

# Vaccinazione antipneumococcica e Territorio

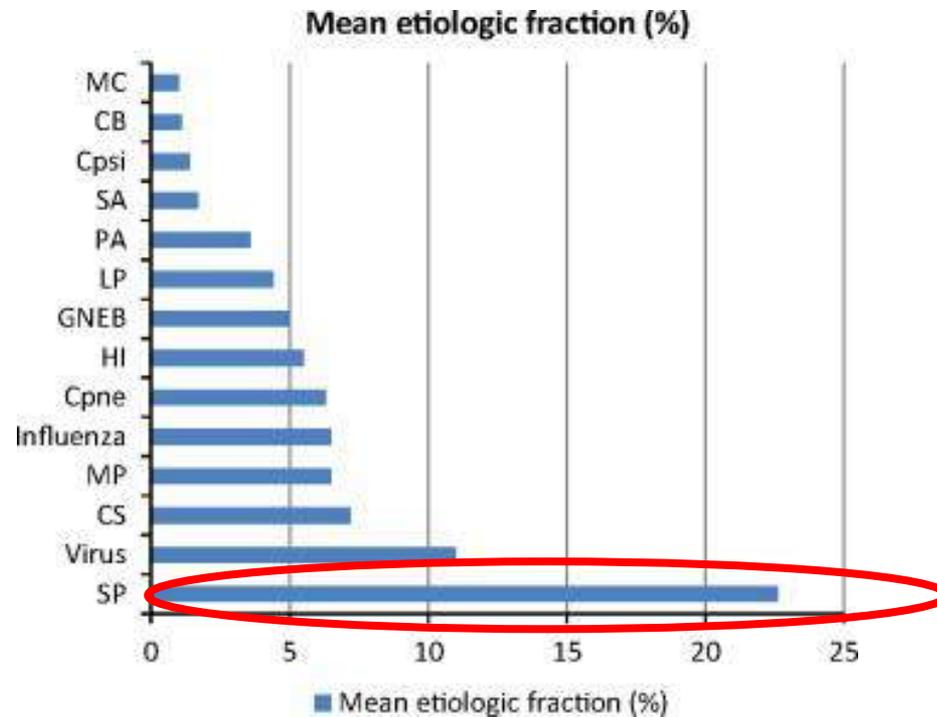
**Ciro Cozzolino**  
**Mario Esposito**

**DALLA PRESTAZIONE ALLA PERFORMANCE**



**74° Congresso Nazionale**  
2-7 ottobre 2017

# PATOGENI RESPONSABILI DI CAP



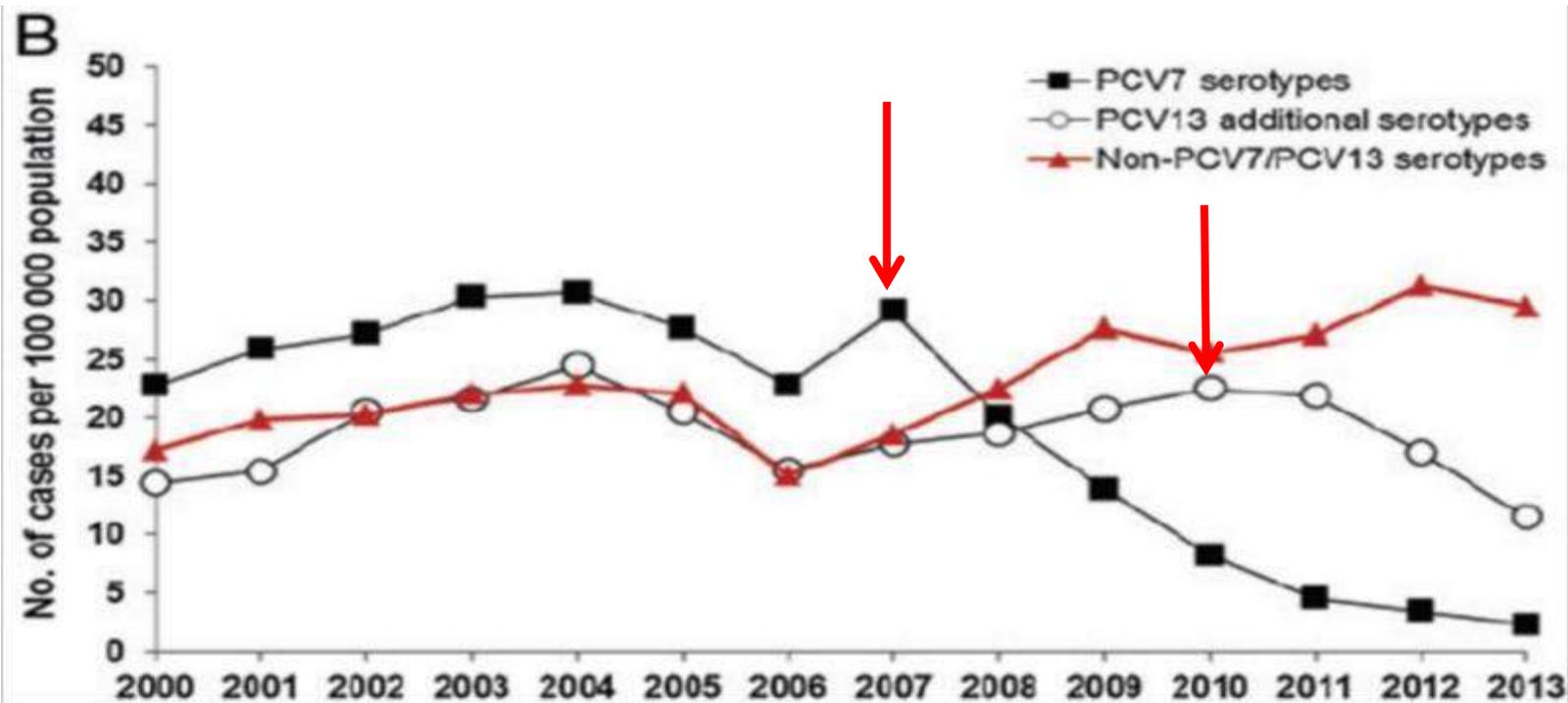
# INCIDENZA

Le forme invasive della malattia pneumococcica sono passate dall'1,16/100.000 ab. nel 2008 all'1,54 nel 2014

*(Fonte ISS 2016, Protocollo per la sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo e delle meningiti batteriche in Italia).*



# IPD DOPO INTRODUZIONE VACCINI CONIUGATI



Incidence of IPD by age group and serotype grouping in Denmark. Danish adults  $\geq 65$  years of age. PCV7 was introduced in 2007 and PCV13 in 2010. (From Harboe ZB, Dalby T, Weinberger DM, et al. Impact of 13-valent pneumococcal



# VACCINO CONIUGATO 13-VALENTE

La sua maggior efficacia è stata confermata nel 2015 dallo studio **CAPiTA**

(**C**ommunity-**A**cquired **P**neumonia **I**mmunization **T**rial in **A**dults), che ha consentito alla Commissione Europea di ampliarne le indicazioni d'uso



# STUDIO CAPiTA

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

## Polysaccharide Conjugate Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults

M.J.M. Bonten, S.M. Huijts, M. Bolkenbaas, C. Webber, S. Patterson, S. Gault, C.H. van Werkhoven, A.M.M. van Deursen, E.A.M. Sanders, T.J.M. Verheij, M. Patton, A. McDonough, A. Moradoghli-Haftvani, H. Smith, T. Mellelieu, M.W. Pride, G. Crowther, B. Schmöele-Thoma, D.A. Scott, K.U. Jansen, R. Lobatto, B. Oosterman, N. Visser, E. Caspers, A. Smorenburg, E.A. Ermini, W.C. Gruber, and D.E. Grobbee

19 Marzo 2015

## RISULTATI

- 1) Prevenzione primo episodio di **VT-CAP: 45,56%**
- 2) Prevenzione primo episodio di **NB/NI VT-CAP: 45,00%**
- 3) Prevenzione primo episodio di **VT-IPD: 75,00%**
- 4) Tutti i 13 sierotipi vaccinali circolanti
- 5) Protezione si instaura poco dopo la vaccinazione. Efficacia vaccinale durata per tutti i 4 anni di follow-up (durata media di follow-up 3,97 anni)
- 6) Profilo di sicurezza paragonabile a quello osservato in precedenti studi con PCV13 negli adulti



## Community-Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults (CAPiTA)

# VACCINO CONIUGATO 13-VALENTE

Efficacia

Memoria immunitaria

Effetto Booster

No Iporesponsività

Protezione prolungata

1. Blanchard-Rohner G et al. *Expert Rev. Vaccines*. 2011; 10(5), 673–684 2. Makela PH et al. *Expert Rev Vaccines*. 2002 Oct;1(3):399-410 3. Pollard AJ et al. *Nat Rev Immunol*. 2009;9:213-220.

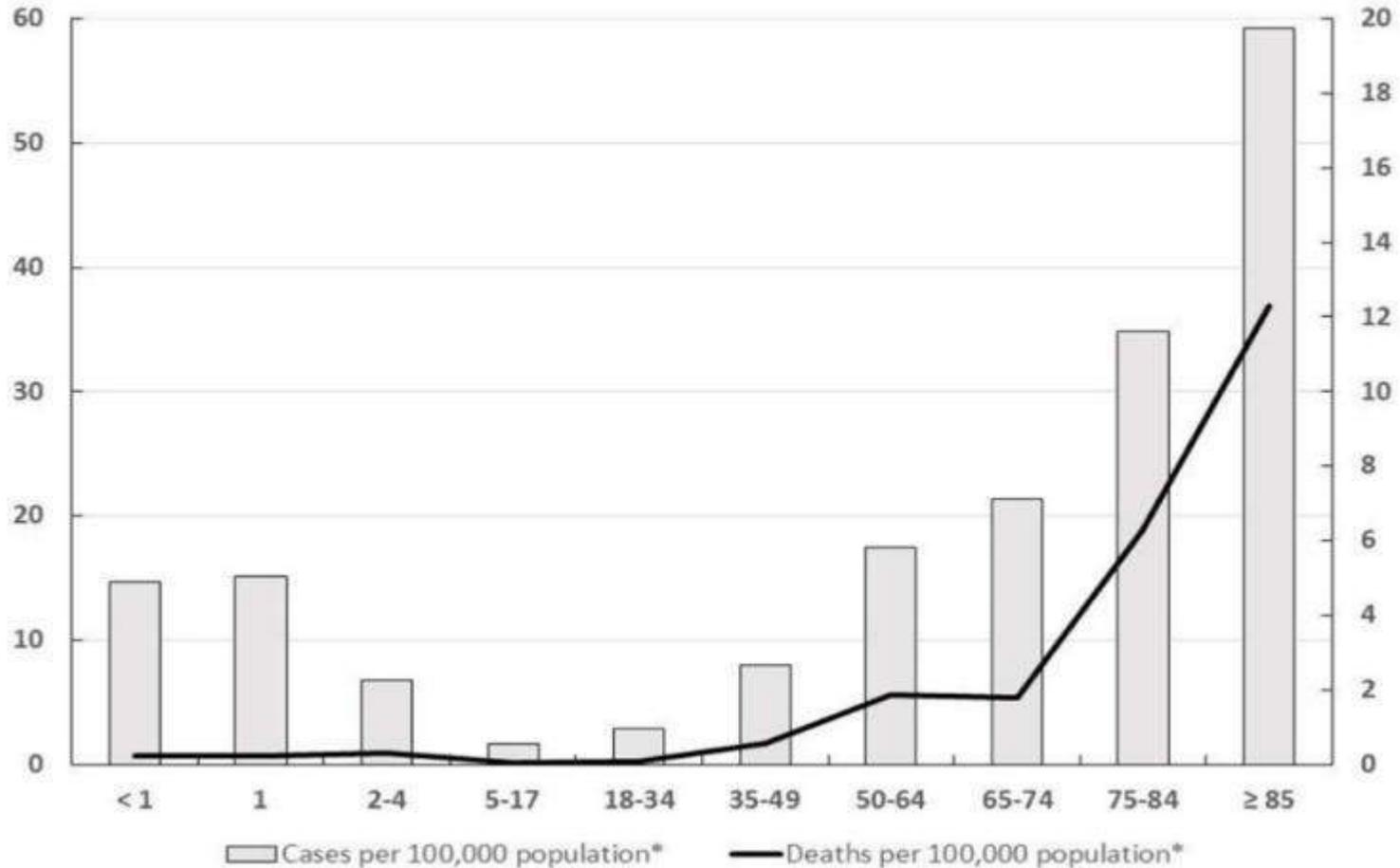


# RIDUZIONE DELL'INCIDENZA

Il vaccino antipneumococcico **coniugato 13-valente**, somministrato in maniera più diffusa di quanto avvenga attualmente, può ridurre l'incidenza della malattia.

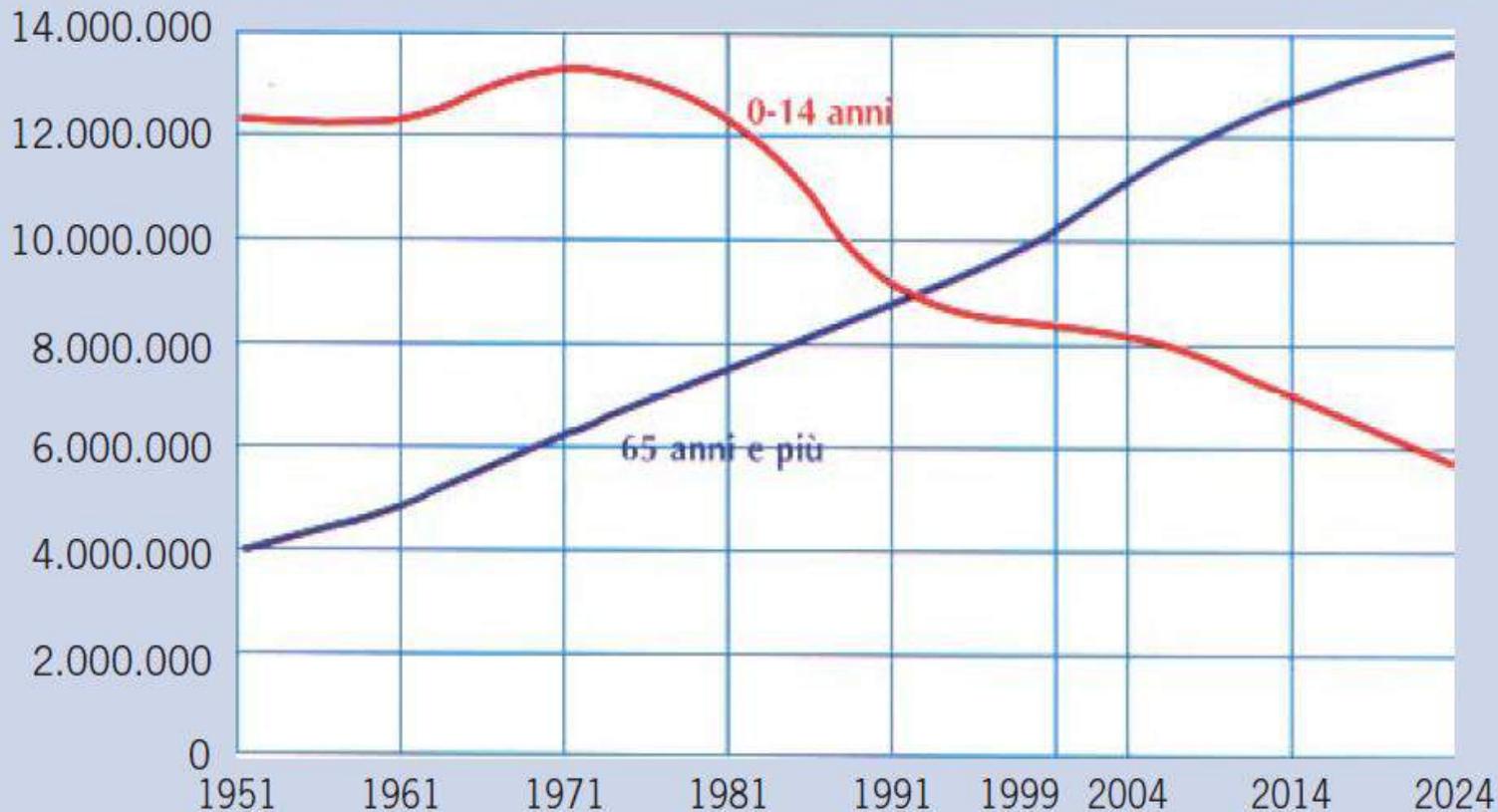


# INCIDENZA DI IPD E MORTALITA' PER FASCE DI ETA'



[Pneumococcal Disease in the Era of Pneumococcal Conjugate Vaccine](#)  
 Infect Dis Clin North Am. ;29(4):679-697.

## Andamento della popolazione giovane e anziana nel periodo 1951-2024



**Figura 1**

Andamento demografico in Italia (Fonte: elaborazione dati ISTAT).



# VACCINO CONIUGATO 13-VALENTE

A partire da **novembre 2011** il vaccino antipneumococcico coniugato 13-valente, monosomministrazione, già ampiamente usato per l'immunizzazione dei bambini nei primi anni di vita, è stato autorizzato anche per l'uso nei soggetti con età maggiore di 50 anni.



# PROGETTO PUGLIA

In Italia studi condotti in Puglia (2013-15) offerta attiva  
vaccino popolazione con fasce di età 65 – 75 – 75>  
anni.



# PROGETTO LIGURIA

il Progetto Liguria su soggetti >70 anni (vaccinati dal 2013) hanno confermato l'efficacia e la sicurezza, particolarmente vs la polmonite pneumococcica





**Regione Campania**  
**Assessorato alla Sanità**  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
Osservatorio Epidemiologico Regionale

**Decreto n°87 del 24.07.2013**

**Accordo Integrativo Regionale per la  
Medicina generale (A.I.R.).**



# A. I. R. Campano: art. 14

## «Vaccinazione Antipneumococcica»

La vaccinazione ha lo scopo di proteggere le categorie a rischio di infezioni pneumococciche le cui manifestazioni più gravi sono le broncopolmoniti, meningiti e setticemie.

Le categorie a rischio da vaccinare sono:

- **Anziani al di sopra dei 65 anni;**
- Pazienti affetti da malattie cardiovascolari, polmonari, diabete, cirrosi epatica, etilismo cronico;
- Pazienti affetti da malattie con compromissione del sistema immunitario (splenectomia, drepanocitosi, linfomi, mieloma multiplo, trapianto d'organo, HIV positivi, neoplasie, leucemie);
- Pazienti affetti da insufficienza renale cronica;
- Adulti che vivono in situazioni ambientali a rischio; diseredati e ricoverati in strutture chiuse.



# VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA E TERRITORIO

La vaccinazione antipneumococcica, da effettuare con vaccino coniugato, stenta a decollare, nonostante le esperienze positive ed i risultati dei trial internazionali confermino sicurezza ed efficacia del vaccino nel ridurre l'incidenza della malattia pneumococcica, e quindi la relativa spesa sanitaria per ospedalizzazioni e cure domiciliari.



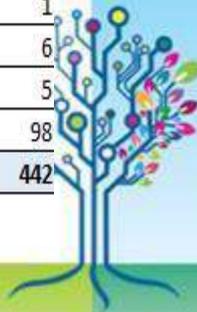
# LA SITUAZIONE NELLA ASL NAPOLI 3 SUD

1	Casi		517
2			
3	Sesso	Somma di Giornate di degenza	
4	Maschio	283	2711
5	Femmina	234	2378
6	Totale		5089
7			
8	Diagnosi Principale	Quantità	
9	BRONCOPOLMONITE, NON SPECIFICATA		337
10	MALATTIA DEL LEGIONARIO		1
11	POLMONITE BATTERICA, NON SPECIFICATA		35
12	POLMONITE DA ADENOVIRUS		1
13	POLMONITE DA ALTRI BATTERI GRAM-NEGATIVI		1
14	POLMONITE DA ALTRI ORGANISMI SPECIFICATI		1
15	POLMONITE DA ALTRI STREPTOCOCCI		1
16	POLMONITE DA ALTRI VIRUS NON CLASSIFICATI ALTROVE		1
17	POLMONITE DA CLAMIDIA		1
18	POLMONITE DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE		3
19	POLMONITE DA MYCOPLASMA PNEUMONIAE		1
20	POLMONITE DA PSEUDOMONAS		3
21	POLMONITE DA VIRUS PARAINFLUENZALE		1
22	POLMONITE DOVUTA A STAFILOCOCCO AUREO		5
23	POLMONITE PNEUMOCOCCICA (POLMONITE DA STREPTOCOCCO PNEUMONIAE)		2
24	POLMONITE VIRALE, NON SPECIFICATA		3
25	POLMONITE, AGENTE NON SPECIFICATO		120
26	Totale complessivo		517

2015

1	Casi		442
2			
3	Sesso	Somma di Giornate di degenza	
4	Maschio	244	2393
5	Femmina	198	1975
6	Totale		4368
7			
8			
9	Diagnosi Principale	Quantità	
10	BRONCOPOLMONITE, NON SPECIFICATA		284
11	MALATTIA DEL LEGIONARIO		1
12	POLMONITE BATTERICA, NON SPECIFICATA		42
13	POLMONITE DA ALTRI BATTERI GRAM-NEGATIVI		1
14	POLMONITE DA ALTRI BATTERI SPECIFICATI		1
15	POLMONITE DA ALTRI VIRUS NON CLASSIFICATI ALTROVE		2
16	POLMONITE DA ESCHERICHIA COLI [E COLI]		1
17	POLMONITE DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE		1
18	POLMONITE DA PSEUDOMONAS		6
19	POLMONITE DOVUTA A STAFILOCOCCO AUREO		5
20	POLMONITE, AGENTE NON SPECIFICATO		98
21	Totale complessivo		442

2016



# DATI VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA ASL NA1

POPOLAZIONE ULTRASESSANTECINQUENNE  
**195.652**

VACCINO CONIUGATO 13-VALENTE DISTRIBUITO

Anno 2014 Dosi 3500

Anno 2015 Dosi 4500

Anno 2016 Dosi 5500





# VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA DATI ASL NA3

POPOLAZIONE ULTRASESSANTACINQUENNE  
**181.385**

VACCINO CONIUGATO 13-VALENTE DISTRIBUITO

Anno 2015 28.900 Dosi distribuite

Anno 2016 29.230 Dosi distribuite





# OPPORTUNITÀ ORGANIZZATIVE

Strutturazione, potenziamento, aggiornamento continuo di una anagrafe aziendale della popolazione bersaglio

Creazione anagrafe popolazione bersaglio arruolata e vaccinata, inclusiva di assistiti con documentato diniego

Periodico monitoraggio del dato territoriale distrettuale negli uffici UCAD per una capillare valutazione dell'arruolamento

Periodici incontri di valutazione del dato complessivo Aziendale in Comitato Ex Art. 23 con la fondamentale partecipazione dei Responsabili del SAF Aziendale e del SEP Aziendale

Costituzione di una Rete sentinella di MMG, strumento essenziale per delineare, monitorare, valutare l'andamento della malattia pneumococcica e fornire informazioni per stimare l'incidenza futura della malattia



# OPPORTUNITA' OPERATIVE

Banner appositamente predisposto, da affiggere nelle sale d'aspetto del MMG, negli Ospedali e nelle sedi Distrettuali Aziendali.

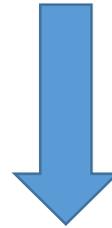
Invito scritto dell'Asl tramite lettera ai soggetti di età > 65 anni.

Somministrazione della Vaccinazione Antipneumococcica in occasione della campagna di vaccinazione antinfluenzale.



# OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

APPROPRIATEZZA DELLA SPESA



CONTENIMENTO/AZZERAMENTO  
DEGLI SPRECHI



# FORMAZIONE

Di fondamentale importanza è la formazione dei MMG, affinché siano stimolati a sensibilizzare la popolazione ad una solida presa di coscienza dell'importanza, individuale e collettiva, dei processi di prevenzione e ad un vantaggioso uso di questa indiscutibile risorsa, pietra angolare, della sanità pubblica.



# FORMAZIONE

Grazie all'indiscutibile rapporto fiduciario, alla capillare presenza sul territorio e alla quotidianità del contatto con la popolazione, il MMG deve consolidare la sua

## **figura di educatore**

acquisendo, sviluppando, approfondendo le capacità di trasmettere in modo appropriato e convincente le informazioni che contribuiranno alla crescita di una consapevole e salda **educazione sanitaria**.



# FORMAZIONE

Progettazione ed organizzazione di corsi specifici nell'ambito della **Formazione Obbligatoria Aziendale**.

Lezioni specifiche , nell'ambito dei **corsi Regionali CFMG ed Aziendali**.

**ECM Aziendali.**

**ECM Cooperative MMG.**

Informazione ed approfondimento con utilizzo di **TV Streaming**.



# INFORMAZIONE

Una svolta potrebbe essere rappresentata dalla contrattualizzazione dell'espletamento **di corsi di educazione sanitaria** rivolti alla popolazione assistita, nell'ambito delle nuove forme aggregative da individuare nei prossimi ACN, da estendere gradualmente al campo della prevenzione e tutela della salute pubblica



# *Grazie per l'attenzione*

[cozzolino.ciro2@gmail.com](mailto:cozzolino.ciro2@gmail.com)  
[2814059@gmail.com](mailto:2814059@gmail.com)

