lavoro, pubblicato nel 2022, in cui si è evidenziato che l'imperativo per le Istituzioni e la sanità pubblica è quello di realizzare iniziative volte a promuovere maggiormente la vaccinazione antinfluenzale ed è stato valorizzato il merito e l'impatto della chiamata attiva quale strumento per aumentare le coperture vaccinali durante la campagna antinfluenzale⁽¹⁴⁾.

Per attuare un programma di chiamata attiva dell'anziano alle vaccinazioni è importante individuare quali possano essere gli ostacoli e le prerogative essenziali alla sua realizzazione. Sicuramente il primo problema da superare è quello della **"scarsa percezione del rischio"** relativamente alle patologie infettive prevenibili con vaccinazione. Benché la pandemia da COVID-19 abbia aumentato l'attenzione nei confronti dei vaccini in generale, facendo comprendere che sono presidi salvavita, tutelano la salute e garantiscono il mantenimento dei servizi essenziali, ivi compresa la catena di assistenza sanitaria, permane ancora una mancata consapevolezza del rischio correlato all'influenza o alle polmoniti in termini di impatto sulla salute e sui costi per il SSN e la società, sia nei decisori che negli operatori sanitari, ma soprattutto nella popolazione. Alla luce della scarsa percezione del rischio in tutti gli stakeholders, è **necessario implementare a tutti i livelli una comunicazione efficace che aumenti la consapevolezza delle conseguenze della malattia e faccia comprendere il valore della vaccinazione quale presidio efficace e sicuro per tutelare la salute personale e garantire il mantenimento dei servizi essenziali**. Solo attraverso una comunicazione efficace, continua e tempestiva rispetto al momento in cui si inizia a vaccinare, sarà possibile attuare un cambiamento culturale sul valore dei vaccini e aumentare le coperture. L'obiettivo della comunicazione destinata alla popolazione generale deve essere quello di dare messaggi il più possibile chiari, semplici, sintetici ed efficaci che portino le persone a vaccinarsi consapevolmente e per libera scelta. Solo in questo modo sarà possibile cambiare la *forma mentis* e la sensibilità delle persone nei confronti del problema delle malattie infettive e attuare un cambiamento che porti a considerare la vaccinazione come un'opportunità, e non come un obbligo, e ad avere in questo modo una richiesta attiva da parte dei cittadini.

Non solo. Permane la necessità di avere **anagrafi vaccinali informatizzate**, quanto più complete e interoperabili possibile, 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 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, 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. L'implementazione di una chiamata attiva efficace non può prescindere dall'esistenza a monte di un'organizzazione che possa renderla effettiva. Gli elementi essenziali che garantiscono un sistema organizzativo efficiente sono, per esempio, la disponibilità di vaccini consoni al fabbisogno richiesto e la tempestività e sincronia delle forniture e soprattutto la **disponibilità di strutture, risorse umane e risorse tecnologiche che rendano la campagna facilmente attuabile**.

Fondamentale, infine, per il successo di qualsiasi tipo di strategia di chiamata attiva nella popolazione anziana è il ruolo delle **figure professionali** che ruotano attorno a questa peculiare fascia d'età e che sono coinvolte nei percorsi vaccinali. Prima di tutto lo scenario italiano sulla responsabilità dell'esecuzione delle vaccinazioni dell'adulto/anziano è molto variegato: in alcune Regioni sono affidate ai **Medici di Medicina Generale** - MMG, mentre in altre alle ASL (Dipartimenti di Prevenzione e/o Distretti Socio Sanitari) e in altre ancora ad entrambi. Sicuramente una particolare attenzione va data ai Medici di Medicina Generale che, secondo quanto stabilito da ciascuna Regione, sono tra i protagonisti principali delle campagne di vaccinazione che coinvolgono l'anziano perché svolgono un ruolo importante per la promozione e l'erogazione delle vaccinazioni anche in virtù del rapporto fiduciario e confidenziale che viene a crearsi tra la figura sanitaria e l'assistito. I MMG, infatti, possono ricoprire un duplice ruolo nei confronti dei propri pazienti: somministrare il vaccino o informare e orientare correttamente, qualora la vaccinazione non sia in capo a loro. **Da un monitoraggio nazionale⁽¹⁵⁾ è emerso che il 96,2% dei MMG offre ai propri assistiti la vaccinazione pneumococcica e che i soggetti interessati dall'offerta sono in poco più di 1 caso su 2 (54,9%) sia soggetti sani di età >65 anni sia soggetti di qualsiasi età con condizioni predisponenti o considerati a rischio**. Il ruolo proattivo dei MMG mostra delle aree grigie quando si indaga sulla capacità di rilasciare informazioni volte a sensibilizzare e orientare gli assistiti affinché si rechino presso altri servizi territoriali, qualora non sia il MMG ad effettuare la vaccinazione.

Sebbene più di 1 MMG su 2 (54,9%) risponda in modo affermativo ("Sì sempre"), il 35,4% (oltre 1 MMG su 3) riferisce di orientare il proprio assistito su richiesta, demandando di fatto la vaccinazione pneumococcica alla libera iniziativa e alla consapevolezza del proprio paziente; mentre l'8,8% sorprendentemente non rilascia alcun tipo di informazione. La chiamata attiva ha bisogno, dunque, della compartecipazione di diversi attori con un soggetto che fa da perno, che nei sistemi sanitari in cui la medicina territoriale funziona è proprio il MMG. Senza un forte coinvolgimento di quest'ultimo, è difficile pensare di poter effettuare una chiamata efficace e una campagna capillare. Numerose ricerche hanno confermato il ruolo centrale del MMG nel promuovere la vaccinazione^{(16),(17)}. Inoltre le risorse tecnologiche necessarie per implementare una chiamata attiva sono in parte già disponibili. **Il 50% circa dei MMG italiani è in possesso di sistemi informatici che permettono di estrapolare dalle loro banche dati gli assistiti over 65, ma non tutti li utilizzano per chiamare attivamente questi soggetti alla vaccinazione. La diffusione capillare di questi sistemi permetterebbe ai MMG di creare elenchi attivi/ mailing list dei soggetti candidabili alle vaccinazioni e di inviare loro messaggi di richiamo, nonché di creare una banca dati integrata dei pazienti che potrebbe essere utilizzata dagli enti governativi per condurre studi osservazionali⁽¹⁰⁾.** Tuttavia, al momento questi strumenti sono distribuiti sul territorio nazionale "a macchia di leopardo", motivo per cui è necessario lavorare per promuoverne l'adozione a livello nazionale e renderli operativi. Succede anche che all'interno dello stesso territorio non tutti i MMG adottino le stesse strategie; ciò può dipendere da diversi fattori: personali, organizzativi, strutturali, logistici. Sicuramente lì dove è presente una forma di associazionismo, le coperture vaccinali possono risultare più alte, così come è stato riscontrato in un'indagine interna alla Asl di Taranto di qualche anno fa. In conclusione, **risulta fondamentale creare una rete territoriale assistenziale che supporti la chiamata attiva in cui è necessario coinvolgere tutti: MMG, Operatori Sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Distretti, Specialisti, Associazioni dei pazienti e degli anziani, Sindacati degli anziani e società scientifiche.**

Il progetto HappyAgeing sulla chiamata attiva alle vaccinazioni dell'anziano

Il PNPV 2023-25 è un documento operativo di massima importanza perché, oltre al calendario vaccinale, contiene le indicazioni per le vaccinazioni delle categorie a rischio (per età, per patologia o per ragioni professionali) e gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio di riferimento, a partire dal raggiungimento/rafforzamento di alcune specifiche coperture vaccinali. Tutti elementi necessari a portare avanti campagne vaccinali efficaci e capillari sul territorio nazionale. Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale ha avuto una gestazione lunga e travagliata. Per cui si spera che la sua implementazione e applicazione da parte delle Regioni siano più rapide e incisive. Abbiamo vaccini sicuri ed efficaci, abbiamo un PNPV completo che include tutti i vaccini, ma se non raggiungiamo le coperture indicate dal Piano continueremo a vedere le persone ammalarsi e morire di malattie prevenibili. L'applicazione del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale non deve essere semplice adempimento amministrativo, ma uno strumento valido per costruire una strategia efficace per raggiungere obiettivi di copertura vaccinale ottimali. Uno degli elementi cruciali secondo l'**Alleanza per l'Invecchiamento Attivo**, affinché si accrescano le coperture vaccinali tra gli over 65, è l'utilizzo dello strumento della chiamata attiva, riguardo al quale HappyAgeing ha condotto uno studio specifico. Dopo una disamina delle Regioni che attualmente conducono una strategia di **chiamata attiva** per le vaccinazioni dell'anziano, sono state scelte quattro realtà rappresentative:

- Per il **Veneto**, l'AULSS 9 di Verona
- Per l'**Emilia-Romagna**, la AUSL di Bologna
- Per il **Friuli-Venezia Giulia**, l'Azienda Sanitaria Universitaria
- Per la **Calabria**, la ASP di Reggio Calabria

L'obiettivo finale è stato quello di individuare le best practice nei vari ambiti (chi? come? quando?) dei modelli analizzati e costruire un «*MODELLO HAPPYAGEING di Chiamata Attiva*» da proporre alle Regioni più in ritardo sul tema.

Al fine di raggiungere questo obiettivo è stato costruito un questionario su una piattaforma informatica ed è stato inviato alle Regioni/Asl di riferimento previo contatto e spiegazione telefonica del progetto. Il questionario è costituito da circa 20 domande che indagano sulla strategia di chiamata attiva adottata, in particolare su CHI, COME e QUANDO la fa, oltre a indagare su eventuali iniziative di comunicazione intraprese e quali siano le coperture vaccinali ottenute. Al termine del questionario è stata data anche la possibilità di allegare documenti, circolari, lettere e report riguardanti l'argomento.

AULSS 9 Verona- Regione Veneto

A livello regionale, il servizio a cui è affidata la responsabilità dell'offerta delle vaccinazioni dell'adulto è il Dipartimento di Prevenzione che vaccina in collaborazione con i MMG contro l'influenza e lo pneumococco. In particolare, la vaccinazione contro lo pneumococco è maggiormente eseguita dal Dipartimento di Prevenzione, mentre la vaccinazione contro l'influenza dai MMG. La vaccinazione contro l'Herpes Zoster è gestita totalmente dagli operatori del Dipartimento di Prevenzione. Esiste una delibera regionale, infatti, la DGR n. 1575 dell'11 novembre 2021⁽¹⁸⁾, che fornisce aggiornamenti sull'offerta della vaccinazione contro l'herpes zoster in Regione Veneto dando le seguenti indicazioni: "per i soggetti di età pari a 65 anni (la coorte 1956 nel 2021 era oggetto di chiamata attiva da parte delle Aziende ULSS) è prevista l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'Herpes Zoster con vaccino vivo attenuato (ZLV). A partire dal 1° gennaio 2022 per la chiamata sarà utilizzato il vaccino ricombinante adiuvato (RZV). Sempre a partire da gennaio 2022 viene inoltre introdotta la chiamata attiva con vaccino ricombinante adiuvato (RZV) anche per tutti i soggetti rientranti nelle seguenti categorie:

- In attesa di trapianto di organo solido o soggetti trapiantati in terapia immunosoppressiva;
- Trapianto di cellule staminali ematopoietiche (entro 2 anni dal trapianto o in terapia immunosoppressiva per malattia del trapianto contro l'ospite cronica);
- Infezione da HIV;
- Dialisi e insufficienza renale cronica grave.

L'offerta attiva per queste categorie andrà effettuata con il coinvolgimento dei centri specialistici di riferimento in sinergia con i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica nel ruolo di coordinamento. Il SISIP garantisce inoltre il necessario supporto e il monitoraggio delle attività". La chiamata attiva, dunque, nella Regione Veneto è stata avviata nell'anno 2013 e viene eseguita per la vaccinazione contro lo pneumococco e contro l'herpes zoster, mentre la campagna vaccinale antinfluenzale non prevede una strategia di chiamata attiva della popolazione anziana. È importante sottolineare che la chiamata attiva si esegue per le coorti previste dal PNPV, ma che comunque l'offerta vaccinale gratuita è rivolta anche alle coorti precedenti e alle categorie a rischio. Le Asl e i MMG hanno la possibilità di registrare i dati relativi alle vaccinazioni su una anagrafe regionale informatizzata a cui è collegato il software gestionale del medico di assistenza primaria. La chiamata attiva per pneumococco e zoster, sostenuta da iniziative di comunicazione regionali e territoriali, parte quindi dal Dipartimento di Prevenzione tramite invio di lettera cartacea con appuntamento già fissato e, a due giorni dalla data fissata, viene effettuato un promemoria tramite invio di SMS. La Regione Veneto vanta una serie di ambulatori vaccinali destinati agli anziani di pertinenza del Dipartimento di Prevenzione e/o dei Distretti Socio Sanitari che garantiscono un'apertura quotidiana (dal lunedì al venerdì), sia in orario diurno che pomeridiano, anche su libero accesso. Qualora l'utente non dovesse presentarsi all'appuntamento non è previsto un sistema di richiamo. Vi è un coinvolgimento di altre figure sanitarie vicine agli anziani per incentivare l'adesione alle vaccinazioni che sono appunto i MMG, ma anche gli specialisti. Quello che ha descritto la AULSS9 di Verona si riflette un po' su tutta la Regione con differenze alquanto trascurabili nei vari ambiti territoriali, ma una cosa è certa: da quando è presente il sistema di chiamata attiva si è avuto un aumento delle coperture vaccinali dell'anziano in tutte le AULSS della Regione Veneto. Relativamente alle coperture vaccinali raggiunte, sul sito www.vaccinarsinveneto.org sono a disposizione i report sull'attività vaccinale del 2022 distinti per fascia di età: pediatrica e adulta⁽¹⁹⁾.

È possibile, in questo modo, avere un dato aggiornato circa l'andamento delle campagne vaccinali anche nell'adulto, valore aggiunto per la Regione Veneto, considerando che è difficile trovare tali dati per le altre Regioni italiane. La coorte oggetto della chiamata per il 2022 è quella dei nati nel 1957, che comprende circa 62.700 persone registrate in anagrafe tra i residenti. Le coorti precedenti sono state oggetto di chiamata negli anni passati. Inoltre, viene verificata e proposta la vaccinazione per difterite-tetano-pertosse, con particolare attenzione per il tetano. Nel grafico sottostante, figura 2, possiamo osservare le coperture vaccinali per Herpes Zoster, mentre la figura 3 mostra le coperture vaccinali per Pneumococco.

Figura 2: coperture vaccinali per Herpes Zoster attenuato o per Herpes Zoster ricombinante, 1 dose. Coorti 1951-1957, dati al 15/04/2023

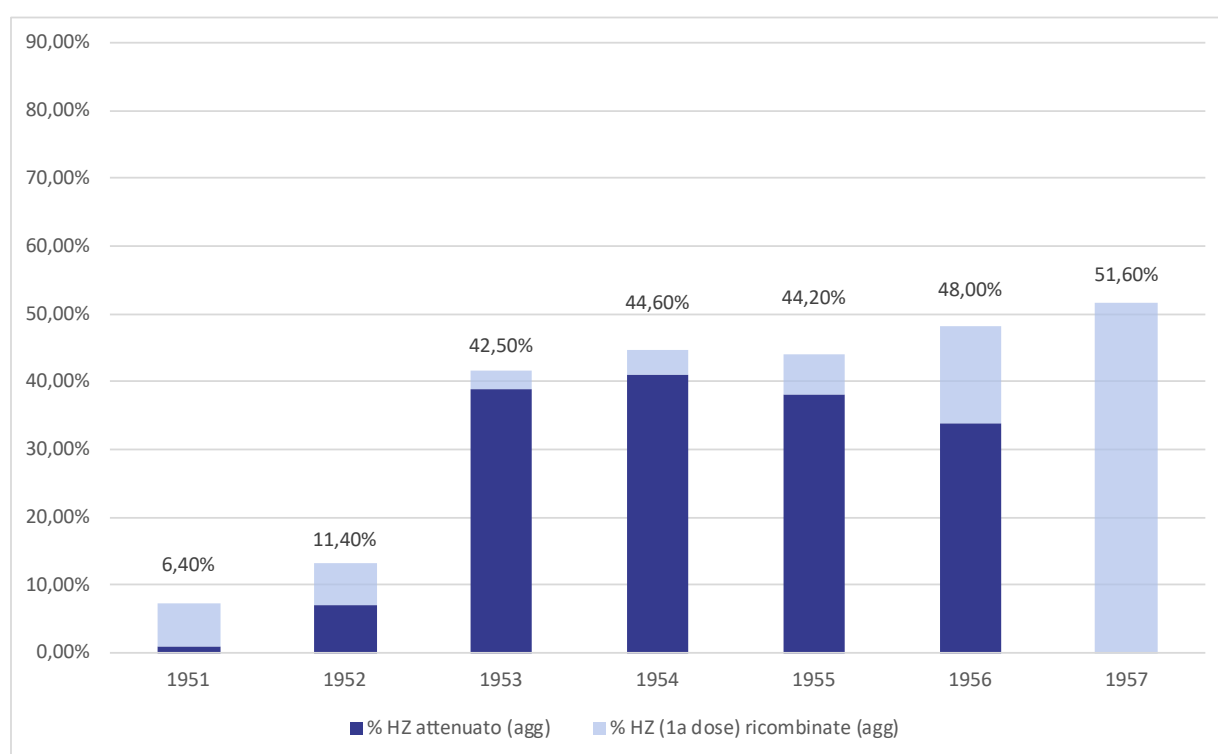
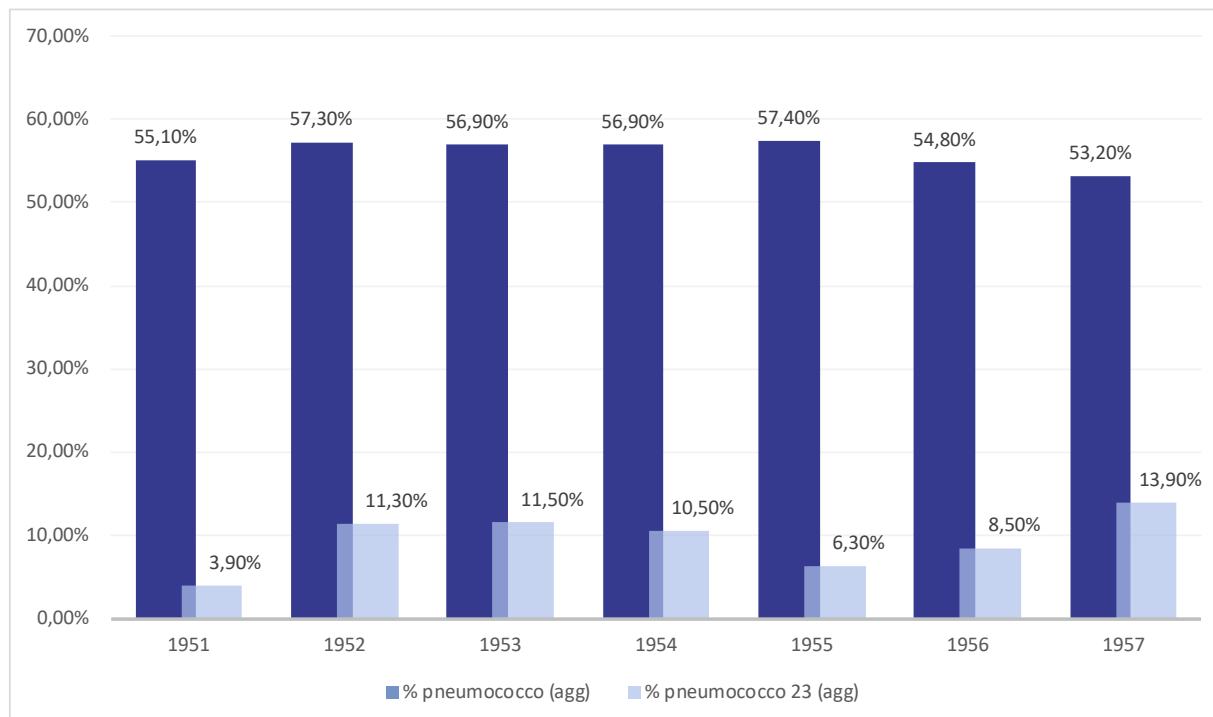


Figura 3: Coperture vaccinali per Pneumococco coniugato e Pneumococco 23valente. Coorti 1951-1957, dati al 15/04/2023



In Tabella 1, invece, ritroviamo le coperture distinte per AULSS di appartenenza.

Tabella 1: Coperture vaccinali per Herpes Zoster ricombinante (1a e 2a dose), Pneumococco coniugato, Pneumococco 23valente, Tetano (1a dose), Pertosse (1a dose). Coorte 1957, per Azienda Ulss, dati al 31/12/2022

Ulss\Vaccino	HerpesZoster ricombinante 1a dose	HerpesZoster ricombinante 2a dose	Pneumo-cocco 1a dose	Pneumo-cocco 23	Tetano almeno 1 dose	Pertosse almeno 1 dose
01 - Dolomiti	57,3%	38,8%	58,3%	0,8%	62,9%	3,9%
02 - Marca Trevigiana	57,4%	50,4%	60,0%	0,8%	77,4%	34,6%
03 - Serenissima	18,6%	14,6%	21,9%	10,5%	49,6%	17,8%
04 - Veneto Orientale	51,4%	0,4%	51,3%	1,0%	57,8%	14,5%
05 - Polesana	60,4%	57,0%	62,9%	1,3%	42,0%	9,4%
06 - Euganea	58,7%	55,1%	60,0%	28,8%	50,8%	28,7%
07 - Pedemontana	52,0%	46,4%	53,8%	1,5%	41,8%	11,2%
08 - Berica	40,3%	35,4%	41,5%	34,2%	26,1%	6,0%
09 - Scaligera	56,7%	50,8%	58,7%	4,8%	52,3%	32,0%
Regione	50,2%	42,4%	52,2%	11,5%	52,9%	22,6%

AUSL di Bologna-Regione Emilia-Romagna

In Emilia-Romagna la campagna rivolta ai sessantacinquenni è iniziata nel 2017, invitando le persone nate nel 1952. Per questo chi è nato tra il 1952 e il 1958 e non è ancora stato vaccinato contro le malattie raccomandate può effettuare la vaccinazione gratuitamente. Per chi è nato prima del 1952 queste vaccinazioni sono possibili a pagamento, con la formula della co-partecipazione alla spesa. Sono invece gratuite per chi è maggiormente a rischio a causa di specifiche condizioni patologiche. A livello regionale, la responsabilità dell'organizzazione dell'offerta vaccinale rivolta all'anziano è affidata ai Dipartimenti di Prevenzione, mentre la somministrazione è affidata ai MMG per quanto concerne la vaccinazione antinfluenzale, ai Dipartimenti di Prevenzione per quel che riguarda la vaccinazione anti-herpes zoster e sia ai MMG che ai Dipartimenti per la vaccinazione anti-pneumococcica. Nell'anno in cui si compiono i 65 anni, tutti gli assistiti dell'Azienda USL di Bologna vengono invitati a effettuare alcune vaccinazioni per proteggersi dalle malattie tipiche di questa età. Ricevono, infatti, dalla loro Azienda Sanitaria e tramite il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una lettera di invito contenente delle semplici informazioni relative alle 2 malattie prevenibili con vaccinazione e spiegazioni sulla modalità di prenotazione per vaccinarsi contro lo pneumococco e contro l'herpes zoster. Viene quindi specificata la modalità di prenotazione che può avvenire tramite

- Tutti gli sportelli CUP
- Al numero verde 800 88 48 88
- su <https://www.cupweb.it>

Attraverso questi canali è possibile prenotare un appuntamento presso uno degli ambulatori vaccinali del Dipartimento di Prevenzione dislocati sul territorio, che garantiscono aperture giornaliere sia di mattina che di pomeriggio, dal lunedì al venerdì. Nella lettera viene data anche indicazione di rivolgersi al proprio medico di medicina generale per maggiori informazioni, chiarendo che la vaccinazione contro lo pneumococco può essere effettuata anche presso il proprio MMG, previo accordo⁽²⁰⁾. Nel caso l'utente non si presenti all'appuntamento, è previsto un sistema di recall sempre tramite il FSE. I dati vengono registrati su un'anagrafe informatizzata.

Uno dei punti di forza della strategia di chiamata attiva della Regione Emilia-Romagna, è che essa è accompagnata da una importante campagna di comunicazione da parte della Regione e delle singole AUSL. La AUSL Bologna, infatti, attraverso una locandina informa la popolazione sessantacinquenne che ha diritto a due vaccinazioni importanti per proteggere la propria salute comunicando di controllare il proprio fascicolo sanitario all'interno del quale troverà la lettera di invito o di consultare il sito web dell'azienda sanitaria nella sezione dedicata ai vaccini per gli adulti. Importante a livello comunicativo è sicuramente la pagina Facebook dell'Azienda Sanitaria, sempre aggiornata sulle campagne e iniziative sanitarie rivolte alla popolazione. Tutta la campagna vaccinale è altresì sostenuta e incentivata dalle associazioni e dai sindacati per anziani e dagli ordini dei farmacisti e dei medici che ricevono una lettera informativa circa la campagna vaccinale rivolta agli ultrasessantacinquenni. Anche in questa lettera, viene chiarito che la vaccinazione anti-pneumococcica può essere effettuata anche presso gli ambulatori dei medici di medicina generale e si ricorda che le vaccinazioni anti-herpes zoster e anti-pneumococcica possono essere effettuate nella stessa seduta, senza dover rispettare alcuna distanza di tempo tra queste e altre vaccinazioni, come l'antinfluenzale o anti-Covid.



65 ANNI

È IL MOMENTO GIUSTO PER PROTEGGERTI

Non aspettare!
Vaccinati contro il fuoco di Sant'Antonio e lo pneumococco

Dopo i 65 anni il rischio di avere queste malattie aumenta con l'avanzare dell'età.

Per questo viene offerta la vaccinazione gratuitamente al compimento dei 65 anni, a partire dai nati nel 1952.

Controlla il tuo **Fascicolo Sanitario Elettronico**, troverai una lettera con tutte le informazioni oppure visita il sito web www.ausl.bologna.it nella sezione dedicata ai **Vaccini per gli adulti**.

Non è possibile avere un quadro regionale delle coperture vaccinali nell'anziano, tranne che per l'antinfluenzale. Considerando, però, le coperture vaccinali raggiunte dalla AUSL di Bologna, sicuramente queste sono abbastanza soddisfacenti considerato l'andamento nazionale e si aggirano, per la coorte del 1957, a circa il 45% per la vaccinazione anti-pneumococcica e a circa il 30% per quella anti-herpes zoster.

Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - Regione Friuli-Venezia Giulia

Secondo la Delibera della giunta regionale n. 1549 del 6 ottobre 2023, le vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente all'anziano sono indicate nell'Allegato A⁽²¹⁾ di seguito riportato:

ALLEGATO ALLA DELIBERA N1549 DEL 6 OTTOBRE 2023

AGGIORNAMENTO DELL'OFFERTA VACCINALE PER ADULTI, ANZIANI E SOGGETTI A RICHIO NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Le **vaccinazioni previste per l'adulto e l'anziano** come offerta attiva e gratuita, salvo diversamente indicato, sono schematizzate nella tabella seguente.

Vaccino	Età (Anni)		
	18-49	50-64	65
Difterite-tetano-pertosse (dTpa)	1 dose booster ogni 10 anni		
Morbillo Parotite Rosalia / Morbillo Parotite Rosalia Varicella	2 dosi		
Varicella	2 dosi		
Influenza	1 dose annuale		
Pneumococco polisaccaridico 23 valente (PPSV23)	1 dose		
Pneumococco coniugato 20-valente (PCV20)	1 dose		
Meningococco tetravalente coniugato (MenACWY)	2 dosi		
Meningococco B	2 dosi		
Haemophilus influenzae tipo B (Hib)	1 dose		
Epatite B	3 dosi		
Epatite A	2 dosi		
Encefalite da zecca (TBE)	3 dosi e richiami		
Papillomavirus (HPV)	3 dosi		
Herpes Zoster Virus (HZ) glicoproteico adiuvato	2 dosi		

A livello regionale, il servizio a cui è affidata la responsabilità dell'offerta delle vaccinazioni dell'adulto è il Dipartimento di Prevenzione che vaccina in collaborazione con i MMG contro l'influenza e lo pneumococco, mentre la vaccinazione contro l'Herpes Zoster è gestita dagli operatori del Dipartimento di Prevenzione. La chiamata attiva, in carico sia ai Dipartimenti di Prevenzione che ai MMG, è prevista per tutti i vaccini destinati all'anziano e alle coorti di nascita secondo quanto previsto dal PNPV. Per le coorti precedenti che non sono state vaccinate è prevista l'offerta gratuita su richiesta dell'interessato. L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine ha implementato un sistema di invito a 3 livelli:

- Invio lettera di chiamata attiva con i dettagli sui benefici della vaccinazione;
- Istituzione di un servizio di call-center per ricontattare i destinatari della lettera di invito (per confermare data e fornire informazioni aggiuntive);
- Possibilità di contatto telefonico diretto con i Centri vaccinali per necessità educazionali.

La seduta vaccinale potrà svolgersi o dal MMG o presso gli ambulatori dei Dipartimenti di Prevenzione, a cui accedere previa prenotazione dal lunedì al venerdì, sia la mattina che il pomeriggio. Non è previsto un sistema di promemoria dell'appuntamento vaccinale, né è previsto un sistema di richiamo per chi non si presenta all'appuntamento. I dati relativi alle somministrazioni vengono registrati su un'anagrafe informatizzata e sul software gestionale del medico di assistenza primaria riversato nell'anagrafe vaccinale informatizzata. Non avendo a disposizione dei dati di copertura vaccinale, possiamo solo fare riferimento a quelli comunicati dall'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale e relativi alla coorte del 1957: 53% per l'influenza, 25% per lo pneumococco e 34% per l'herpes zoster.

ASP Reggio Calabria - Regione Calabria

Il Calendario Vaccinale della Regione Calabria, relativamente alle vaccinazioni degli anziani, al di là della vaccinazione antinfluenzale che è proposta a partire dal 60° anno di età, prevede al 65° anno la vaccinazione anti-pneumococcica seguita a distanza di almeno 2 mesi da PPV23 + vaccino anti-zoster RZV a due dosi e, al compimento del 70° anno, le stesse vaccinazioni se non effettuate al 65° anno, oltre al richiamo anti-dtp ogni 10 anni. A livello regionale, il servizio a cui è affidata la responsabilità dell'offerta delle vaccinazioni dell'adulto è il Dipartimento di Prevenzione, mentre la responsabilità della somministrazione è condivisa tra il Dipartimento di Prevenzione e MMG. È opinione condivisa infatti che i MMG dovrebbero essere pienamente coinvolti sia nella promozione delle vaccinazioni, laddove le stesse venissero effettuate nei centri Vaccinali, sia nell'esecuzione diretta delle vaccinazioni presso il proprio ambulatorio, sia nell'individuazione dei soggetti a rischio (diabetici, cardiopatici, affetti da patologie polmonari o renali o ematologiche o reumatologiche o oncologiche) che rappresentano, insieme ai soggetti vaccinabili per età anagrafica, una larghissima fascia di popolazione attualmente quasi del tutto priva di vaccinazioni adeguate. La vaccinazione contro l'herpes zoster è stata inserita nel calendario regionale già a partire dal 2015, nella stessa modalità di offerta attuale. La ASP di Reggio Calabria ha voluto sperimentare una strategia di campagna vaccinale per l'anziano, certa che un ruolo fondamentale nella buona adesione della popolazione sia rappresentato dalla "chiamata attiva" da parte dei centri vaccinali che, disponendo di elenchi anagrafici ricavati dai vari sistemi interni all'Azienda Sanitaria, possono invitare alla vaccinazione gli aventi diritto per età anagrafica⁽⁷⁾, convocandoli attraverso l'invio di inviti scritti. La strategia a due coorti adottata dalla ASP di Reggio Calabria (65enni e 70enni), inoltre, ha un razionale importante: vaccinando i sessantacinquenni, dopo cinque anni la coorte dei settantenni sarà parzialmente già vaccinata, semplificando l'attività, ma l'appuntamento sarà mantenuto per recuperare quelli non vaccinati cinque anni prima. I non responder alla prima convocazione saranno dunque chiamati una seconda volta cinque anni dopo, dando loro una "seconda occasione". In questo modo, è stato garantito il mantenimento del diritto: il vaccinando facente parte delle coorti di chiamata mantiene il diritto anche se non risponde subito alla convocazione, ma si presenta in seguito: quindi, inevitabilmente, nel corso degli anni si vaccineranno anche soggetti in età intermedia tra 65 e 70 anni e qualche ultrasessantenne, perché hanno conseguito il diritto alla vaccinazione. L'invio della convocazione mediante lettera ha sicuramente prodotto interessanti effetti di comunicazione perché ha creato un ulteriore collegamento con i MMG che, quasi sempre, vengono chiamati in causa dai propri pazienti con richieste di chiarimenti e di consigli sul da farsi. Non solo, con questa strategia si è ottenuto un effetto di comunicazione di massa attraverso la lettura da parte di tante persone dell'invito e si è innescato un "passa parola" tra anziani che, pur essendo quasi tutti ormai fuori dal mondo del lavoro, fanno parte di associazioni, di comunità e hanno amici e parenti che si interrogano sul perché anche a loro non sia stata offerta la vaccinazione. Nell'esperienza della ASL di Reggio Calabria, in un periodo compreso tra febbraio 2016 e dicembre 2017, sono state inviate 7.490 lettere di invito a persone di 65 anni e 6.179 lettere di invito a persone di 70 anni. I tassi di adesione sono stati soddisfacenti in entrambe le coorti: livelli così elevati di copertura vaccinale per HZ e PCV13 non erano mai stati raggiunti prima nella Regione e sono tuttora tra i più alti d'Italia. Tuttavia, il risultato principale è stato senza dubbio il tasso significativamente elevato di PCV13 e HZ in co-somministrazione (tabella 1). I due vaccini sono stati co-somministrati in un totale di 2.811 individui: per individui nella coorte di 65 anni, coloro che hanno ricevuto HZ il vaccino (n = 1.693) hanno ricevuto anche il PCV13 (n = 1.617) nel 95,5% dei casi; per la coorte di 70 anni, coloro che hanno ricevuto il vaccino HZ (n = 1.281) hanno ricevuto anche il PCV13 (n = 1.209) nel 94,4% dei casi. Questi tassi elevati supportano l'ipotesi riguardo l'effetto "carry-on" dei vaccini. L'adesione, invece, è variata dal 20% al 25% circa come mostrato nella tabella sottostante. Si è colta l'occasione per invitare l'anziano a effettuare successivamente il richiamo dtp o la vaccinazione primaria antitetanica con un effetto di "trascinamento" di una vaccinazione sull'altra. Questa esperienza ha rappresentato anche uno dei primi studi sulla co-somministrazione dei due vaccini in sicurezza: non sono stati, infatti, segnalati eventi avversi tra la popolazione coinvolta.

Table 1 Adherence to vaccination against HZ and PNO in the Reggio Calabria local health unit given the number of subjects in the corresponding cohort

Age, cohort (invitation letters sent out)	% Adhesion to HZ vaccine (n)	% Adhesion to PCV13 vaccine (n)	% Co-administration HZ-PCV13 (n)
65 years (7490)	22.6 (1693)	23.7 (1778)	95.5% (1617)
70 years (6179)	20.7 (1281)	25.6 (1457)	94.4% (1209)

Ad oggi questa strategia è ancora attiva in tutta la Regione Calabria, portando a un aumento importante delle coperture vaccinali sia per herpes zoster che per pneumococco rispetto al periodo in cui non si effettuava la chiamata attiva. Ad oggi, la CV per questi due vaccini per l'intera Regione è di circa il 25%. Si vaccina, quindi, sia presso i MMG che presso gli ambulatori dei Dipartimenti di Prevenzione che sono aperti tutti i giorni dal lunedì al venerdì, sia di mattina che di pomeriggio. È anche previsto il libero accesso. Le vaccinazioni vengono registrate in un sistema di anagrafe vaccinale. Le iniziative di comunicazione sono proposte dalla ASL.

Osservazioni e punti di forza delle strategie di chiamata attiva descritte

Alla luce di tutte le strategie esaminate sulla chiamata attiva alle vaccinazioni dell'anziano, possiamo concludere che, a prescindere dalla modalità e dalle peculiarità regionali e territoriali, tutte hanno dimostrato il raggiungimento di buone coperture vaccinali, anche se lontane dagli obiettivi previsti dal PNPV. Ciò rafforza l'idea che una strategia di chiamata attiva applicabile a ogni contesto territoriale sia necessaria al fine di incentivare e migliorare l'adesione degli ultrasessantacinquenni alle vaccinazioni cui hanno diritto. Ognuna delle strategie descritte presenta ovviamente delle caratteristiche che ne rappresentano dei punti di forza e che vanno sicuramente considerate per strutturare un modello universale di chiamata attiva applicabile ai diversi contesti nazionali. Non solo, sarebbe interessante costruirlo con delle parti intercambiabili al fine di dare la possibilità a ciascuna realtà di scegliere il modello più adatto al proprio contesto.

Dal "**Modello Veneto**" il fattore più rilevante che emerge è che la Regione può vantare un'anagrafe vaccinale dell'anziano efficiente attraverso cui essere aggiornati sulle coperture vaccinali e avere il riscontro dell'efficienza della campagna intrapresa. Importanti sono inoltre la comunicazione puntuale dell'appuntamento per la seduta vaccinale contenuta nella lettera della chiamata attiva il promemoria via sms inviato a due giorni dall'appuntamento.

Il "**Modello Emilia-Romagna**", nella sua strategia, supera l'invio cartaceo della lettera e utilizza sistemi più moderni di chiamata attiva, come quello dell'invio della lettera informatizzata sul Fascicolo Sanitario Elettronico. Importante la campagna comunicativa intrapresa per informare la popolazione e gli operatori sanitari sulla chiamata attiva alle vaccinazioni dell'anziano.

Nel "**Modello Friuli Venezia Giulia**", l'istituzione di un servizio di call-center per ricontattare i destinatari della lettera di invito (per confermare data e fornire informazioni aggiuntive) rappresenta sicuramente un punto di forza.

Nel "**Modello Calabria**" un'osservazione importante da fare, alla luce della loro esperienza, è che essendo l'organizzazione della chiamata attiva per gli anziani particolarmente gravosa, è importante utilizzare l'occasione della seduta vaccinale per praticare più vaccinazioni. Questo dimostra l'importanza della possibile co-somministrazione dei vaccini.

Fondamentale per tutti i modelli la cooperazione tra Dipartimenti di Prevenzione e Medici di Medicina Generale. Quelli che abbiamo esaminato, infatti, sono tutti modelli di chiamata attiva da parte dei Dipartimenti di Prevenzione, ma non va assolutamente sottovalutato o trascurato il ruolo dei MMG perché, soprattutto per la popolazione anziana, essi rappresentano i sanitari di riferimento. Una strategia di chiamata attiva da parte dei MMG darebbe sicuramente risultati ottimali.

Il Modello HappyAgeing di chiamata attiva alle vaccinazioni dell'anziano

Sulla base del lavoro realizzato, **HappyAgeing** propone un modello di chiamata attiva alle vaccinazioni dell'anziano che possa essere adottato dalle diverse realtà regionali al fine di incentivare l'adesione della popolazione ultrasessantacinquenne alle vaccinazioni, consapevoli anche del fatto che la chiamata attiva a tali vaccinazioni è un Livello Essenziale di Assistenza per cui ogni Regione ha il compito e il dovere di eseguirla. Sicuramente la grande eterogeneità presente al livello nazionale nelle organizzazioni, nelle risorse e nella programmazione delle attività vaccinali comporta difficoltà nel proporre e adottare uno strumento di chiamata attiva universale, per cui il nostro obiettivo è quello di presentare soluzioni interconnesse e intercambiabili al fine di "costruire" il modello più idoneo alla propria realtà, partendo dalle best practice esaminate in questo lavoro.

- **CHI** deve fare la chiamata attiva. Il Medico di Medicina Generale è la figura che può ottenere la migliore adesione da parte dei propri assistiti sfruttando a pieno le possibilità della chiamata attiva ed è l'unico in grado di identificare correttamente la popolazione da sottoporre a chiamata attiva. Ricordiamo infatti che nell'infanzia il criterio anagrafico è l'unico a definire la coorte di bambini oggetto di chiamata attiva; nell'adulto, invece, l'età è solo uno dei criteri per la definizione del fabbisogno vaccinale, a cui si aggiunge tutta una serie di considerazioni cliniche. Il Medico di Medicina Generale, quindi, è l'unico in grado di suddividere i pazienti in coorti che correttamente devono essere avviate a vaccinazione tramite chiamata attiva, in base all'età, alle comorbilità, alle condizioni di vita. La chiamata attiva, in questo modo, rappresenta una rete a maglie strette che avvia il paziente ad un percorso vaccinale completo e articolato. La collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Dipartimenti di prevenzione o Distretti Socio Sanitari può permettere di sviluppare le migliori strategie di chiamata attiva che si adattino al territorio, al vaccino e alla popolazione a cui viene proposto, affinché tutte le parti coinvolte lavorino nella stessa direzione consapevoli ciascuna del proprio ruolo rispetto a una determinata vaccinazione. Scopo di tale collaborazione sarà anche la definizione chiara e inopinabile dei criteri clinici e delle indicazioni alle vaccinazioni che siano condivisi da tutti gli operatori, in un progetto generale che consenta a tutti i cittadini un equo accesso ai programmi vaccinali dell'adulto. Fondamentale in questo contesto è il ruolo delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali che devono assumersi il compito di coordinare e definire le strategie di chiamata attiva alle vaccinazioni, monitorando l'andamento delle campagne vaccinali dei propri territori di competenza affinché esse avvengano secondo quanto programmato e quanto definito nei ruoli di ciascun attore e nel rispetto dei criteri di equità e uniformità.

- **COME** deve essere effettuata la chiamata attiva. Da sempre la chiamata attiva, lì dove presente, è stata e viene eseguita soprattutto utilizzando la lettera cartacea. Con l'evolversi della società e dei mezzi tecnologici a disposizione, crediamo che l'invio della lettera a casa, che comporta una serie di criticità, debba essere superata e che la chiamata attiva debba avvenire in una modalità più "smart" e più innovative. Lì dove è attivo e funzionante il Fascicolo Sanitario Elettronico, la modalità vincente potrebbe essere quella di inviare l'invito alla vaccinazione tramite lettera informatizzata sul FSE, preceduta magari dall'invio di un sms personale all'utente che lo avvisi che sul suo fascicolo potrà trovare la lettera informativa circa le vaccinazioni a cui ha diritto. Non solo, l'esperienza in Veneto dimostra che è importante indicare un giorno preciso per la seduta vaccinale (fornendo un numero di telefono o una e-mail da contattare per eventuale disdetta o cambio data) ed è importante, soprattutto, a prescindere da come avvenga la chiamata attiva, pensare a un sistema di promemoria (ad esempio tramite sms) un paio di giorni prima l'appuntamento.

Lì dove, invece, il FSE non è stato implementato, la chiamata attiva può avvenire tramite invio di sms o di e-mail (a seconda del contatto che si ha a disposizione) che contenga, nel testo stesso, l'invito alla vaccinazione o che rimandi a un link contenente informazioni relative alle vaccinazioni. Il contenuto deve essere semplice e chiaro: i messaggi da veicolare alla popolazione devono portare le persone a vaccinarsi sulla base di motivazioni semplici e pratiche, non di ragionamenti complessi e di difficile comprensione. Il testo dell'sms o della e-mail riporterà il link ad una agenda elettronica dove effettuare personalmente ed in piena autonomia la prenotazione per eseguire la vaccinazione: ove possibile presso l'ambulatorio del MMG, oppure presso gli ambulatori dei dipartimenti.

Un aspetto importante è la "personalizzazione della chiamata attiva". Pensiamo alla campagna antinfluenzale: a livello della popolazione, la comunicazione in tema di vaccinazione antinfluenzale è sempre stata aspecifica. Ogni anno, i giornali e la televisione informano i cittadini che sta per partire la campagna vaccinale antinfluenzale, raccomandando la vaccinazione a una popolazione molto ampia, in cui il soggetto fatica a riconoscersi e collocarsi. Tuttavia, anche se l'influenza può colpire chiunque indipendentemente dall'età e dalla presenza o assenza di comorbidità, la vaccinazione antinfluenzale non ha uguale importanza per tutti. I soggetti sui quali l'impatto dell'influenza è più pesante e per i quali la vaccinazione è più importante, ossia gli over 65 e quelli con patologie croniche di base, devono avere un percorso di avvicinamento alla vaccinazione diverso da quello del resto della popolazione. La personalizzazione della chiamata e del messaggio, che ha rappresentato uno dei principali elementi che hanno contribuito al successo della vaccinazione anti-COVID, deve essere estesa anche a tutte le altre vaccinazioni dell'adulto. La ASL Taranto, per esempio, sta per intraprendere uno studio pilota sulla chiamata attiva alle vaccinazioni dell'anziano e ha voluto puntare proprio sulla personalizzazione del contenuto, inviando un sms il giorno del compimento dei 65 anni, augurando buon compleanno e informando che proprio in virtù dell'età si ha diritto a delle vaccinazioni che proteggerebbero verso alcune malattie infettive importanti. Fondamentale, inoltre, nel messaggio, è sottolineare il ruolo dei MMG: lì dove la vaccinazione può anche essere eseguita da loro, è importante comunicarlo ai cittadini. Nelle realtà, invece, in cui le vaccinazioni dell'anziano sono di esclusiva pertinenza degli uffici vaccinali delle aziende sanitarie, la popolazione deve comunque essere informata che può rivolgersi al proprio MMG per chiarimenti o informazioni/consigli sui vaccini proposti. Come ci insegna l'esperienza calabrese, poi, è importante proporre la co-somministrazione dei vaccini.

A proposito di personalizzazione di chiamata attiva, nulla è più personale di una comunicazione, tramite SMS o sistemi di messaggistica istantanea o e-mail, inviata dal proprio medico di fiducia, come dimostrato da tutte le esperienze sugli screening oncologici che risultano ad alto impatto sulla popolazione quando il MMG è integrato nel team sanitario. Inoltre, il MMG è medico "delle famiglie", con un effetto virtuoso che coinvolge contemporaneamente tante generazioni che possono vicendevolmente rinforzarsi nella volontà di proteggere la salute dei propri cari tramite vaccino.

- **QUANDO e DOVE** vaccinare. Tutte le vaccinazioni che possono essere effettuate presso l'ambulatorio del MMG saranno qui eseguite, previo appuntamento tramite agenda online. Questo presuppone naturalmente la fornitura e lo stoccaggio dei vaccini negli ambulatori dei MMG. È fondamentale che il cittadino possa vaccinarsi presso lo studio del suo MMG, ambiente sicuramente più familiare e più conosciuto per l'utente.

È indispensabile coordinare le attività vaccinali degli ambulatori del Dipartimento/Distretto con quelle dei MMG, al fine di fornire al cittadino informazioni su tutti i punti vaccinali disponibili, sugli orari di apertura e sulle modalità di accesso. Trattandosi di popolazione anziana, sarebbe importante creare una rete quanto più capillare possibile di ambulatori per creare quella prossimità necessaria a una maggiore adesione ai programmi vaccinali.

Un gran numero di vaccinazioni dell'anziano sarà eseguito al domicilio di pazienti che per motivi vari sono impossibilitati a raggiungere l'ambulatorio del MMG o i punti vaccinali. A questi pazienti si aggiungono anche i residenti in RSA e alcune popolazioni "speciali" che possono sfuggire alle chiamate attive dei MMG: pazienti senza tetto o migranti irregolari od ospiti di strutture di accoglienza per migranti. Si tratta di gruppi di pazienti di numerosità anche rilevante in alcune aree geografiche e proprio su di loro sarebbe indispensabile l'intervento dei Dipartimenti, uniche strutture in grado di censirli e garantirne l'accesso alle vaccinazioni.

In quelle realtà territoriali dove si riscontra, invece, una carenza di MMG e dove i Dipartimenti/Distretti non riescono a sopperire ai bisogni della popolazione di riferimento, si potrebbe pensare al ruolo complementare che potrebbero assumere le farmacie nella somministrazione delle vaccinazioni a questa fascia di età, sotto la responsabilità di personale medico. L'esperienza del Covid, infatti, ma anche diverse esperienze di campagne vaccinali antinfluenzali, ci hanno dimostrato che vaccinare in farmacia rappresenta una buona opportunità per accrescere le coperture vaccinali, grazie alla presenza capillare delle farmacie sul territorio e alla possibilità di offrire alla popolazione più ampie aperture orarie.

Ogni periodo dell'anno è utile per vaccinare l'anziano: è necessario superare il concetto della stagionalizzazione dei vaccini solo perché la vaccinazione antipneumococcica e anti-herpes-zoster, nella maggior parte delle esperienze attuali, vengono proposte durante la stagione influenzale insieme alla vaccinazione contro l'influenza. Per questo, la chiamata attiva deve essere fatta sempre, seguendo una programmazione per coorte di nascita.

La chiamata attiva, a prescindere da come venga poi eseguita, non può essere vincente se non è accompagnata da un'efficiente campagna di comunicazione che avvenga attraverso diversi canali e che coinvolga tutte le figure che ruotano intorno alla popolazione di riferimento. All'interno di questa rete, il MMG rappresenta il pilastro principale, ma è fondamentale la collaborazione di diverse figure professionali, ivi compresi farmacisti, specialisti, infermieri, medici territoriali. Le farmacie possono essere un punto nevralgico di informazione e concorrere ad attuare una chiamata generale attraverso l'affissione di cartelloni o l'esibizione di opuscoli, infografiche, depliant o altro materiale cartaceo. L'attività vaccinale sarebbe indubbiamente facilitata se lo specialista, che per le categorie a rischio rappresenta la figura più autorevole e di cui ci si fida maggiormente, supportasse e rinforzasse le campagne vaccinali. Infine, le associazioni di pazienti, le associazioni di cittadini e le società miste scientifiche/di pazienti dovrebbero essere coinvolte per l'implementazione della chiamata attiva perché, anche grazie alla loro presenza capillare sul territorio e ai loro canali sociali, possono assumere un ruolo centrale per incentivare la popolazione anziana a rispondere positivamente alla chiamata attiva alle vaccinazioni.

Bibliografia

1. World Health Immunization (WHO). Vaccines and immunization; 2013 [accessed 2021 April 7].
2. Napolitano F, Della Polla G, Capano MS, Augimeri M, Angelillo IF. Vaccinations and chronic diseases: knowledge, attitudes, and self-reported adherence among patients in Italy. *Vaccines (Basel)*. 2020;25(8):560. doi:10.3390/vaccines8040560;
3. Doherty M, Schmidt-Ott R, Santos JI, Stanberry LR, Hofstetter AM, Rosenthal SL, Cunningham AL. Vaccination of special populations: protecting the vulnerable. *Vaccine*. 2016;34:6681-90. doi:10.1016/j.vaccine.2016.11.015;
4. Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019.
5. Ministero della Salute. Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025
6. <https://www.epicentro.iss.it/influenza/coperture-vaccinali>
7. Giuffrida S. Calabria: a successful experience implementing Herpes Zoster vaccination strategies. *Aging Clin Exp Res*. 2019 Mar;31(3):421-423
8. Raffaele Antonelli Incalzi, Roberto Bernabei, Paolo Bonanni, Michele Conversano, Fiona Ecarnot, Giovanni Gabutti, Stefania Maggi, Diana Paolini, Position Paper I vaccini dell'adulto e dell'anziano: conoscerli per promuoverli. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. 2021.
9. Happy Ageing, "Vaccinazioni dell'adulto/anziano nella stagione 2021/22". 2022
10. Vincenzo Baldo, Paolo Bonanni, Silvia Cocchio, Alberto Fedele, Lorenzo G. Mantovani, Federico Mereta, Alessandro Rossi. Il ruolo della chiamata attiva nella vaccinazione antinfluenzale per soggetti di età ≥ 65 anni e soggetti a rischio analisi dello scenario nazionale sulle vaccinazioni antinfluenzali stagionali. Edizioni Edra. 2023
11. Fondazione Smith Kline. Rapporto di Prevenzione 2015
12. G. Szilagyi, C. Bordley, J. C. Vann, A. Chelminski, R.M. Kraus, P. A. Margolis, and L. E. Rodewald, "Effect of patient reminder/recall interventions on immunization rates: A review.", *JAMA*, vol. 284, no. 14, pp. 1820-7, Oct. 2000.
13. C. Jacobson Vann and P. Szilagyi, "Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates.", *Cochrane database Syst. Rev.*, no. 3, p. CD003941, Jan. 2005.
14. G.E. Calabrò, G. Iacardi, P. Bonanni, G. Gabutti, F. Vitale, C. Rizzo, A. Cicchetti, A. Staiano, F. Ansaldo, A. Orsi, C. De Waure, D. Panatto, D. Amicizia, F. Bert, A. Villani, R. Ieraci, M. Conversano, C. Russo, F. Rumi, S. Scotti, T. Maio, R. Russo. M. Vaccaro, R. Siliquini, W. Ricciardi. Vaccinazione antinfluenzale e value based health care: soluzioni operative per la tutela della salute pubblica. *J PREV MED HYG* 2022; 63 (SUPPL. 2): E1-E80
15. Cittadinanzattiva, Vaccinazione pneumococcica nell'adulto: proposte per un accesso equo e consapevole. Roma, 2022.
16. Levi M, Bonanni P, Biffino M, et al. Influenza vaccination 2014–2015: Results of a survey conducted among general practitioners in Italy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2018;14(6):1342-1350.
17. Tabacchi G, Costantino C, Cracchiolo M, et al. Information sources and knowledge on vaccination in a population from southern Italy: The ESCULAPIO
18. Regione Veneto. Allegato A-DGR n. 1575 del 11 novembre 2021
19. <https://www.vaccinarsinveneto.org/assets/uploads/files/13/rapporto-attivita-vacc-adulti2022.pdf>
20. <https://www.ausl.bologna.it/cit/vaccini/i-vaccini-adulti/per-65enni>
21. <https://tinyurl.com/Delibera-231-2023>



HAPPYAGEING

ALLEANZA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO