

**Prossimità e organizzazione  
delle cure: la medicina generale  
di domani tra demografia e cronicità**

# **IL NUOVO PNPV: UNA SFIDA PER IL TERRITORIO**

*PASQUALE IZZO*

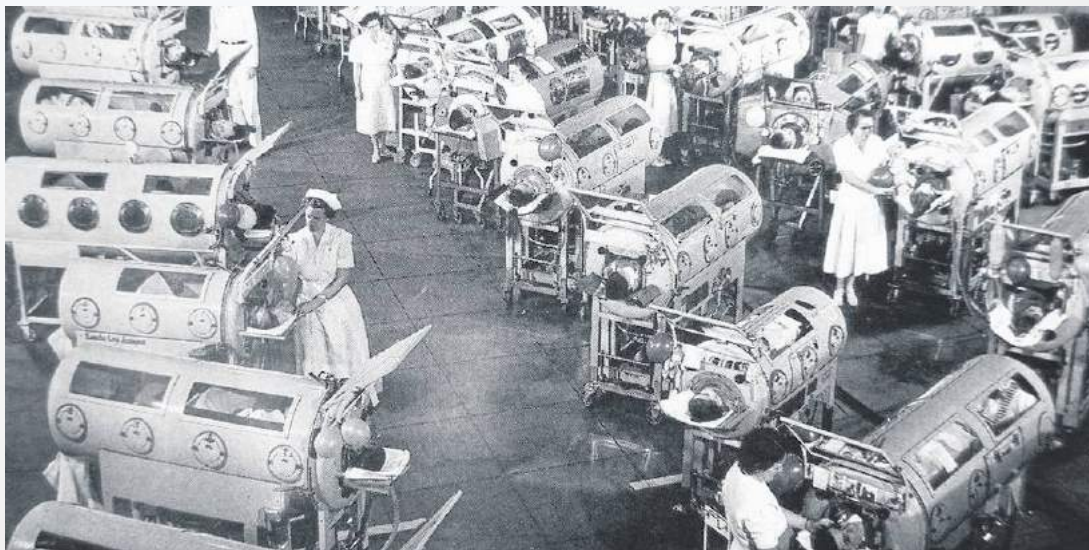
**76° CONGRESSO  
NAZIONALE**

**7-12 ottobre 2019**  
Tanka Village - Villasimius (CA)

**FI&MG**  
Federazione Italiana  
Medici di Territorio

**Meis**  
Società Italiana di Medicina  
Generale e Cure Primarie

# Accadeva tempo fa.....



Il polmone d'acciaio per tenere in vita i malati di polio.



Una vittima della polio che aiuta a raccogliere soldi per il "March of Dimes" un fondo per la ricerca sulla prevenzione della polio.





# Accade oggi...



**3 I dati dell'Organizzazione mondiale della sanità**

## Il morbillo minaccia l'Europa: in 6 mesi 41 mila contagi e 37 morti

di Margherita De Bac

**41** mila bambini e adulti contagiati nei primi 6 mesi del 2018 nell'Ue

**37** i morti registrati nei primi sei mesi del 2018 nell'Ue (Oms)

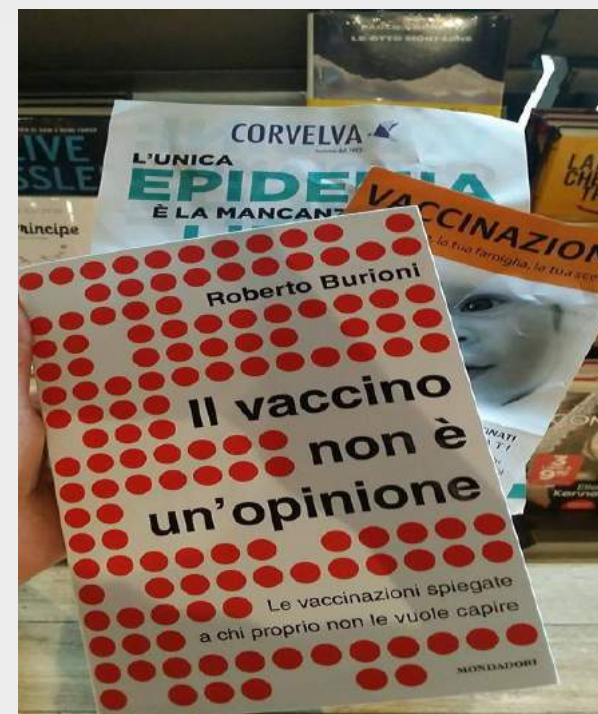
**2.029** i casi di contagio in Italia nei primi sei mesi 2018

Non si cura delle polemiche italiane, il morbillo. Ma continua a minacciare l'Europa. Nei primi sei mesi del 2018 il virus ha già contagiato oltre 41 mila bambini e adulti, 37 i morti, viene segnalato nell'ultimo bollettino dell'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità. Zsuzsanna Jakab, direttore regionale per il continente europeo, chiede ai governi di «attuare immediatamente misure ampie e adeguate». Il numero massimo dei casi si è avuto nel 2017 e la situazione è critica tutt'oggi. L'Italia è uno dei sette Paesi che hanno superato i mille contagi (è a quota 2.029 casi). Il richiamo dell'Oms cade in un momento critico per noi. Le strategie vaccinali potrebbero cambiare strada e viaggiare in senso opposto all'obbligo di dieci profilassi per l'ingresso a scuola introdotto nell'agosto del 2017 dal governo Renzi. Lo scorso agosto la ministra Giulia Grillo, pur ribadendo il suo netto favore ai vaccini, ha prorogato di un anno il meccanismo dell'autocertificazione. Potrà entrare anche il bambino sprovvisto di certificati Asl, purché le famiglie attestino che ha ricevuto le dosi necessarie per essere in regola. Non è la caduta dell'obbligo, ma un ammorbidimento sì. Le intenzioni dell'attuale Parlamento sembrano però andare oltre: in arrivo l'emendamento al decreto Milleproroghe che posticipa al prossimo anno scolastico l'applicazione di sanzioni alle famiglie inadempienti, disinnescando il principio. Se ne riparla a settembre, col ritorno del provvedimento alla Camera. Poi c'è un ddl appena incardinato da Lega

### Il 2018 dell'Italia

Il nostro Paese è tra i 7 dove sono stati superati i mille contagi: siamo a 2.029 casi e M5S che propone di modulare l'obbligo in base alle emergenze locali. A giugno anche il Centro europeo per il controllo delle malattie infettive dava l'Italia ai primi posti per numero di casi. Questo perché la copertura della vaccinazione è lacunosa: soltanto quattro Paesi hanno raggiunto la soglia-scudo del 95 per cento. Noi, secondo i dati relativi al 2017, siamo al 91,68 per cento, con punte più basse del 90 in alcune regioni.

21/8/2018 © RIPRODUZIONE RISERVATA





# DIFENDITI



**NON FARTI INFLUENZARE  
VACCINATI E PROTEGGI  
LA SALUTE DI TUTTI!**



**CAMPAGNA VACCINO ANTINFLUENZALE  
dal 5 novembre 2018**

**Questo è Luca.  
Lui è immunodepresso e  
non può fare certi vaccini.  
Ma grazie all'immunità di gregge  
è protetto dalla maggioranza delle malattie.**



**Vaccinando non stai  
solo proteggendo te stesso e  
i tuoi figli, ma anche chi  
non può esser vaccinato.**



# 0

## Obiettivi PNPV

Nel Pnpv 2017-2019 sono state individuate 5 priorità:

A.

mantenere lo stato *Polio free*

B.

perseguire gli obiettivi del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc)

C.

garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni

D.

prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e con bassa copertura vaccinale (anagrafe)

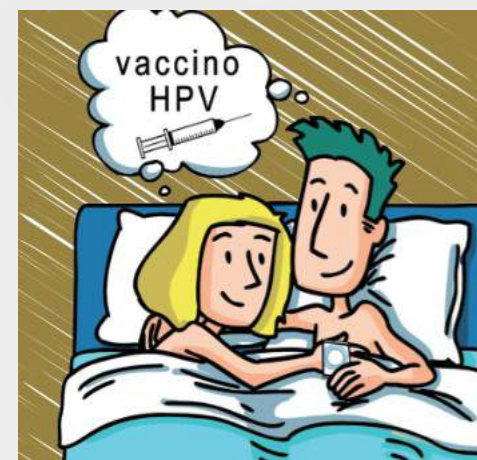
E.

elaborare un piano di comunicazione istituzionale

# Vaccinazioni di nuova introduzione con l'obiettivo di copertura



Fascia di età	Vaccinazioni	Obiettivo di copertura vaccinale		
		2017	2018	2019
I anno di vita	Meningo B	≥60%	≥75%	≥95%
	Rotavirus	≥60%	≥75%	≥95%
II anno di vita	Varicella (1° dose)	≥60%	≥75%	≥95%
5-6 anni di età	Varicella (2° dose)	≥60%	≥75%	≥95%
Adolescenti	HPV nei maschi 11enni	≥60%	≥75%	≥95%
	IPV	≥60%	≥75%	≥90%
	meningo tetravalente ACWY135	≥60%	≥75%	≥95%
Anziani	Pneumococco (PCV13+PPV23)	40%	55%	75%
	Zoster	20%	35%	50%



Tutti i vaccini contenuti nel nuovo Calendario del PNPV 2017-2019 sono stati inseriti nel DPCM di definizione dei nuovi LEA e quindi dovranno essere erogati gratuitamente ai nuovi nati.



# Vaccino antinfluenzale dal 5 novembre 2018

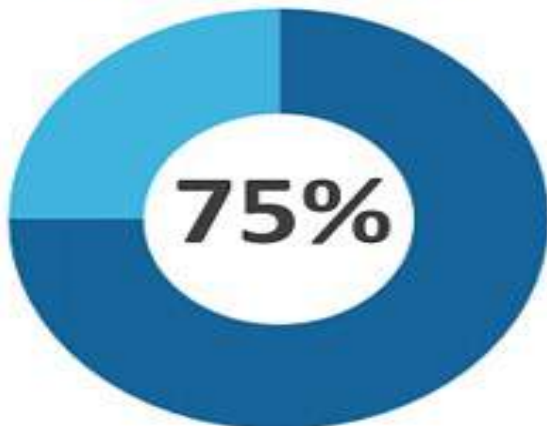
## Obiettivi di copertura vaccinale per l'influenza



• Per ridurre significativamente morbosità, complicanze e mortalità per **influenza**, è necessario raggiungere coperture vaccinali elevate nei gruppi di popolazione target, in particolare negli anziani con più di 65 anni e nei soggetti ad alto rischio di tutte le età.

### OBIETTIVI DI COPERTURA PER TUTTI I GRUPPI TARGET

Obiettivo minimo



Obiettivo ottimale



# 1

## Legislazione regione Campania

- DCA n. 2 del 23/01/2017 avente ad oggetto: Aggiornamento del calendario vaccinale della Regione Campania, che approva l'aggiornamento del calendario vaccinale della Regione Campania da introdurre progressivamente, in funzione delle priorità territoriali e delle condizioni epidemiologiche di riferimento;

### 1a

### DCA 99/2016

Oggetto: Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018. Particolare sensibilità viene richiesta alle ASL, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione, nella implementazione e nel sostegno alle attività vaccinali, che presentano in Regione Campania una flessione consistente, ben al di sotto della soglia LEA.

### 1b

### PRP Campania 2014-2018/2019

PRP 2014-2018: Piano regionale Prevenzione Campania, DCA 36/2016 di recepimento e integrazione del PRP, DCA 45/2018 di prolungamento del PRP per l'anno 2019.





# 1a

## DCA n.99 del 2016

Descrive l'area vaccinale pediatrica in questo modo:

L'area vaccinale pediatrica è affidata ai contesti UOMI.

Forte raccordo con il SEP necessario ed indispensabile per il buon andamento del percorso vaccinale.

Per garantire una protezione di massa alla popolazione campana:

A) Informazione, B) accoglienza, C) azioni di richiamo, D) coinvolgimento degli opinion leader locali, E) integrazione con l'attività dei PLS sono le strade da ripercorrere con nuovo entusiasmo

Informatizzazione del processo di chiamata e di registrazione che pone in capo al PLS una responsabilità condivisa nel caso di mancata vaccinazione.

offerta vaccinale omogenea sui Distretti

- Indirizzi e confronti con gli operatori dei Centri Vaccinali con riunioni periodiche e formazione continua degli operatori tramite Convegni e Corsi con il coinvolgimento dei PLS/MMG
- Incremento dell'adesione consapevole alle vaccinazioni con un piano di comunicazione e sensibilizzazione rivolto alla popolazione generale e gruppi a rischio; materiale informativo distribuito negli istituti scolastici e sale d'attesa
- Informatizzazione delle anagrafi vaccinali
- Valutazione annuale delle coperture vaccinali secondo i modelli ministeriali; tasso di rifiuto "motivato"



# 2

## Griglia LEA

28 settembre 2018 - Livelli essenziali di assistenza: 14 le Regioni adempienti nel 2016 in base alla "Griglia LEA"

16 le Regioni monitorate in base ai 33 indicatori della Griglia LEA 2016; nel periodo 2012-2016 il numero di regioni "adempienti" è altalenante e tendenzialmente in crescita

33 Indicatori  
ripartiti tra le  
seguenti aree

### Livello Prevenzione (12 indicatori) peso 5

- (3) Vaccinazioni: peso 1,5; (1) screening: peso 1
- (1) Controllo su stile di vita "fumo alcol obesità" : 0,6
- (1) Controllo della salute nei luoghi di lavoro: 0,4
- (3) Sanità veterinaria : 0,9; (3) Sicurezza alimentare : 0,6

### Livello distrettuale (14 indicatori) peso 10,9

- (2) Ricoveri malattie croniche (ruolo prevenzione): 1,18
- (1) Assistenza domiciliare integrata (ADI) : 2,35
- (7) Assistenza Residenziale anziani, disabili , terminali: 4,11
- (1) Assistenza farmaceutica distrettuale (PHT) : 0.5
- (1) Assistenza Specialistica distrettuale (R.M.): 0.59
- (1) Assistenza Salute Mentale : 1.17
- (1) Emergenze (118): peso: 1

### Livello ospedaliero (7 indicatori) peso 9,1

- Domanda
- Appropriatelyzza
- Efficienza
- Esiti

# 2+

## Valutazione Griglia

Per ogni indicatore ci sono quattro tipi di valutazione (il valore normale è l'obiettivo minimo richiesto)

1	VALORE NORMALE	9 punti
2	SCOSTAMENTO MINIMO	6 punti
3	SCOSTAMENTO RILEVANTE MA IN MIGLIORAMENTO	3 punti
4	SCOSTAMENTO NON ACCETTABILE	0 punti
5	DATO MANCANTE O PALESEMENTE ERRATO	- 1 punto

La somma dei prodotti dei pesi per i punti della classe in cui si colloca il valore dell'indicatore fornisce il punteggio finale che costituisce la valutazione globale della regione rispetto all'adempimento sul "mantenimento dei LEA".

I punteggi finali vengono poi suddivisi in 2 classi di valutazione:

<i>Valutazione</i>	<i>Intervallo del punteggio</i>
<b>Adempiente</b>	$\geq 160$ o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione $< 3$ )
<b>Inadempiente</b>	$< 140$ o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione $< 3$ )



## Tre indicatori nella griglia LEA riguardanti le vaccinazioni

- Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) “**esavalente**”
- Copertura vaccinale (%) nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (**MPR**)
- Copertura vaccinale (%) per vaccinazione **antinfluenzale** nell’anziano ( $\geq 65$  anni)

# Copertura vaccinale (vaccino esavalente -3dosi – nei bambini a 24 mesi)



Regione	2016					
	Polio	Difterite	Tetano	Pertosse	Epatite B	Hib
Campania	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7

**Valore normale**  
9

**Scostamento minimo**  
6

**Tutte  $\geq 95,0$  %**

**Tutte  $\geq 92$  %**

**Scostamento rilevante ma in  
miglioramento**  
3

**Scostamento non  
accettabile**  
0

Una  $< 92,0$  %

Più di una  $< 92,0$  %





# Copertura vaccinale (MPR - bambini a 24 mesi)



Regione	2014	2015	2016
Campania	83,7	80,8	83,8

**Valore normale**  
9

**Scostamento minimo**  
6

**$\geq 95,0\%$**

**92,0% - 94,9%**

**Scostamento rilevante ma in  
miglioramento**  
3

**Scostamento non  
accettabile**  
0

**$< 92,0\%$  e in aumento**

**$< 92,0\%$  e non in  
aumento**



# Copertura vaccinale (vaccino antinfluenzale – nell'anziano $\geq 65$ anni)



Regione	2014	2015	2016
Campania	52,9	52,8	56,7

<b>Valore normale</b> 9	<b>Scostamento minimo</b> 6
$\geq 75\%$	60% - 74,9%

<b>Scostamento rilevante ma in miglioramento</b> 3	<b>Scostamento non accettabile</b> 0
$< 60\%$ e in aumento	$< 60\%$ e non in aumento



# PNPV - una sfida per il territorio

3 Potenziare il ruolo del DISTRETTO



4 Ruolo dei Consultori  
materno - infantili



5 Compito delle aggregazioni funzionali  
territoriali dei MMG



6 I percorsi assistenziali con strategie  
di vaccinazione per i pazienti  
complessi nelle UCCP



3

## Potenziare il ruolo del DISTRETTO

Medicina proattiva

Presa in carico

Riorganizzazione cure  
primarie





INDIVIDUARE LE **CONDIZIONI DI  
RISCHIO DI MALATTIA** SU TUTTO  
IL TERRITORIO DI CURA



# RECEPIMENTO TERRITORIALE DEI PIANI DI PREVENZIONE



elementi distrattori di un BISOGNO e conflitto tra BISOGNI



bisogno di salute  
non percepito  
e non espresso

Disagio  
Culturale?



bisogno di salute  
che è percepito  
ma non espresso

Disagio  
economico?

# Individua aree di fragilità per farsi carico dei bisogni della popolazione tramite reti integrate

**Promuove percorsi di conoscenza diretta della popolazione** (svolge attività di prevenzione, campagne di informazione e sensibilizzazione agendo all'interno delle maglie del territorio).

**Svolge attività di monitoraggio e rendicontazione con indicatori specifici**, riportati dalla griglia LEA fornendo un'assistenza sostenibile.



# MODELLO PER LA "PRESA IN CARICO"

ACCESSO-ORIENTAMENTO

VALUTAZIONE M.D.

PRESA IN CARICO

VERIFICA

## IL PUNTO UNICO INTEGRATO (PUA)

- servizio permanente
- 2/3h die
- visione congiunta
- un operatore sanitario + uno sociale
- PUA ben connessa con step seguenti

**ACCESSO= PRIMA  
GARANZIA PER L'EQUITA'**

## LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE MULTIPROFESSIONALE (U.V.D)

definisce:

- Bisogni, azioni, obiettivi
- Percorsi integrati
- PDTA e PAI

## PRESTAZIONI Azioni/interventi in PDTA e PAI

SETTING:

Ospedale, Ambulatorio,  
Domicilio, Residenza

LEA

Assistenza Ospedaliera  
Assistenza Distrettuale  
prevenzione

## VERIFICA PERIODICA

- degli obiettivi
- dei risultati
- delle risorse
- degli esiti di salute

**GARANZIA DI EQUITA'  
DEGLI ESITI DI SALUTE  
(LEA)**





A.

Approccio orientato alla **valorizzazione della comunicazione interna e di apertura alla piazza.**



B.

**Lavori di gruppo e integrazione ...**  
multidisciplinarietà ...multiprofessionalità



C.



**Cure domiciliari:** farmaci, presidi e assistenza  
socio-sanitaria a casa del paziente

D.

Azione per il superamento delle resistenze  
locali tesa alla **ottimizzazione delle risorse.**



# Medicina proattiva



- Informazione/promozione: campagne di prevenzione e di incontro con il cittadino nei nodi della rete territoriale

- Programmazione: attori, tempi, modelli di offerta legati a livello di conoscenza e contesto ambientale



- Organizzazione: rapidità e facilità di somministrazione dopo processi di comunicazione e persuasione fiduciaria



- Valutazione
  - Raccolta del dissenso con motivazioni e azioni conseguenti
  - Ritorno clinico con una rendicontazione dell'efficienza (adesione e soddisfazione)

# PRESA IN CARICO della popolazione a rischio



## Gestione della "Prossimità"

- Intercettazione della fragilità – PDTA,
- Medicina di Iniziativa – Screening e Vaccinazioni,
- Educazione igienico/sanitaria della popolazione,
- Ritorno alla Medicina Scolastica ?!



**Offerta dell'UCCP**  
come assistenza  
extraospedaliera  
per la presa in carico

PDTA all'interno di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) in continuità Ospedale-Territorio adottando modelli di aderenza terapeutica che utilizzino gli strumenti in dotazione della medicina generale come reti gestionali e piattaforme (**presa in carico della persona in ambito fiduciario**)

# 4

## Ruolo dei Consultori Materno – Infantili



# Consultori Vaccinali



• Il counseling per gestire una relazione difficile in cui siano a rischio l'**informazione** e la **comunicazione** e, di conseguenza, l'adesione positiva all'offerta vaccinale. Il professionista deve fornire informazioni corrette, rispettare il punto di vista del vaccinando o dei genitori e non può sostituirsi nella scelta

• Il counseling è orientato all'**empowerment** della persona in una logica di responsabilizzazione e collaborazione e rifugge l'approccio direttivo, paternalistico o persuasivo, anche nei confronti di coloro che nutrono dubbi o sospetti nei confronti dell'intervento vaccinale



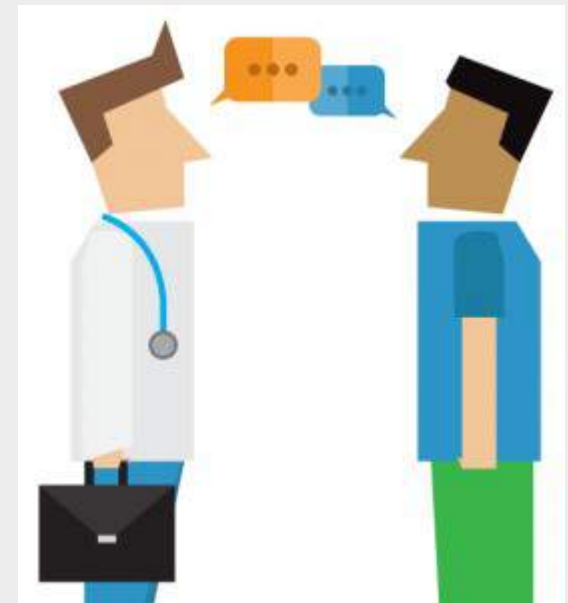
## Rapporto di fiducia Medico - Paziente



• Si possono configurare diverse situazioni: **franca opposizione all'intervento**; improvviso cambiamento dell'atteggiamento nei confronti della vaccinazione; dubbi o timori dei genitori.

• L'interazione tra professionista e candidato alla vaccinazione/genitore è caratterizzata da **disparità di ruoli** (relazione complementare o up/down).

• Può succedere che la persona candidata alla vaccinazione/il genitore del bambino tenda a rinunciare alla posizione down cercando di competere con il professionista per la posizione up, mettendo in discussione la sua autorevolezza; diversamente il professionista può mal interpretare il proprio ruolo per difetto o per eccesso di "potere". **E' importante mantenere un buon livello di empatia e quindi comunicare con un livello adeguato di autorevolezza.**



## Scopo dell'intervento di counseling vaccinale



- informare in modo personalizzato
- chiarire e condividere le informazioni
- sviluppare la consapevolezza dei benefici
- valorizzare le responsabilità
- esplorare le soluzioni possibili
- facilitare decisioni "condivise"



5

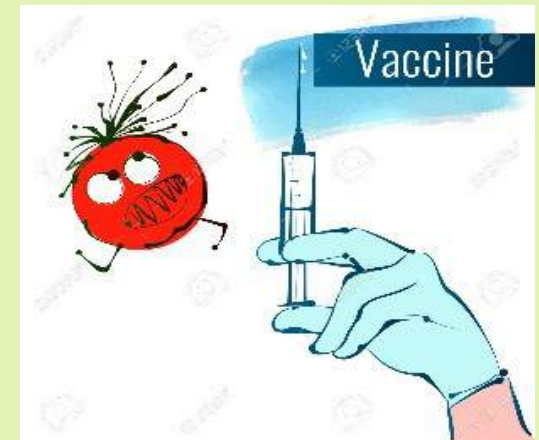
Compito delle aggregazioni funzionali  
territoriali dei MMG



# La Vaccinazione per il MMG



- È UN **COMPITO PROFESSIONALE** = RUOLO
- È UN **COMPITO CONVENZIONALE** art 45 comma 4 ACN
- È UN **COMPITO ETICO** = DEONTOLOGIA
- È UN INDISPENSABILE **STRUMENTO DI CURA** NEL PROCESSO DI PRESA IN CARICO



## PNPV e ruolo delle AFT

articolazioni del distretto sociosanitario nell'ambito delle quali operano MMG al fine di realizzare una **rete orizzontale** (AFT) ponendo le condizioni per la rete verticale con le altre strutture del sistema (UCCP)



**Compito principale dell'AFT** MMG organizzati in AFT indirizzano il bisogno sanitario (anche non emerso) in un sistema di tipo fiduciario, favorendo la tutela e la consapevolezza della propria "Salute" con la **medicina di iniziativa (prevenzione)**.



# Riorganizzazione delle cure

## AFT: compiti e risorse - DCA 134/2016

### COMPITI

- **Assistenza in ambulatorio e domicilio** della popolazione in carico
- **Valutazione dei bisogni**, percorsi **PDPA** per continuità della cure
- **Medicina preventiva**
- **Obiettivi LEA** :ADI, screening e vaccinazioni;
- **Miglior uso possibile delle risorse** efficacia – efficienza



### R I S O R S E

**Strumenti diagnostici**

**Accesso condiviso alle cartelle informatiche**

**Liste di pazienti affetti da patologie croniche**

**Monitoraggio tramite l'uso di indicatori specifici (griglia LEA)**

## Il ruolo dell'Aft per garantire le vaccinazioni dell'adulto



### IL RUOLO DELL'AFT PER GARANTIRE L'ADEMPIMENTO DELLA GRIGLIA DEI LEA NELL'ADULTO

13 OTTOBRE 2018

Napoli, Villa Walpole - ASI Napoli 1

Il MMG organizzato in AFT è un veicolo primario per le vaccinazioni perché:

- Assicura un'offerta rapida di accessibilità alle cure per maggiore copertura oraria
- Riscontra i bisogni del paziente non solo in modo passivo (nel proprio studio) ma agisce in modo proattivo, riunendosi con gli altri MMG dell' AFT, elabora campagne di prevenzione con un uniforme piano di comunicazione per "educare" coloro che non sono informati o sono mal-informati sulla prevenzione.



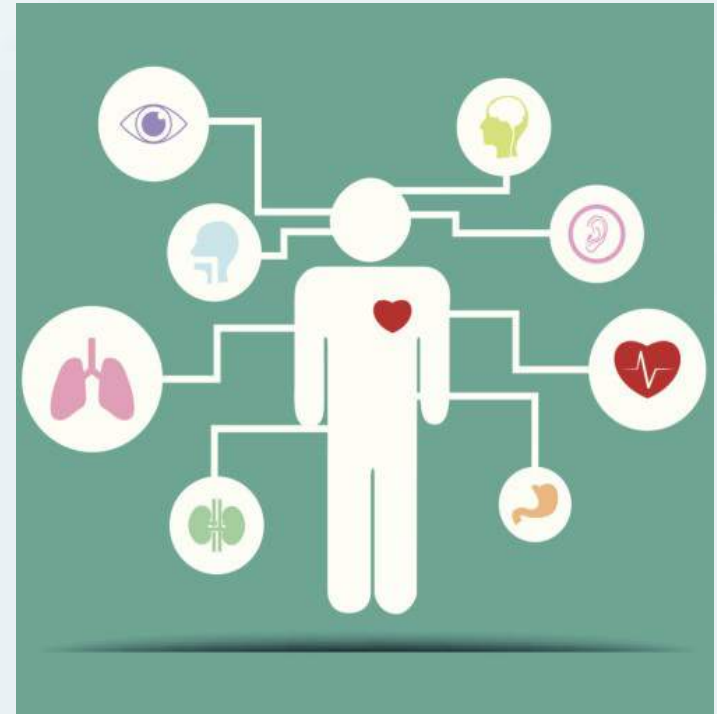
# 6

I percorsi assistenziali con strategie di vaccinazione per i pazienti complessi nelle UCCP

# Dall'AFT all'UCCP



•La UCCP coinvolge le AFT presenti nel territorio, **presentandosi come il modello di congiunzione** tra le attività fiduciarie dei MMG ed il sistema della specialistica territoriale per le **patologie croniche**



Le attività della **UCCP**, si caratterizzano per l'adozione di un PDTA che facilità la presa in carico del paziente

## MODALITA' ATTUATIVA DI UN PDTA



Le AFT hanno il compito di **intercettare rapidamente il paziente** che manifesta una patologia di aspetto "cronico":

- **sintomatologicamente** (prevenzione primaria / secondaria)
- **clanicamente** (prevenzione terziaria per le complicanze)

Individuato il bisogno il paziente può:

(A) attuare strategie di cura basate sulla prevenzione e l'adozione di corretti stili di vita; o nell'opzione (B) essere indirizzato ad un UCCP per l'adozione di un percorso di cura «integrato» (PDTA)

## PROGETTO AGIRE



• **L'individuazione rapida dei bisogni del paziente** da parte della rete orizzontale dell'AFT per valutare la reversibilità o meno delle sue condizioni ed indirizzarlo alla rete verticale specialistica UCCP con l'adozione di un PDTA **rientra in un progetto firmato dalla Regione Campania "AGIRE"**



# MODELLI ORGANIZZATIVI PDTA/BPCO

**Il progetto AGIRE** vuole facilitare l'intercettazione da parte del MMG, "ultradotato" in AFT, del bisogno di salute del paziente adulto e fumatore che:

- mostri sintomi di insufficienza respiratoria
- rilievi diagnostici di BPCO alla spirometria



Con diagnostica idonea e in tempi rapidi si può:

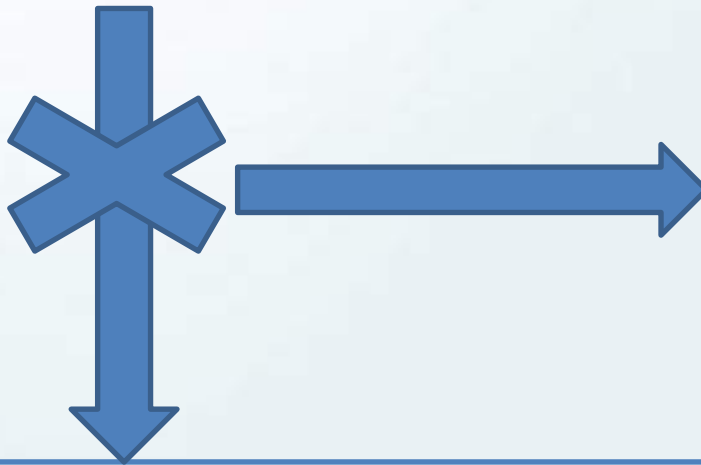
- **prevenire l'instaurarsi della patologia conclamata**
- **ridurre il ricorso a cure maggiormente complesse**

**In soggetti con BPCO la vaccinazione anti-pneumococcica** è fondamentale per evitare, in caso di infezioni da pneumococco, esacerbazioni di tipo acuto con un più alto rischio di complicanze.

# MODELLI ORGANIZZATIVI BPCO E VACCINAZIONI

UCCP  
E PDTA

DATI SPIROMETRICI DESCRIVONO UNA  
SITUAZIONE DI INSUFFICIENZA RESPIRATORIA



VACCINO ANTI  
PNEUMOCOCCO

INFEZIONE RESPIRATORIA ACUISCE  
E COMPLICA TALE SITUAZIONE

## **Pneumococcal vaccines for preventing pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease.**

Walters JA<sup>1</sup>, Tang JN<sup>2</sup>, Poole P<sup>3</sup>, Wood-Baker R<sup>2</sup>.

### **⊕ Author information**

#### **Abstract**

**BACKGROUND:** People with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are at increased risk of pneumococcal disease, especially pneumonia, as well as acute exacerbations with associated morbidity and healthcare costs.

**OBJECTIVES:** To determine the efficacy of injectable pneumococcal vaccination for preventing pneumonia in persons with COPD.

**SEARCH METHODS:** We searched the Cochrane Airways COPD Trials Register and the databases CENTRAL, MEDLINE and Embase, using prespecified terms. Searches are current to November 2016.

**SELECTION CRITERIA:** We included randomised controlled trials (RCT) comparing injectable pneumococcal polysaccharide vaccine (PPV) or pneumococcal conjugated vaccine (PCV) versus a control or alternative vaccine type in people with COPD.

**DATA COLLECTION AND ANALYSIS:** We used standard Cochrane methodological procedures. For meta-analyses, we subgrouped studies by vaccine type.

**MAIN RESULTS:** For this update, we added five studies (606 participants), meaning that the review now includes a total of 12 RCTs involving 2171 participants with COPD. Average age of participants was 66 years, male participants accounted for 67% and mean forced expiratory volume in one second (FEV<sub>1</sub>) was 1.2 L (five studies), 54% predicted (four studies). We assessed risks of selection, attrition and reporting bias as low, and risks of performance and detection bias as moderate. Compared with control, the vaccine group had a lower likelihood of developing community-acquired pneumonia (CAP) (odds ratio (OR) 0.62, 95% confidence interval (CI) 0.43 to 0.89; six studies, n = 1372; GRADE: moderate), but findings did not differ specifically for pneumococcal pneumonia (Peto OR 0.26, 95% CI 0.05 to 1.31; three studies, n = 1158; GRADE: low). The number needed to treat for an additional beneficial outcome (NNTB) (preventing one episode of CAP) was 21

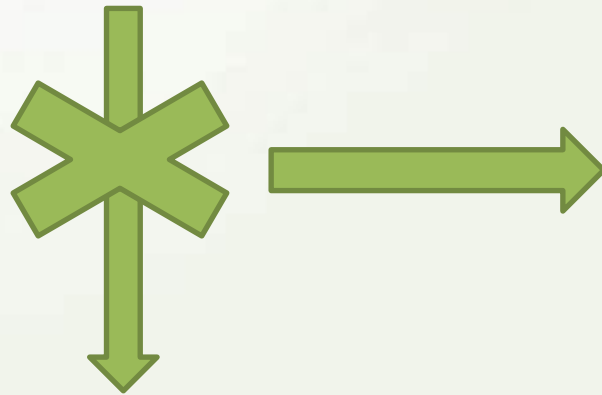
Le persone con malattia polmonare ostruttiva cronica (COPD) hanno un aumentato rischio di infezione da pneumococco, che esita in un quadro di polmonite con esacerbazioni acute associate ad aumentate complicanze e costi sanitari.

# MODELLI ORGANIZZATIVI DIABETE E VACCINAZIONI

UCCP  
E PDTA

## CON L'AVANZARE DEL DIABETE

- DIMINUISCE LA RISPOSTA IMMUNITARIA SPECIFICA
- RALLENTANO I PROCESSI DI RECLUTAMENTO IMMUNITARIO
- SI ALTERA IL SET POINT IPOTALAMICO



**Vaccino anti  
influenzale**

In una persona diabetica, contrarre una normale influenza **può aumentare il livello di glucosio nel sangue (stress- cortisolo- effetto iperglicemizzante).**

La malattia può impedire di mangiare correttamente.

Il diabete rende il Sistema Immunitario più vulnerabile a gravi casi di influenza.



## Benefits of flu vaccination for persons with diabetes mellitus: A review.

Goeijenbier M<sup>1</sup>, van Sloten TT<sup>2</sup>, Slobbe L<sup>3</sup>, Mathieu C<sup>4</sup>, van Genderen P<sup>3</sup>, Beyer WEP<sup>5</sup>, Osterhaus ADME<sup>6</sup>.

### ⊕ Author information

#### Abstract

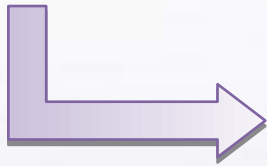
Diabetes mellitus imposes a significant and increasing burden on society, with major consequences for human health, welfare and the economy worldwide. Persons with diabetes mellitus are at increased risk of developing severe complications after influenza virus infection and guidelines advise vaccination. The present evidence for influenza vaccine effectiveness in persons with diabetes mellitus is mainly based on observational studies with clinical endpoints like hospitalization and death, indicating a beneficial reduction of morbidity and mortality. Further supportive evidence comes from serological studies, in which persons with diabetes mellitus usually develop similar antibody levels after vaccination as healthy people. Observational studies may be prone to selection bias, and serological studies may not completely mirror vaccine effectiveness in the field. Although more controlled trials in persons with diabetes mellitus with laboratory-confirmed, influenza-specific outcomes would be desirable to better estimate the effect of vaccination, the currently available data justify routine influenza vaccination in persons with diabetes mellitus. As in this risk group, the use of influenza vaccine is far below target worldwide, efforts should be made to increase vaccination coverage.

Le persone con diabete mellito hanno un aumentato rischio di sviluppare gravi complicanze dopo l'infezione da virus influenzale e le linee guida consigliano la vaccinazione.

# MODELLI ORGANIZZATIVI VZV E SCLEROSI MULTIPLA

UCCP  
E PDTA

FARMACI  
IMMUNOMODULANTI



riattivazione del virus VZV presente in forma latente nei gangli nervosi.



La vaccinazione contro VZV dei pazienti con anticorpi negativi deve essere considerata prima dell'inizio di terapie con farmaci immunomodulanti come anticorpi monoclonali.

VACCINO CONTRO  
HERPES VIRUS/  
VARICELLA ZOOSTER

## Vaccination against infection in patients with multiple sclerosis.

Loebermann M<sup>1</sup>, Winkelmann A, Hartung HP, Hengel H, Reisinger EC, Zettl UK.

### ⊕ Author information

#### Abstract

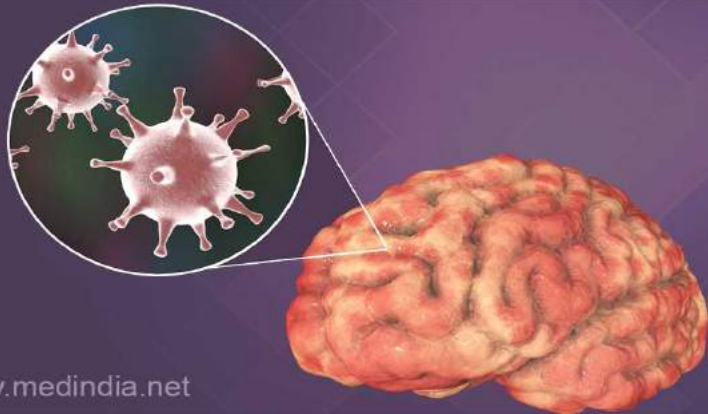
Bacterial and viral infections have been shown to induce relapses and accelerate the progression of multiple sclerosis (MS). Vaccination to prevent communicable disease in such patients is, therefore, of key importance. Reports of potentially detrimental effects of immunization on the course of MS, however, have prompted patients and physicians to adopt a cautious attitude towards the use of vaccines. The risks associated with a number of vaccines have been investigated in patients with MS. Vaccines against some diseases, such as tetanus and hepatitis B, are not associated with an elevated risk of MS exacerbation, whereas vaccines against other diseases, such as yellow fever, are contraindicated in patients with MS. Many patients with MS receive immunosuppressive or immunomodulatory therapy, which could make them more susceptible to infectious diseases and might also affect their ability to respond to immunization. Here, we review the indications for and possible adverse effects of vaccines in patients with MS, and address issues of vaccination in the context of immunomodulatory therapy for MS.

Le infezioni batteriche e virali hanno dimostrato di indurre ricadute e accelerare la progressione della sclerosi multipla (SM). La vaccinazione per prevenire determinate malattie in tali pazienti, può essere quindi di fondamentale importanza.

# ATTUALITA' E SUGGERIMENTI

Scoperto un possibile ruolo del virus herpes simplex 1 responsabile dell' herpes labiale ma anche della varicella e dell' herpes zooster nell'insorgenza dell'Alzheimer (in soggetti predisposti)

E QUINDI UNA VACCINAZIONE CONTRO LA VARICELLA O SUA RIATTIVAZIONE (HERPES ZOOSTER), POTREBBE PREVENIRE MOLTO PIU' DI QUANTO GIA' FACCIA....



Herpes virus linked to

## ≡ **Alzheimer's Disease (AD)**

- AD may be associated with herpes virus infection
- Controlling one may mean controlling the other
- Aggressive antiviral drugs reduce the risk of dementia



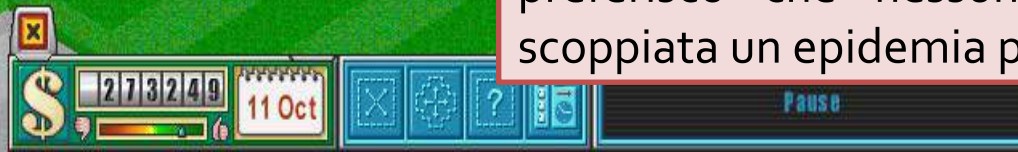
E' stata trovata una malattia contagiosa pericolosa per la Salute Pubblica.  
Hai ora due opzioni:

**1) Dichiarare lo stato di epidemia e vaccina subito tutti.** Paga e subisci un colpo alla reputazione (Ammetti che è scoppiata un epidemia ma così puoi salvare la popolazione dal contagio)

-> **(Dichiara la realtà delle cose)**  
- in certe situazioni è meglio **prevenire** che curare. **Affrontare subito la situazione** (vaccinando tutti) prima che si verifichino conseguenze incontrollabili.

**2) Fai finta che non si tratti di nulla di grave e cerca di curare la malattia contagiosa.** Può avvenire, però, che gli ispettori sanitari visitando la struttura trovino un epidemia in corso e prendano drastiche conseguenze contro di te. Alcuni pazienti contagiati potrebbero lasciare l'ospedale se per curarli impieghi molto tempo (e diffondere la patologia)

-----> **(Decisione "populista")**  
- la sanità può curare tutto, **non voglio far sapere del problema presente** e non mi interessa di proteggere la popolazione preferisco che nessuno sappia che sia scoppiata un epidemia proprio qui.



# SPUNTO DI RIFLESSIONE

**L'ALLARME** Il giovane si è allontanato da una struttura di Sandrigo

## Un paziente malato sparito dopo le analisi

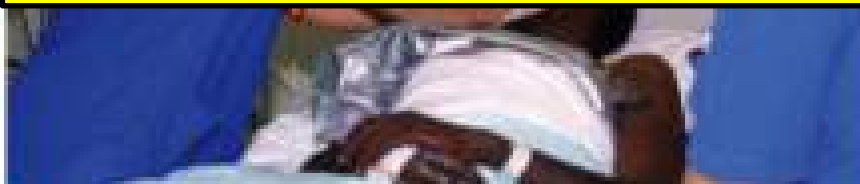
I test hanno evidenziato una tbc polmonare, ma lui ha fatto perdere le tracce prima di conoscerne l'esito

È allarme per un giovane migrante africano seguito dalla cooperativa Aurora di Sandrigo e allontanatosi facendo perdere le sue tracce. Il richiedente asilo ha una tbc polmonare, la forma più contagiosa in assoluto, ma non lo sa e può essere pericoloso per sé e per gli altri.

Prima che scomparisse non stava bene, e d'intesa con i responsabili della struttura di accoglienza era stato sottoposto ai test di rito. Solo che la risposta, positiva, è arrivata

per non nuocere alle persone con cui venisse in contatto. Il punto è che l'accoglienza di un richiedente asilo non è una detenzione e se uno vuole allontanarsi, mantenendo lo status di richiedente asilo finché la sua istanza non sia

UN PIANO SANITARIO PUO' E DEVE COSTITUIRE UNA SFIDA PER IL TERRITORIO !  
La sfida principale rimane, però, ottenere la fiducia nel "Sistema Italia" e costruire un Sistema Sanitario di cui fidarsi, che sia la "casa" di tutti (e perciò la costruzione di un solido rapporto di fiducia tra Operatori e Paziente)



verifica una urgenza del genere, la segnaliamo alla direzione generale che, a sua volta, informa il sindaco del Comune di residenza, il quale è il solo per legge autorizzato a

## UMANIZZAZIONE DELLE CURE



GRAZIE

SFIDA ANTICA MA SEMPRE ATTUALE !