

QUINTO EVENTO NAZIONALE

# SIE incontra i pazienti



13 maggio 2026

Bologna, Royal Hotel Carlton

## SIE incontra i pazienti

### Disclosures of Maddalena Giannella

Company name	Research support	Employee	Consultant	Stockholder	Speakers bureau	Advisory board	Other
<b>NESSUNA</b>							

# Copertura vaccinale nel paziente ematologico

Vaccino giusto, momento giusto, rete giusta

HSCT

anti-CD20

CAR-T

bispecifici

focus su timing  
e schedula

# Perche parlarne ai pazienti?

La vaccinazione é una misura di supporto: riduce il rischio di infezioni prevenibili e aiuta a evitare interruzioni inattese del percorso ematologico.

1

## Rischio aumentato

Le infezioni possono essere piu severe nei pazienti immunocompromessi.

2

## Risposta variabile

Il vaccino puo essere sicuro ma meno efficace nel momento sbagliato.

3

## Occasione organizzativa

Valutare lo stato vaccinale all'inizio evita finestre perse.

malattia

terapie

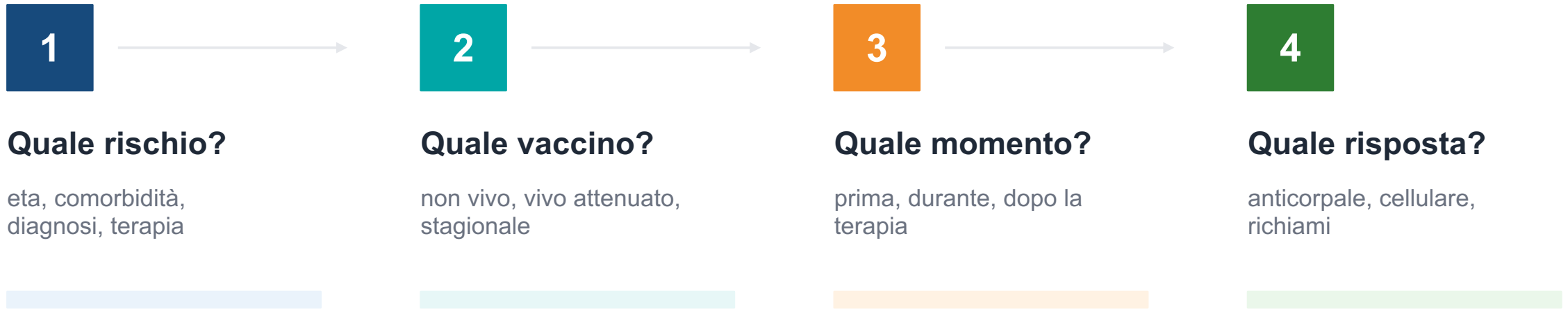
Paziente

timeline

stagione/contatti

# La domanda non è solo "quale vaccino?"

Nel paziente ematologico la prescrizione vaccinale ha quattro dimensioni.



**"Il vaccino è parte della cura, data e schedula sono parte della prescrizione"**

# Regole generali: sicurezza e timing

## Vaccini non vivi

Sicuri

- Influenza inattivato
- COVID-19
- pneumococco / Hib
- HBV / dTpa / IPV
- zoster ricombinante

## Vaccini vivi attenuati

Da evitare nei pazienti fortemente immunodepressi

- MPR
- varicella
- febbre gialla
- influenza intranasale vivo
- zoster vivo

Quando possibile: vaccinare 2-4 settimane prima dell'inizio della terapia. Se non è possibile, non bloccare la cura oncologica: pianificare la finestra più ragionevole.

# HSCT: il reset immunologico

Dopo trapianto autologo o allogenico il paziente va considerato, dal punto di vista vaccinale, come se dovesse ricostruire la memoria immunitaria.



## Principi EBMT:

- programma standardizzato del centro
- collaborazione con prevenzione/MMG
- coinvolgere conviventi e operatori

**"Dopo il trapianto non facciamo un richiamo: ricostruiamo una protezione."**

# HSCT: timing essenziale della revaccinazione

Le tempistiche variano tra centri e condizioni cliniche, ma alcuni snodi sono ricorrenti.



Nota pratica: i vaccini inattivati si possono somministrare in sicurezza; rinviare può aumentare il periodo di vulnerabilità. La risposta migliora col tempo, ma il rischio infettivo è precoce.

# H SCT: quando essere piu cauti?

Non esiste una sola schedula valida per tutti: GVHD, immunosoppressione, ipogammaglobulinemia e terapie anti-B-cellule cambiano la probabilit  di risposta.

**GVHD / immunosoppressione**

puo ridurre la risposta, ma il rischio infettivo resta alto

**Rituximab recente**

rinvia vaccini programmabili se <6 mesi dall'ultima dose

**Ipogammaglobulinemia**

valutare IgG, storia infettiva e indicazioni a Ig sostitutive

**Instabilit  clinica**

rimandare durante infezione non controllata o fase acuta severa

**Per i pazienti: un rinvio non significa "vaccino inutile",   una strategia per aumentare la probabilit  che il vaccino funzioni.**

# Rituximab / anti-CD20: il problema è la risposta

Gli anti-CD20 riducono le cellule B: il vaccino può essere sicuro, ma la risposta anticorpale può essere molto attenuata.

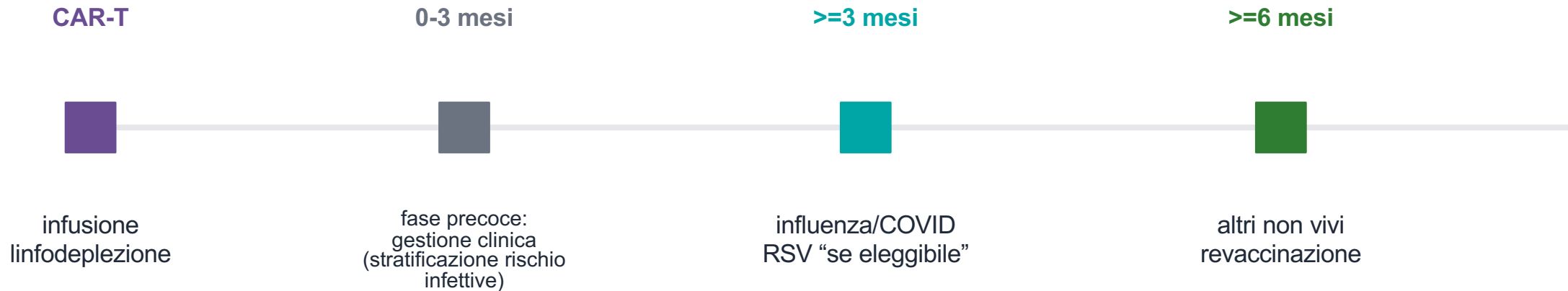


## Timing pratico:

- prima della terapia: idealmente 2-4 settimane
- dopo anti-CD20: per vaccini programmabili valutare  $\geq 6$  mesi
- stagionali: non perdere la finestra se rischio elevato
- considerare risposta sierologica quando utile

# CAR-T: protezione da ricostruire

Dopo CAR-T dirette contro antigeni B/plasma-cellulari (CD19/BCMA) possono coesistere aplasia B, ipogammaglobulinemia e risposta vaccinale ridotta



- la schedula è meno standardizzata rispetto a HSCT - va individualizzata
- **la protezione dei conviventi diventa ancora piu importante**

# Bispecifici: rischio infettivo e dati in evoluzione

Nei pazienti trattati con bispecifici, soprattutto nel mieloma, il problema è spesso una immunosoppressione continua: citopenie, ipogammaglobulinemia e terapie precedenti.

**Ipogammaglobulinemia  
IgG basse / infezioni ricorrenti**

**Citopenie  
neutropenia - vulnerabilità precoce**

**Alterazione B/T  
risposta vaccinale imprevedibile**

La terapia spesso continua nel tempo: la protezione deve essere multimodale e rivalutata a ogni visita

## Vaccinazione:

- prima di iniziare se possibile
- durante terapia: decisione individuale
- attenzione a influenza/COVID/RSV, pneumococco, zoster ricombinante
- **Ig sostitutive e profilassi sono complementari**

# Vaccini stagionali: non perdere la finestra

Nei pazienti immunocompromessi la protezione stagionale è una priorità organizzativa: va pianificata prima che il virus circoli intensamente.

## Influenza

annuale  
preferire inattivato

## COVID-19

aggiornato  
secondo campagna

## RSV

se eleggibile  
per età/rischio

## Co-somministrazione

COVID-19, influenza e RSV possono essere somministrati insieme quando appropriato.

## Contatti stretti

Familiari e caregiver vaccinati riducono le occasioni di esposizione.

## Italia

Riferirsi sempre a circolari Ministero/Regione aggiornate per stagione e categorie.

# Aumentare la copertura: **un percorso, non un promemoria**

La copertura vaccinale cresce quando la responsabilità è condivisa con un piano ben definito



## Strumento semplice: "scheda vaccinale ematologica"

- diagnosi e terapia prevista
- vaccini già eseguiti
- prossima finestra vaccinale

## Team infettivologico dedicato

- “**Ospedale che vaccina**”: prescrizione e somministrazione vaccini indicati
- Team consulenti dedicato: stratificazione del rischio al baseline + follow-up

# TAKE-HOME

1

## **Il vaccino è parte della cura.**

Non è un extra: è una misura di protezione nel percorso ematologico.

2

## **La data è parte della prescrizione.**

Prima della terapia quando possibile; dopo HSCT/CAR-T/anti-CD20 secondo finestre immunologiche.

3

## **La protezione è di squadra.**

Quando la risposta del paziente può essere debole, diventano importanti caregiver, familiari e operatori “coperti e aggiornati”.

**Vaccino giusto. Momento giusto. Rete giusta.**

# References

1. Kamboj M, Bohlke K, Baptiste DM, et al. Vaccination of Adults With Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2024;42:1699-1721. doi:10.1200/JCO.24.00032.
2. Kamboj M, Bohlke K, Kohn EC. Vaccination of Adults with Cancer: ASCO Guideline Clinical Insights. *JCO Oncol Pract*. 2024;20(7):889-892. doi:10.1200/OP.24.00107.
3. de la Camara R, Meisel R. Vaccinations. In: *The EBMT Handbook*. 8th ed. Springer; 2024. doi:10.1007/978-3-031-44080-9\_29.
4. Cordonnier C, Einarsdottir S, Cesaro S, et al. Vaccination of haemopoietic stem cell transplant recipients: ECIL 7 guidelines. *Lancet Infect Dis*. 2019;19:e200-e212. doi:10.1016/S1473-3099(18)30600-5.
5. IDSA. 2025 Guidelines on the Use of Vaccines for the Prevention of Seasonal COVID-19, Influenza, and RSV Infections in Immunocompromised Patients. Published Oct 17, 2025; updated Nov 18, 2025.
6. Raje N, Anderson K, Einsele H, et al. Monitoring, prophylaxis, and treatment of infections in patients with multiple myeloma receiving bispecific antibody therapy. *Blood Cancer J*. 2023;13:116. doi:10.1038/s41408-023-00879-7.
7. Mohan M, et al. Recommendations on prevention of infections during CAR T-cell and bispecific antibody therapy in multiple myeloma. *Br J Haematol*. 2023. doi:10.1111/bjh.18909.
8. Ministero della Salute / ISS Epicentro. PNPV 2023-2025; raccomandazioni annuali influenza; circolari stagionali anti-COVID-19.