



5 - 7 ottobre 2017

FOLIGNO

XIII CONGRESSO NAZIONALE SIMEUP

**Emergenze e maxi emergenze
dal territorio all'ospedale:
un percorso assistenziale
basato sulle evidenze**

dr. Stefano Romero Presidente SIMEUP Lazio

dr.ssa Debora M.L.Simonetti Presidente SIMEUP Molise



Vaccinazioni: pensarci anche in PS?

Dino Nocerino, Margherita Bonanni, Arianna De Matteis,
Michele Patui, Teresa Lorenzon, Maria Elena Ferrari,
Roberta Romano, Michele Iafusco

Si ringrazia Luciano Pinto per la collaborazione ed i suggerimenti



Il caso

Il 10 marzo 2009 un bambino di 10 anni arrivato dall'India due giorni prima e la cui storia vaccinale era ignota, con febbre, rinite, congiuntivite e rash generalizzato fu inviato in Pronto Soccorso dal Curante con il sospetto di Malattia di Kawasaki. Fu trattenuto per alcune ore (per 4 in una stanza assieme a due fratelli) e poi reinviato a domicilio con diagnosi di "esantema virale".

Dopo 18 giorni il medico che lo aveva visitato, i due fratelli con cui aveva condiviso la stanza ed altri due bambini risultarono affetti da morbillo.



- Due studi, uno israeliano, l'altro in Alaska, confermano la significativa riduzione dei portatori dei ceppi di pneumococco contenuti nel vaccino dopo l'introduzione del PCV13 (del 76% per i sierotipi PCV7 e del 66% per quelli PCV13 nel primo 2, dal 29% al 3% nel secondo 3).
- L'introduzione del vaccino antirotavirus si è associato ad una riduzione del 77% degli accessi in PS per enterite da Rotavirus⁴.



L'esempio del morbillo

- Dopo l'introduzione della vaccinazione di massa, il morbillo sembrava pressoché scomparso negli Stati Uniti: nel 2000 era stata documentata l'eliminazione del morbillo indigeno, e nel decennio successivo era stato riportato solo un numero limitato di casi (71 per anno in media, *range* 37-140).
- Nel 2011 furono però riportate 16 epidemie della durata media di 22 giorni, con un totale di 106 casi documentati, dovute ad importazione da altre nazioni, con un costo per l'identificazione dei contatti compreso tra 2,7 e 5,3 milioni di dollari ⁷ .



L'esempio del morbillo

- In Italia, benché la vaccinazione abbia significativamente ridotto la morbilità e la mortalità da morbillo, si osservano tutt'ora epidemie in diverse regioni.
- L'epidemia del 2002 aveva evidenziato come la distribuzione geografica dei casi coincidesse con la copertura vaccinale: in particolare in Campania vennero stimati più di 40.000 casi di età <15 anni, e registrati oltre 600 ricoveri in ospedale, con 16 casi di encefalite e 4 decessi ⁸.



L'esempio del morbillo

- Dal 2007 si è però osservata una ripresa della malattia, con epidemie riportate da varie Regioni, contestualmente ad un analogo incremento in numerosi paesi dell'Unione Europea.
- Dall'ottobre 2010 al dicembre 2011 sono stati segnalati in Italia 5568 casi, con una complicanza in almeno 1 caso su 4 (27,7%), fra cui 135 polmoniti, 9 piastrinopenie e 7 encefaliti⁹.



L'esempio del morbillo

- Nel 2015 erano stati registrati appena 254 casi di morbillo.
- Nel 2016 il loro numero è aumentato di oltre il 300%: 846 casi.
- Nei primi 4 mesi del 2017 sono stati segnalati 1.920 casi, un numero superiore di oltre due volte a quello dell'intero 2016.



L'esempio del morbillo

- Il 15% dei casi del 2017 è stato valutato in Pronto Soccorso e il 34% aveva almeno una complicanza; ma occorre sottolineare l'elevato numero di operatori sanitari (ben 176 casi) che si sono ammalati perché non coperti dalla vaccinazione.
- La maggior parte dei casi proviene dal Centro e Nord Italia (Piemonte, Lombardia, Lazio e Toscana), con una mediana di età di 27 anni. Il 15% dei casi hanno effettuato accesso in PS, mentre il 40% è stato ricoverato ¹⁰.
- In Campania, secondo uno studio condotto presso l'Università Federico II, nel 2016 la copertura vaccinale dei bambini affetti da patologie croniche sarebbe inferiore a quella nel 2015.



Identificazione dei pazienti non protetti

I sistemi elettronici di condivisione rappresentano una significativa fonte di informazioni ¹¹, ma non sempre conclusiva:

è stato valutato che diano solo il 54,1% di informazioni per ogni area chiave, contro il 73,5% dell'anamnesi ¹², che non sempre però è possibile approfondire in Triage.



Vaccinare in Pronto Soccorso?

Negli Stati Uniti (nazione con un Sistema Sanitario però molto diverso dal nostro) e in altri paesi (come ad esempio l'Australia) l'identificazione in Pronto Soccorso dei bambini con una copertura vaccinale inadeguata attraverso strumenti informatici o l'anamnesi (negli USA è stato utilizzato un questionario per identificare in un Dipartimento di Emergenza i genitori che hanno dubbi sulle vaccinazioni, il PACV – *Parent Attitudes about Childhood Vaccines* ¹³), viene considerata una opportunità di educazione, di convincimento della famiglia ed anche di somministrazione immediata del vaccino.



Vaccinare in Pronto Soccorso?

Vi sono studi che hanno mostrato che la vaccinazione in PS è fattibile ed efficace ¹⁴⁻¹⁶, ed in alcuni ospedali statunitensi è previsto il rientro dei pazienti in PS per ciascuna dose vaccinale, mentre altri cooperano a tal fine con i Dipartimenti di Salute locali o con le Farmacie di Comunità.

Da segnalare, in tema di vaccinazioni in PS, la disponibilità di un **test rapido** con campione ematico prelevato da polpastrello **per la determinazione del titolo anticorpale antitetano**^{17 18}.



Conclusioni

- Una significativa percentuale di bambini valutati in Pronto Soccorso non è protetta, perché ancora in attesa di iniziare il ciclo vaccinale o perché non può essere vaccinata per motivi medici o per il rifiuto della vaccinazione da parte dei loro genitori.
- La loro identificazione attraverso l'anamnesi o i sistemi elettronici di condivisione è importante, perché potrebbe far disporre misure di isolamento o protezione (in base alle possibilità logistiche) dirette alla limitazione dei rischi di esposizione in sala di attesa alle malattie per le quali non sono vaccinati e di trasmissione di infezioni (ormai considerate rare ma purtroppo ancora presenti) per altri bambini in attesa in Triage, che potrebbero a loro volta non essere coperti per età, rifiuto della vaccinazione o presenza di patologie croniche che controindicano la vaccinazione.



Conclusioni

La loro identificazione attraverso l'anamnesi o i sistemi elettronici di condivisione è importante, perché potrebbe far disporre misure di isolamento o protezione (in base alle possibilità logistiche) dirette alla limitazione dei rischi di esposizione in sala di attesa alle malattie per le quali non sono vaccinati e di trasmissione di infezioni (ormai considerate rare ma purtroppo ancora presenti) per altri bambini in attesa in Triage, che potrebbero a loro volta non essere coperti per età, rifiuto della vaccinazione o presenza di patologie croniche che controindicano la vaccinazione.



...e in Italia?

- Quali idee?
- Come condividere i dati?
- Come iniziare un percorso condiviso?