

Calendario per la Vita e Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019

G. Gabutti

**Dipartimento di Scienze Mediche
Università degli Studi di Ferrara**

Per **calendario delle vaccinazioni** si intende la **successione cronologica con cui vanno effettuate le vaccinazioni.**

Esso costituisce:

- **un'utile guida sia per gli Operatori sanitari sia per gli utenti**
- **lo strumento per rendere operative le strategie vaccinali e conseguire gli obiettivi delle diverse vaccinazioni.**



Il Calendario delle vaccinazioni deve essere uno strumento flessibile e aggiornato sulla base della:

- **disponibilità di nuovi vaccini**
- **evoluzione della situazione epidemiologica**

Calendario delle vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente a tutta la popolazione (PNPV 2012-14)

Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	11-18 anni	> 65 anni	Ogni 10 anni
Difterite-Tetano-Pertosse		DTPa	DTPa		DTPa			DTPa ¹	dTpa		dT ²
Poliomielite		IPV	IPV		IPV			IPV			
Epatite B	HBV ³	HBV	HBV		HBV						
Haemophilus Influenzae b		Hib	Hib		Hib						
Morbillo-Parotite-Rosolia						MPR		MPR	MPR ⁴		
Pneumococco		PCV	PCV		PCV						
Meningococco C						Men C ⁵			Men C ⁵		
Infezione papillomavirus umano									HPV ⁶ (3 dosi)		
Influenza										Influenza	
Varicella									Var ⁷ (2 dosi)		

3° mese si intende dal 61° giorno di vita

5-6 anni si intende dal 5° compleanno (5 anni e 1 giorno) ai 6 anni e 364 giorni(7° compleanno)

12° anno si intende da 11 anni e 1 giorno (11° compleanno) fino a 11 anni e 364 giorni (12° compleanno)

11-18 anni si intende da 11 anni e un giorno (11° compleanno) fino ai 17 anni e 364 giorni (18° compleanno)

eip anno 39 (4) luglio-agosto 2015



Vaccine coverage in Italy and assessment of the 2012-2014 National Immunization Prevention Plan
 Coperture vaccinali in Italia e valutazione dell'attuazione del PNPV 2012-2014

Paolo Bonanni,¹ Antonio Ferro,¹ Raniero Guerra,² Stefania Iannazzo,² Anna Odone,¹ Maria Grazia Pompa,² Elvira Rizzato,² Carlo Signorelli¹

LAST MINUTE SESSION
 Wednesday 14 October
 h. 10.00-11.00
 Brown room 3

Figure 2 (A-C)
Coperture vaccinali: trend temporali per alcuni vaccini (2000-2014).

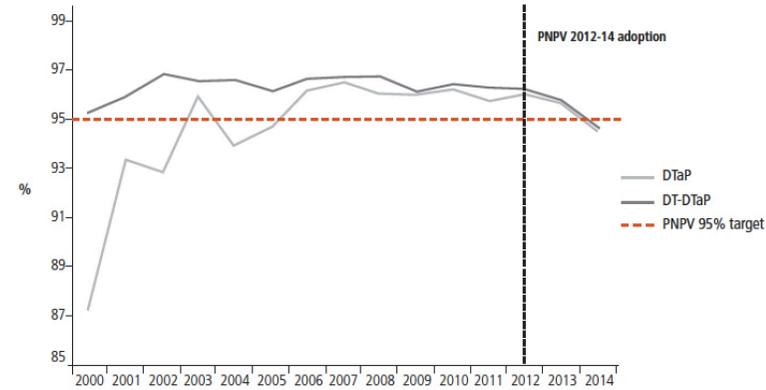


Figure 2A.
Diphtheria - Tetanus - Pertussis
Diphtheria and tetanus vaccine (DT) + diphtheria, tetanus, and acellular pertussis vaccine (DTaP) coverage at 24 months for completed courses (three doses).

Figura 2A.
Difterite - Tetano - Pertosse
Coperture vaccinali al 24° mese per vaccini difterite-tetano (DT) + difterite-tetano-pertosse acellulare (DTPa) - ciclo di base completo (3 dosi).

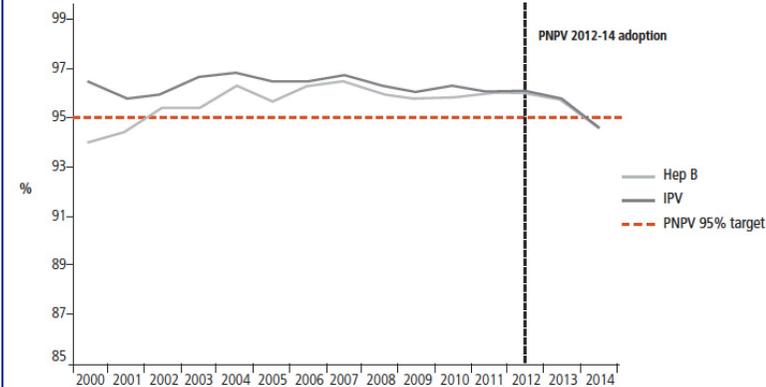


Figure 2B.
Poliomyelitis - Hepatitis B
Inactivated Polio vaccine (IPV) and hepatitis B vaccine (HepB) coverage at 24 months for completed courses (three doses).

Figura 2B.
Poliomielite - Epatite B
Coperture vaccinali al 24° mese per vaccini antipolio inattivato (IPV) e anti-epatite B (Hep B) - ciclo di base completo (3 dosi).

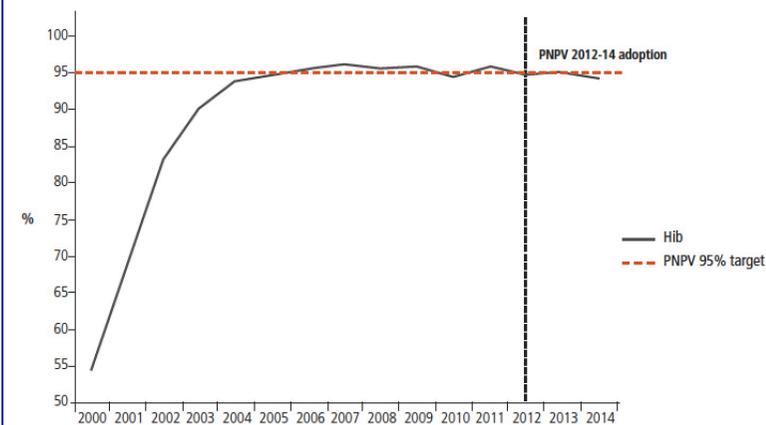


Figure 2C.
Haemophilus influenzae type B (Hib) disease
Haemophilus influenzae type B (Hib) coverage at 24 months for completed courses (1, 2, or 3 doses, based on age)

Figura 2C.
Patologia da Haemophilus influenzae tipo B
Coperture vaccinali al 24° mese per vaccino anti-*Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) - ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età.

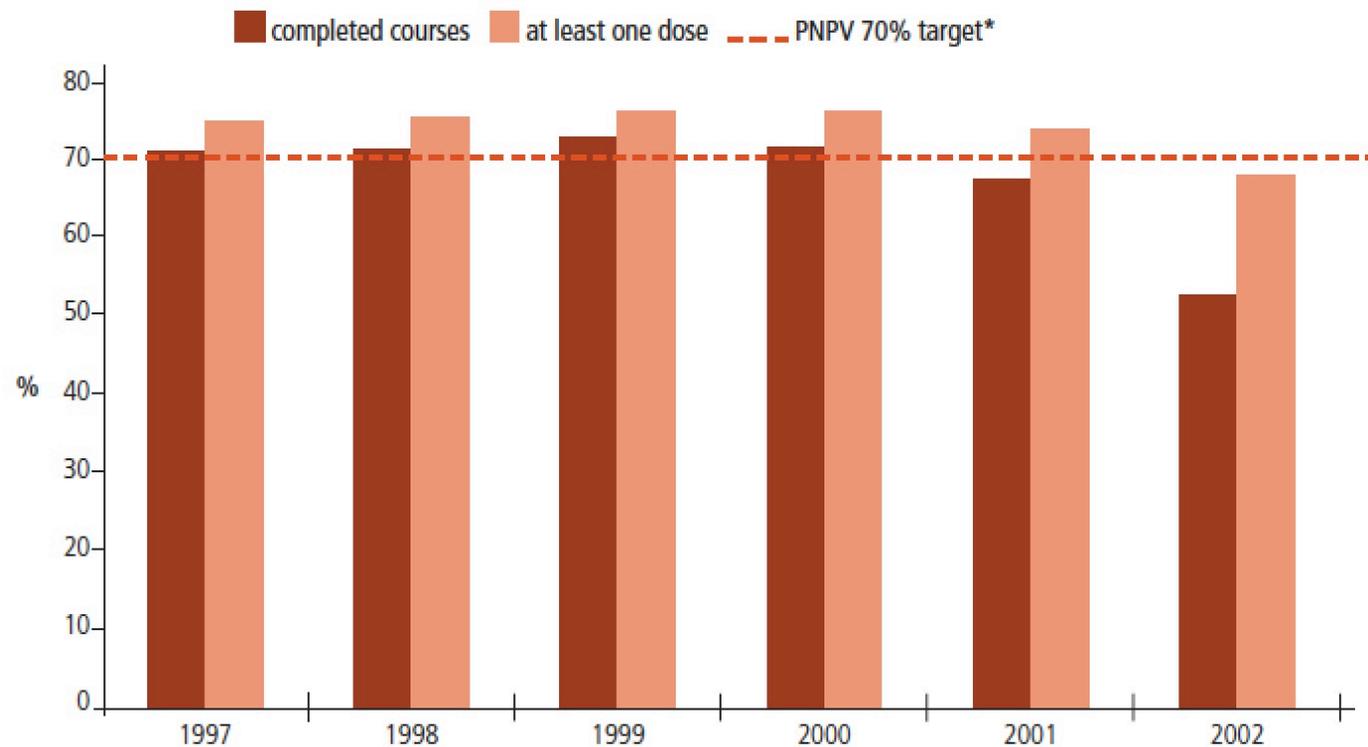


Figure 4. National-level HPV vaccine coverage by birth cohort

*PNPV HPV coverage targets: 70% from the 2001 birth cohort - 80% from the 2002 birth cohort - 95% from the 2003 birth cohort

Figura 4. Coperture vaccinali nazionali per vaccino anti-HPV, per coorte di nascita.

*target di copertura del PNPV: 70% a partire dalla coorte del 2001, 80% a partire dalla coorte del 2002, 95% a partire dalla coorte del 2003.

Figure 5. Influenza immunization coverage rates in subjects aged ≥ 65 years by region and at the national level.

Figura 5. Coperture vaccinali per vaccino antinfluenzale nei soggetti ≥ 65 anni, per Regione e a livello nazionale.

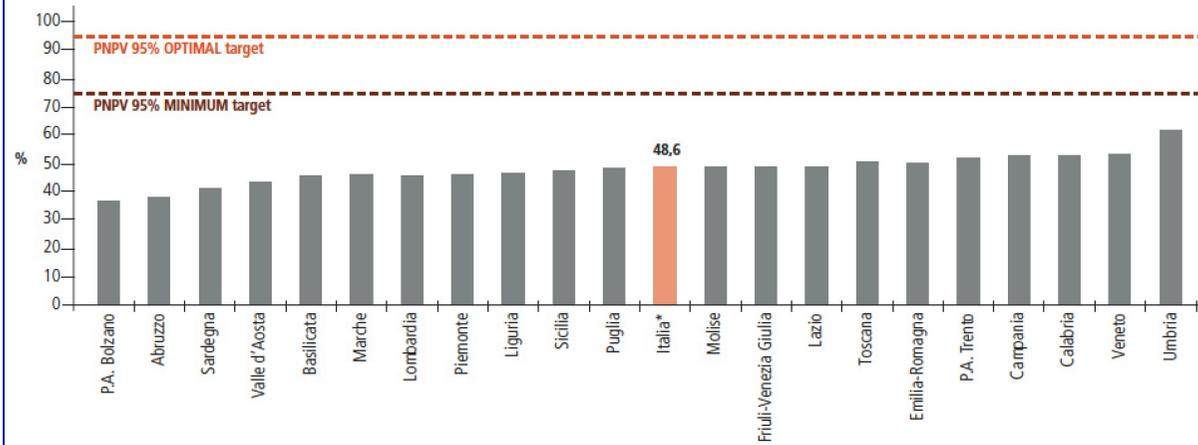


Figure 5A. Influenza vaccine coverage by region for flu seasons 2014-2015.

Figura 5A. Coperture vaccinali per la stagione influenzale 2014-2015, per Regione.

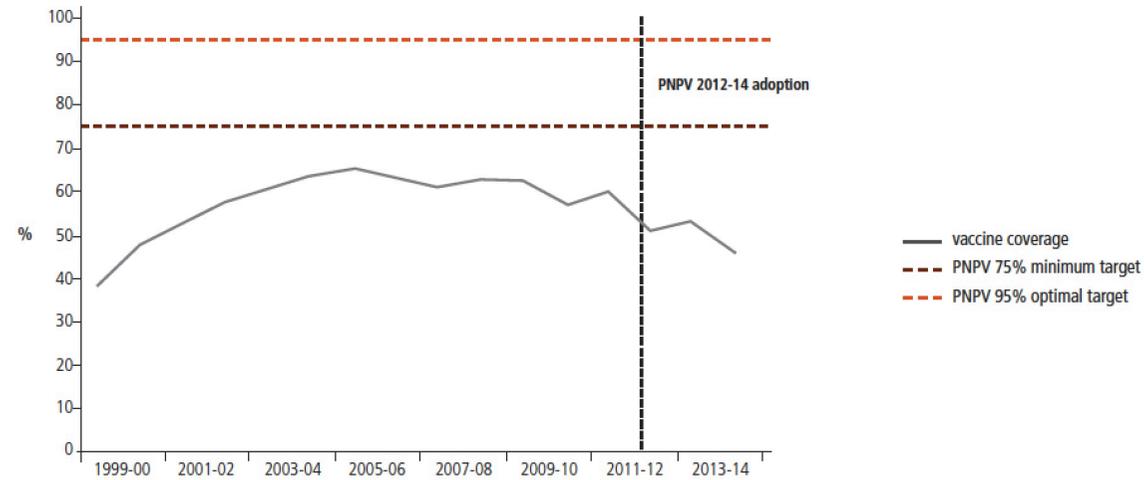


Figure 5B. National-level influenza vaccine coverage over time (from 1999-2000 to 2014-2015).

Figura 5B. Coperture vaccinali nazionali: trend temporali (stagioni influenzali da 1999-2000 a 2014-2015).

GRAFICO 1. Coperture vaccinali (%) nella popolazione infantile e adolescente residente nella Regione Emilia-Romagna - anno 2015

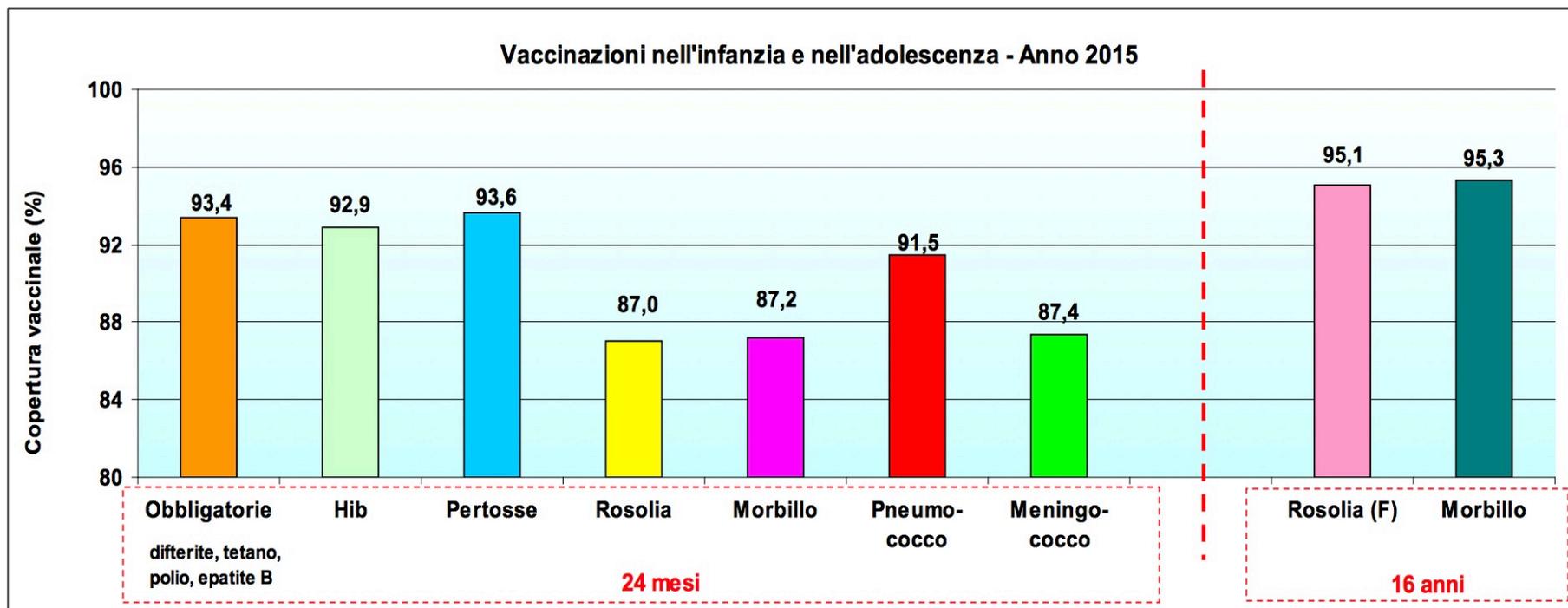
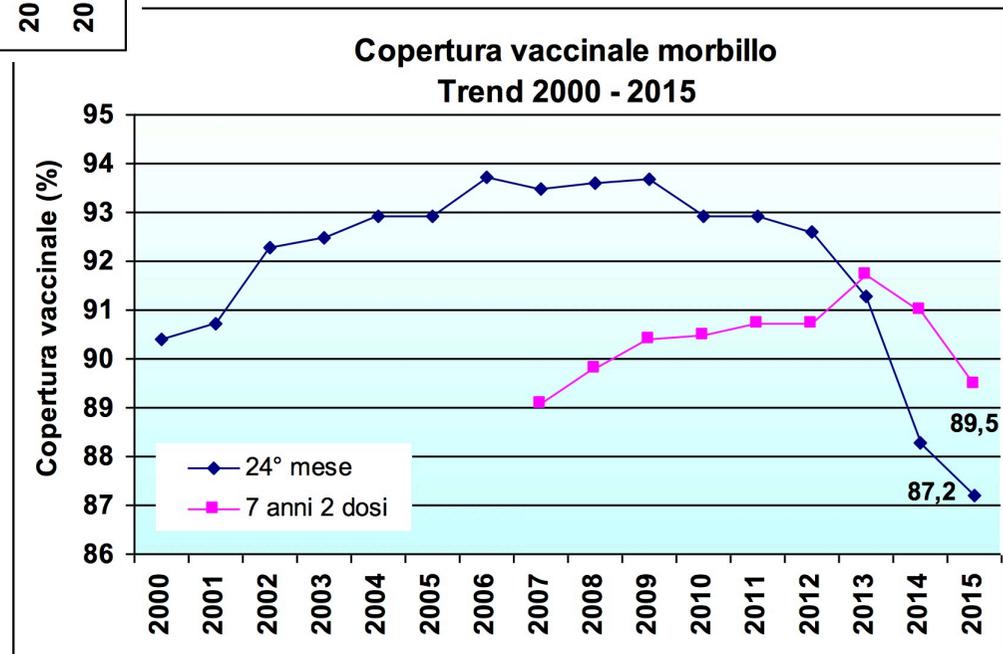
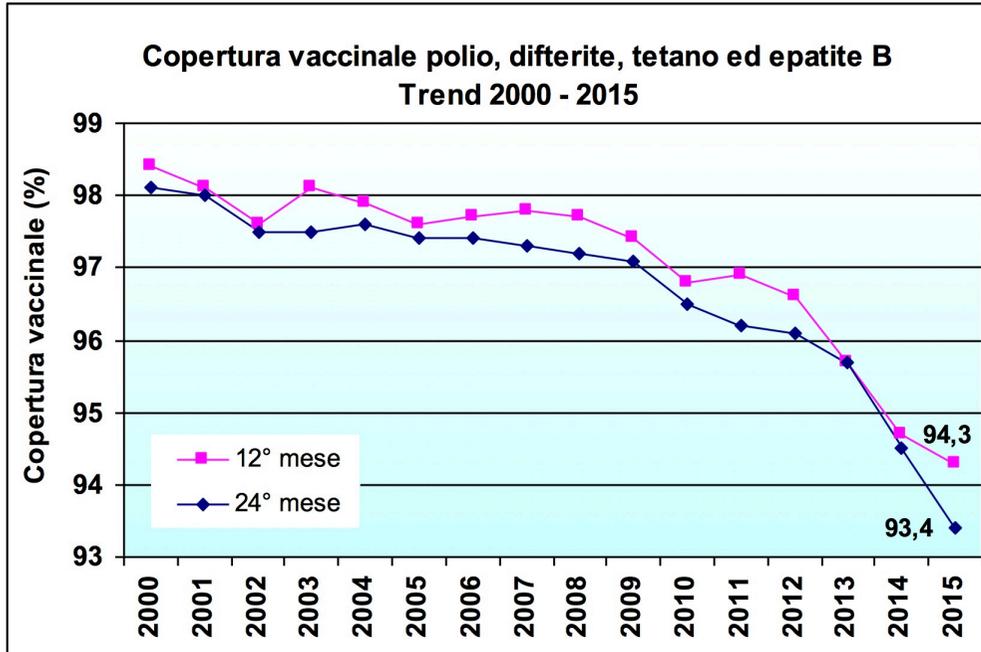


TABELLA 2. Coperture vaccinali (%) al 24° mese e 7 anni - Italia* e Emilia-Romagna, anno 2015

	Italia* Coperture vaccinali (%)	Emilia-Romagna Coperture vaccinali (%)
Polio	93,4	94,0
Difterite	93,4	93,7
Tetano	93,6	94,3
Epatite B	93,2	93,5
Pertosse	93,3	93,6
Morbillo	85,3	87,2
Meningococco C	76,6	87,4
Pneumococco	88,7	91,5
Parotite	85,2	87,0
Rosolia	85,2	87,0
Hib	93,0	92,9
MPR 7 Anni 2 dosi	82,8	88,9

* Ministero della Salute – dati 2015 - aggiornamento al 11.10.16

Emilia Romagna



Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano

Intesa 19 gennaio 2017

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019». (Rep. atti n. 10/CSR) (17A01195)

(G.U. Serie Generale , n. 41 del 18 febbraio 2017)

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 19 gennaio 2017:

Visto l'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilita' per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-regioni o di Conferenza unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

Vista l'Intesa tra il Governo e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in questa Conferenza nella seduta del 22 febbraio 2012 sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014» (Rep. Atti n. 54/CSR);

Vista l'Intesa tra il Governo e le regioni e le province autonome

di Trento e di Bolzano sancita in questa Conferenza nella seduta del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. Atti n. 82/CSR);

Vista l'Intesa tra il Governo e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in questa Conferenza nella seduta del 13 novembre 2014 sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale per gli anni 2014-2018» (Rep. Atti n. 156/CSR);

Vista l'Intesa tra il Governo e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in questa Conferenza nella seduta del 7 settembre 2016 sullo «Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)» (Rep. Atti n. 157/CSR) ed, in particolare, l'art. 4 e l'allegato B, ed altresì l'allegato 1, sezione A3;

Visto l'art. 1, comma 408, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, che prevede a decorrere dall'anno 2017, nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale una specifica finalizzazione, pari a 100 milioni di euro per l'anno 2017, a 127 milioni di euro per l'anno 2018, a 186 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019, per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini;

Visti i pareri resi dal Consiglio superiore di sanita' nella seduta del 9 giugno 2015 e del 3 dicembre 2015;

Vista la nota in data 17 gennaio 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di Intesa indicata in oggetto, unitamente al Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Vista la nota in pari data, con la quale il predetto documento e' stato diramato alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano;

Acquisito nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle regioni e province autonome sulla proposta in esame;

Sancisce intesa

tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019» che, in allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Roma, 19 gennaio 2017

Razionale Calendario per la Vita - 3° Edizione 2016

Dopo due anni dalla seconda edizione del 2014, il Calendario per la Vita si rinnova ed aggiorna.

La collaborazione sempre più consolidata 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 (FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri) e per l'adulto (FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) attraverso l'elaborazione condivisa di una proposta di calendario per tutte le età della vita, ha costituito un'indubbia novità nel panorama del rapporto tra mondo scientifico ed istituzioni nello scorso quadriennio.

La originalità di questo approccio e la rilevanza delle proposte del Board del Calendario della Vita sono divenute sempre più evidenti dal 2012 (anno della prima proposta di Calendario) ad oggi. Esse sono divenute paradigma di riferimento riconosciuto non solo dagli esperti nel settore, ma anche a livello istituzionale, tanto da diventare elemento ispiratore per proposte di nuovi calendari vaccinali sia a livello di molte Regioni, sia a livello nazionale. Le proposte del Calendario hanno inteso fornire indicazione sulle opportunità di immunizzazione della popolazione basate sulle più recenti novità scientifiche, cercando di contribuire a colmare la finestra temporale che in tutta Europa intercorre tra l'autorizzazione all'immissione in commercio dei nuovi vaccini, e il momento in cui essi sono applicati in programmi di vaccinazione di routine. Un lavoro scientifico pubblicato tre anni fa (Blank P et al, *Vaccine* 2013) aveva infatti rilevato come il tempo che intercorre tra l'autorizzazione all'immissione in commercio di un nuovo vaccino e il suo inserimento nei programmi di immunizzazione routinaria è mediamente di oltre 6 anni per i vaccini che vengono infine riconosciuti come meritevoli di applicazione universale. Sempre più ciò indica la necessità di lavorare su protocolli condivisi per generare in tempi ragionevoli valutazioni di *Health Technology Assessment* (HTA) che sostengano le decisioni di applicare o rinviare l'introduzione di una nuova vaccinazione, creando e consolidando una rete di esperti delle varie discipline necessarie alla predisposizione di tali documenti.

Razionale Calendario per la Vita - 3° Edizione 2016

Non va dimenticato, infatti, che fin dall'inizio il Calendario per la Vita ha voluto fornire alla popolazione e agli operatori sanitari chiare indicazioni su quanto le vaccinazioni siano importanti per la salute individuale e collettiva, dalla nascita fino all'età anziana, colmando anzitutto in modo autorevole un debito informativo su tutto ciò che la ricerca in campo vaccinale ci mette a disposizione, e che è supportato per il suo utilizzo da chiare evidenze. Molti di noi si stanno impegnando in iniziative di sostegno alla cultura delle vaccinazioni attraverso progetti formativi nelle scuole, servizi di consulenza telefonica per la popolazione, progetti di formazione per personale sanitario anche mediante formazione a distanza, per citare solo alcune delle più rilevanti attività intraprese.

E' inoltre importante ribadire anche il ruolo di sostegno professionale che la pubblicazione delle proposte del Calendario rappresenta per il personale sanitario. Riprendendo quanto già riportato in occasione della presentazione della versione del 2014, il dettato normativo della Legge 8

novembre 2012 n. 189 all'articolo 3, postula - a tutela di ogni professionista sanitario - un'efficace scriminante laddove prevede che *"l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve"*. In buona sostanza, seguendo le indicazioni del Calendario, in caso di accertata responsabilità professionale, si risponderà esclusivamente per colpa grave. Tale disposizione costituisce ulteriore stimolo per le Società Scientifiche che, nel produrre indicazioni ed indicare *good practices*, pongono in essere un'efficace azione di prevenzione di tutela giudiziaria per tutti i professionisti delle vaccinazioni. L'aggiornamento delle indicazioni del Calendario a due anni dall'ultima edizione rappresenta anche in questo campo una opportuna iniziativa che mira a fornire agli operatori a qualunque titolo coinvolti nella attività vaccinali l'aggiornamento delle migliori pratiche professionali.

Razionale Calendario per la Vita - 3° Edizione 2016

Inoltre, è nostra intenzione allargare gli ambiti di intervento del Calendario per la Vita e passare dalla attuale attività di promozione di un calendario vaccinale con una condivisa promozione delle vaccinazioni di comprovata efficacia e sicurezza e buon rapporto costo efficacia, ad una attività che tenga conto anche della modalità pratica di offerta delle vaccinazioni. A questo riguardo, in considerazione di quanto contenuto nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2016-2018, riteniamo di poter proporre modelli di erogazione delle vaccinazioni in cui la Pediatria di famiglia possa essere coinvolta non solo nella promozione, ma anche nell'effettuazione delle vaccinazioni, ovviamente considerando la flessibilità necessaria alle diverse realtà organizzative regionali.

Abbiamo anche deciso di intraprendere due importanti nuove iniziative, che vedranno la luce successivamente alla presente tradizionale proposta di aggiornamento del calendario delle vaccinazioni raccomandate: la prima intende affrontare i temi del consenso e del dissenso alle vaccinazioni, la seconda prevede la predisposizione di un manuale pratico (da aggiornare con continuità) sugli aspetti organizzativi della somministrazione delle vaccinazioni (ad esempio, tema della co-somministrazione dei vaccini, "best practices" organizzative dell'offerta delle vaccinazioni, etc.). Speriamo, con queste nuove idee, di contribuire ancora di più alla formazione ed informazione di tutti gli operatori a diverso titolo coinvolti nelle vaccinazioni, affinché con convinzione ed entusiasmo comunichino alla popolazione l'importanza della prevenzione vaccinale come misura fondamentale per un presente ed un futuro in salute.

Calendario Vaccinale per la Vita 2016 (SItI, SIP, FIMP, FIMMG)

(vedere testo per le raccomandazioni specifiche relative a ciascuna vaccinazione)

Vaccino	0gg - 30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	↻	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa**	dTPa/IPV	1 dose dTpa*** ogni 10 anni			
IPV		IPV		IPV			IPV			IPV						
Epatite B	EpB - EpB*	EpB		EpB*			EpB					3 Dosi: Pre Esposizione (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: Post Esposizione (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o Pre Esposizione imminente (0, 1, 2, 12)				
Hib		Hib		Hib			Hib									
Pneumococco		PCV		PCV			PCV	^^PCV			PCV/PPV		/ PCV			
MPRV							MPRV				MPRV					
MPR							MPR				oppure	MPR	2 dosi MPR**** + V (0-4/8 settimane)			
Varicella								V			MPR + V	oppure MPR + V				
Meningococco C							Men C o MenACWY coniugato	Men C o MenACWY coniugato				MenACWY coniugato 1 dose				
Meningococco B		Men B	Men B		Men B		Men B	Men B				Men B	Men B			
HPV												HPV*: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino); fino ad età massima in scheda tecnica				
Influenza							Influenza**					1 dose all'anno		1 dose all'anno		
Herpes Zoster															1 dose#	
Rotavirus		Rotavirus##														
Epatite A									EpA###			EpA###		2 dosi (0-6-12 mesi)		

	Cosomministrare nella stessa seduta		Opzioni di cosomministrazione nella stessa seduta o somministrazione in sedute separate
	Somministrare in seduta separata		Vaccini per categorie a rischio

Note

*) Nei figli di madri HBsAg positive, somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle Ig specifiche, la prima dose di vaccino. Il ciclo va completato con la 2a dose a distanza di 4 settimane dalla prima; a partire dalla 3° dose, che deve essere effettuata dal 61° giorno, si segue il calendario con il vaccino combinato esavalente.

^^ Pur lasciando ai decisori territoriali la valutazione finale della schedula migliore in funzione dell'offerta vaccinale locale e delle sue tempistiche, si ritiene utile suggerire uno schema di inserimento della vaccinazione anti-meningococco B. La sequenza di vaccinazione raccomandata è la seguente (i giorni sono ovviamente indicativi e non cogenti):

- Esavalente + Pneumococco ad inizio 3° mese di vita (61° giorno di vita)
- Meningococco B dopo 15 giorni (76° giorno)
- Meningococco B dopo 1 mese (106° giorno)
- Esavalente + Pneumococco dopo 15 giorni, ad inizio 5° mese di vita (121° giorno)
- Meningococco B dopo 1 mese, ad inizio 6° mese di vita (151° giorno)
- Esavalente + Pneumococco a 11 mesi compiuti
- Meningococco B al 13° mese
- Meningococco C, sempre dopo il compimento dell'anno di vita
- Somministrazione di MPR o MPRV in possibile associazione con meningococco C o meningococco B, in funzione dei diversi calendari regionali (vedi schema per possibili combinazioni)

Si sottolinea che in caso di co-somministrazione di Meningococco B + Vaccino MPR o MPRV dovrà essere effettuato un attento counselling ai genitori, spiegando la possibilità del verificarsi di febbre entro le prime ore dopo la vaccinazione e anche dopo circa 10 giorni dalla stessa. La schedula potrebbe essere testata inizialmente in alcune Regioni pilota

**) La terza dose va somministrata ad almeno 6 mesi di distanza dalla seconda. La quarta dose, l'ultima della serie primaria, va somministrata nel 5°-6° anno. E' possibile anche utilizzare dai 4 anni la formulazione tipo adulto (dTpa) a condizione che siano garantite elevate coperture vaccinali in età adolescenziale.

***) I successivi richiami vanno eseguiti ogni 10 anni.

****) In riferimento ai focolai epidemici degli scorsi anni, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia di età (*catch-up*) anche una ricerca attiva dei soggetti non vaccinati (*mop-up*).

^) Soggetti anamnesticamente negativi per varicella. Somministrazione di due dosi di vaccino a distanza di ≥ 1 mese l'una dall'altra.

^^) Bambini che inizino la vaccinazione nel corso del secondo anno di vita devono eseguire due dosi; qualora iniziassero nel corso del terzo anno è sufficiente una dose singola.

§) Dose singola. La vaccinazione contro il meningococco C o con vaccino Men ACWY coniugato viene eseguita per coorte al 13°-15° mese di vita. Per la seconda coorte a 12-14 anni, si raccomanda che una dose di vaccino Men ACWY coniugato sia effettuata sia ai soggetti mai vaccinati in precedenza, sia ai bambini già immunizzati nell'infanzia con Men C o Men ACWY. Nei soggetti a rischio la vaccinazione contro il meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive, di cui l'ultima, comunque, dopo il compimento dell'anno di vita.

°) Somministrare due dosi a 0 e 6 mesi (vaccino bivalente e nove-valente tra 9 e 14 anni; vaccino quadrivalente tra 9 e 13 anni), tre dosi ai tempi 0, 1, 6 (bivalente) o 0, 2, 6 mesi (quadrivalente e nove-valente) nelle età successive. Per accelerare la campagna di prevenzione, è raccomandata una strategia multi coorte nelle femmine, estensione a una coorte di adolescenti maschi, e comunque il co-pagamento (*social-price*) per le categorie senza offerta gratuita.

°°) Vaccinare con il vaccino stagionale, oltre ai soggetti a rischio previsti dalla Circolare Ministeriale, anche i bambini che frequentano stabilmente gli asili o altre comunità. Si raccomanda il progressivo abbassamento dell'età adulta per l'offerta universale fino ai 50 anni.

#) Somministrazione raccomandata per età ad almeno una coorte di soggetti ≥ 60 anni e per rischio.

##) Raccomandato in offerta universale, co-somministrabile con tutti gli altri vaccini previsti per i primi mesi di vita.

###) Indicazioni per aree geografiche ad elevata endemia (2 coorti, 15/18 mesi e 12 anni). Offerta universale gratuita per bambino (0-14 anni) viaggiatore all'estero.

Calendario Vaccinale per la Vita 2016: cambiamenti dalla versione precedente (colore)

Vaccino	Ogg - 30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese		6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa**	dTPaIPV	1 dose dTpa*** ogni 10 anni e in gravidanza			
IPV		IPV		IPV			IPV			IPV						
Epatite B	EpB - EpB*	EpB		EpB*			EpB						3 Dosi: Pre Esposizione (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: Post Esposizione (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o Pre Esposizione imminente (0, 1, 2, 12)			
Hib		Hib		Hib			Hib									
Pneumococco		PCV		PCV			PCV	^^PCV			PCV/PPV		PCV			
MPRV							MPRV				MPRV					
MPR							MPR				oppure MPR + V	MPR o p p u r e + V	2 dosi MPR**** + V (0-4/8 settimane)			
Varicella								V								
Meningococco C							Men C o MenACWY coniugato	Men C o MenACWY coniugato				MenACWY coniugato 1 dose				
Meningococco B			Men B	Men B		Men B		Men B	Men B			Men B	Men B			
HPV												HPV*: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino); fino ad età massima in scheda tecnica				
Influenza							Influenza**				1 dose all'anno		1 dose all'anno			
Herpes Zoster															1 dose#	
Rotavirus		Rotavirus## (da 6° settimana di vita)														
Epatite A									EpA###			EpA###		2 dosi (0-6-12 mesi)		

Raccomandazioni presenti nella precedente versione
 Le Novità

Opzioni di co-somministrazione nella stessa seduta o somministrazione in sedute separate

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale

PNPV 2017-2019



17 gennaio 2017

Indice

Indice	2
Razionale	3
Il Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020	3
Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.....	5
Scopo del documento	8
Obiettivi del Piano	12
Scenario	15
Malattie prevenibili e vaccinazioni.....	15
Il valore etico e sociale delle vaccinazioni	17
I costi della mancata vaccinazione	211
Le coperture vaccinali	255
Gli eventi avversi a vaccino.....	29
Le priorità	36
Mantenere lo stato Polio free.....	36
Perseguire gli obiettivi del PNEMoRc e rafforzare le azioni per l'eliminazione.....	39
Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni, l'accesso ai servizi e la disponibilità dei vaccini.....	42
Prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e con bassa copertura vaccinale (HiR.Groups).....	47
Elaborare un Piano di comunicazione istituzionale sulle vaccinazioni.....	48
Principi Guida	50
Il calendario vaccinale	52
Le vaccinazioni per fascia d'età	55
Primo anno.....	55
Secondo anno.....	56
L'infanzia (5-6 anni).....	56
L'adolescenza (11-18 anni).....	57
L'età adulta (19-64 anni).....	58
Le donne in età fertile.....	58
Soggetti di età \geq 65 anni.....	59
Le vaccinazioni per soggetti affetti da alcune condizioni di rischio	61
Le vaccinazioni per soggetti a rischio per esposizione professionale	67
Le vaccinazioni per soggetti a rischio per determinati comportamenti o condizioni	73
Le vaccinazioni per i viaggiatori internazionali	75
Informatizzazione anagrafe vaccinale	78
Monitoraggio e valutazione	81
Allegato 1: Costo della malattia in assenza di vaccinazione e riduzione annua dei costi diretti stimati per la malattia	86
Allegato 2: Modalità di gestione e flussi informativi per le emergenze connesse ai vaccini	88
Contributi	90

Il Piano d'azione europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (EVAP 2015-2020) rappresenta la contestualizzazione del Piano Globale (GVAP 2011-2020) nella Regione Europea dell'OMS



Il PNP 2014-2018 rappresenta la cornice al cui interno si dispiegano anche le strategie vaccinali da attuare in maniera uniforme nel Paese, per raggiungere gli obiettivi, condivisi ed irrinunciabili, declinati nel presente PNPV.



L'attuale PNPV discende dal PNP 2014-2018 e dall'EVAP e si sviluppa sull'eredità del precedente PNPV 2012-2014 con cui condivide l'obiettivo generale ovvero l'armonizzazione..., l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità..., e a servizi di immunizzazione di livello eccellente

Il Piano identifica alcune criticità che si propone di risolvere:

1. Costo e variabilità delle procedure d'acquisto
2. Difficoltà logistiche e organizzative
3. Scarso peso attribuito alle vaccinazioni nei LEA
4. Vincoli normativi e obbligatorietà delle vaccinazioni
5. Difformità della rilevazione statistica e di certificazione

Allegato 1

Costo della malattia in assenza di vaccinazione e riduzione annua dei costi diretti stimati per la malattia

Fascia d'età	Vaccinazioni	Costo della malattia in assenza di vaccinazione	Casi evitati	Costi risparmiati per i casi evitati	Riferimenti bibliografici per i dati riferiti	Riduzione anno costi diretti stimati
I anno di vita	Meningo B	Si stimano in Italia circa 90 casi di meningococco B. Ciascun caso con sequele prevede un costo diretto sanitario pari a € 484.762. Si può stimare una spesa di € 44,5 milioni di euro	Per i soggetti vaccinati si stima una efficacia dell'87% [Di Pietro et al. 2013]	Se tutti i soggetti che hanno sviluppato una infezione si fossero vaccinati si otterrebbe una riduzione di spesa di oltre 38 milioni di euro	Di Pietro et al. 2013 HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT DELLA VACCINAZIONE CONTRO MENINGOCOCCO B. QUPH - 2013, Volume 2, Number 13	€ 38.759.608
	Rotavirus	Si stima che i costi totali diretti (calcolati su una popolazione di bambini pari o inferiore a 5 anni) siano di € 31.471.642 l'anno. Aggiungendo i costi indiretti la spesa sale a € 143.908.762 l'anno	Il rischio relativo degli studi registrativi di fase III (Rix4414 Vs Placebo): Gastroenteriti da Rotavirus severe: RR=0.153; Ospedalizzazioni da Rotavirus: RR=0.150. In pratica per i soggetti vaccinati vi è una riduzione del 75% del rischio di incorrere Gastroenteriti ed ospedalizzazioni	Si può ipotizzare che se tutti i soggetti che hanno sviluppato una infezione si fossero vaccinati si otterrebbe una riduzione di spesa di oltre 26 milioni di euro l'anno	Favaretti et al. 2014. Health Technology Assessment della vaccinazione anti-rotavirus con il vaccino Rotarix. QUPH - 2014, Volume 3, Number 7	€ 26.687.952
Il anno di vita	Varicella (1 ^a dose)	Uno studio di Coudeville L et al 2004 stima una spesa per eventi correlati alla varicella di oltre €875 milioni di costi diretti (considerando una coorte di bambini seguiti nel tempo).	In base alle coperture vaccinali evitate si potrebbero evitare: Copertura 90% = -82% dei casi di varicella, -68% delle ospedalizzazioni e -57% di mortalità Copertura 45% = -41% dei casi di varicella, -25% delle ospedalizzazioni e -18% di mortalità	Secondo lo studio di Coudeville, considerando la sola vaccinazione durante il secondo anno di vita, il SSN potrebbe ridurre la propria spesa per ospedalizzazioni, morti e trattamenti di 23,3 milioni di euro l'anno (ipotizzando un tasso di copertura del 90%)	Laurent Coudeville, Alain Brunot, Carlo Giaquinto, Carlo Lucioni and Benoit Dervaux, Varicella Vaccination in Italy An Economic Evaluation of Different Scenarios. Pharmacoeconomics 2004; 22 (13): 839-855	€ 23.300.000
5-6 anni di età	Varicella (2 ^a dose)	Uno studio di Coudeville L et al 2004 stima una spesa per eventi correlati alla varicella di oltre €875 milioni di costi diretti (considerando una coorte di bambini seguiti nel tempo).	In base alle coperture vaccinali considerate si potrebbero evitare (rispetto a nessuna vaccinazione e considerando la vaccinazione 1 ^a dose+2 ^a dose): Copertura 90% = -88% dei casi di varicella, -76% delle ospedalizzazioni e -20% di mortalità			
Adolescenti	HPV nei maschi 11enni	La spesa complessiva delle patologie HPV-correlate sostenuta dal SSN ammonta a circa € 528 milioni. Di questi, circa il 40% sono attribuibili a patologie nell'uomo (€ 211 milioni) [Baio et al, 2012]	Un recente modello di valutazione economica sviluppato in collaborazione tra UCL, Università di Roma "Tor Vergata" e Kingston University stima una riduzione degli eventi HPV sul maschio grazie ad una vaccinazione universale pari al 64% degli eventi HPV-correlati nei	211 milioni spesi per patologie HPV nell'uomo, di cui il 64% prevenibile dalla vaccinazione per un risparmio complessivo di 71 milioni di euro l'anno	Baio G, Capone A, Marcellusi A, et al. Economic burden of human papillomavirus-related diseases in Italy. PLoS One 2012;7:11. Audisio, R. A., et al. (2015). "Public health value of universal HPV vaccination."	€ 71.000.000

			maschi [Haeussler et al, 2015, Audisio et al, 2015]		Crit Rev Oncol Hematol. Haeussler, K., Marcellusi, A., Mennini, F.S., Favato, G., Capone, A., Baio, G., 2014. Cost-Effectiveness Analysis of Universal Human Papillomavirus Vaccination Using a Dynamic Bayesian Methodology: The BEST II Study, Value in health 2015	
	IPV					
	Meningo tetravalente ACWY135					
Anziani	Pneumococco (PCV13+PPV23)	Ad oggi (2015) si stima che il costo delle conseguenze negative da pneumococco ammonti a 120 milioni di euro in 5 anni per la popolazione anziana in assenza della vaccinazione (spesa sostenuta per anziani vaccinabili a tassi di copertura attuali) [Mennini et al. 2015]	La vaccinazione anti-pneumococcica negli anziani (ipotesi tasso di copertura 5% negli ultra 65enni e 2% nei 50-64enni) consente di evitare oltre 5000 casi di NBPP (Non-Bacteremic Pneumococcal Pneumonia), più di 2500 i casi di IPD e circa 3200 e 3300 i casi di Meningitis Sequelae e Pneumococcal Sequelae rispettivamente a 5 anni [Mennini et al 2015].	La vaccinazione anti-pneumococco considerando tassi copertura minimi (5% negli ultra 65enni e 2% dei 50-64enni - stime su coperture attuali) consentirebbe un risparmio in termini di costi diretti di oltre 75 milioni di euro in 4 anni per eventi correlati allo pneumococco. Aumentando i tassi di copertura la spesa potrebbe raggiungere livelli di riduzione di costi diretti sanitari (non considerando la spesa per vaccino) ancora più elevati	Mennini FS, Marcellusi A, Giannantoni P, Valente S, Rinaldi A, Franno E. Budget impact analysis della vaccinazione anti-pneumococcica negli adulti/anziani in Italia. Global & Regional Health Technology Assessment 2015; 2 (1): 43-52	€ 18.750.000
	Zoster	In Italia, si verificano circa 130.000 casi di Herpes Zoster (HZ) e 12.000 di Neuropatia post-herpetica (PHN) nella popolazione con più di 50 anni (pari a circa 24,2 milioni di persone); il tasso di incidenza per l'HZ di 6,3/1.000. Il budget impact, a livello nazionale, di HZ e PHN è stato stimato in 41,2 milioni di euro/anno (costi 2005) comprendendo sia costi diretti (visite, cure, ospedalizzazioni) sia indiretti (perdita di produttività). Questi ultimi pesano per circa 1/3 sui costi totali (circa 13 milioni di euro/anno), mentre i restanti 28,2 sono i costi diretti.	Considerando un valore minimo di efficacia di campo (effectiveness) per il vaccino anti-HZ pari al 60%, il primo anno, con una CV=20%, un'incidenza di HZ pari 6,3/1.000 (casi tot. nei soggetti di 65 aa= 48.620), verrebbero evitati 9.724 casi di HZ e circa 898 casi di NPH.	Il risparmio stimato è pari a 3.081.760 per il 2016; 7.704.480 € per il 2017; 13.868.063 per il 2018. Tale valore è destinato ad aumentare di anno in anno, in quanto i soggetti vaccinati restano immunizzati e a questi si aggiungono quelli vaccinati negli anni successivi. E così, ogni anno aumenterà il numero di casi prevenuti e il relativo risparmio per lo Stato.	Adattato da: ZOSTAVAX FOR THE PREVENTION OF HERPES ZOSTER AND POSTHERPETIC NEURALGIA Pilot assessment using the draft HTA Core Model for Rapid Relative Effectiveness Assessment. V4.0 Final version, September 2013	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 (CV=30%): 3.081.760 € • 2017 (CV=40%): 7.704.480 € • 2018 (CV=50%): 13.868.063

Obiettivi

1. Mantenere lo stato *polio-free*
2. Raggiungere lo stato *morbillo-free* e *rosolia-free*
3. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio indicate, anche attraverso forme di revisione e di miglioramento dell'efficienza dell'approvvigionamento e della logistica del sistema vaccinale aventi come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento delle coperture descritte più oltre
4. Aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale, anche attraverso la conduzione di campagne di vaccinazione per il consolidamento della copertura vaccinale
5. Contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili
6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, interoperabili a livello regionale e nazionale, tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)
7. Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione
8. Promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del presente Piano, descritti come "10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia"
9. Sostenere, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il SSN, e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva, che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza
10. Attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di causalità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, ai sensi della legge 210/1992, per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti (Ministero della Difesa)
11. Favorire, attraverso una collaborazione tra le Istituzioni Nazionali e le Società Scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini.

Obiettivi di copertura

- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per le vaccinazioni anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati, e per le vaccinazioni anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni;
 - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 90\%$ per la vaccinazione anti dTpa negli adolescenti (5° dose), (range 11-18 anni);
 - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 90\%$ per la vaccinazione anti Poliomielite in una coorte di adolescenti (5° dose) (range 11-18 anni), con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
 - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per 1 dose di MPR entro i 2 anni di età;
 - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per la 2° dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti suscettibili (11-18 anni);
 - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per la vaccinazione antipneumococcica nei nuovi nati;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per la vaccinazione antimeningococcica C entro i 2 anni di età;
 - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per la vaccinazione antimeningococcica B nei nuovi nati, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
 - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACYW135 in una coorte di adolescenti (range 11-18 anni), con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
 - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per 1 dose di vaccinazione antivaricella entro i 2 anni di età, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
 - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per la 2° dose di vaccinazione antivaricella nei bambini di 5-6 anni di età, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
 - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per la vaccinazioni anti rotavirus nei nuovi nati, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
 - Raggiungimento, nelle ragazze nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV $\geq 95\%$;
 - Raggiungimento, nei ragazzi nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV $\geq 95\%$, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
 - Riduzione a meno del 5% della percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia;
 - Raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75%, come obiettivo minimo perseguibile, e del 95%, come obiettivo ottimale, negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i LEA;
 - Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione antipneumococcica del 75%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
 - Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione anti HZ del 50%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella.

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%

Altri punti chiave

- Malattie prevenibili e vaccinazioni
- Il valore etico e sociale delle vaccinazioni
- I costi della mancata vaccinazione
- Le coperture vaccinali
- Gli eventi avversi a vaccino
- Le priorità
 - ✓ Mantenere lo stato polio-free
 - ✓ Perseguire gli obiettivi del PNEMoRc e rafforzare le azioni per l'eliminazione
 - ✓ Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni, l'accesso ai servizi e la disponibilità dei vaccini
 - ✓ Prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e con bassa copertura vaccinale (HtRGroups)
 - ✓ Elaborare un piano di comunicazione istituzionale sulle vaccinazioni

Principi guida

10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia

- 1. Sicurezza**
- 2. Efficacia**
- 3. Efficienza**
- 4. Organizzazione**
- 5. Etica**
- 6. Formazione**
- 7. Informazione**
- 8. Investimento**
- 9. Valutazione**
- 10. Futuro**

Calendario vaccinale

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇔	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	Soggetti ad aumentato rischio	
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***	dTpaIPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni			(1)	
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV						
Epatite B	EpB- EpB*	Ep B		Ep B			Ep B									(2)	
Hib		Hib		Hib			Hib									(3)	
Pneumococco		PCV		PCV			PCV								PCV+PPSV	(4)	
MPRV								MPRV			MPRV					(6)	
MPR								oppure MPR + V			oppure MPR + V					(5)	
Varicella																	
Meningococco C								Men C ^s				Men ACWY coniugato				(7)	
Meningococco B*^		Men B	Men B		Men B			Men B									
HPV												HPV°: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)			(8)		
Influenza															1 dose all'anno	(9)	
Herpes Zoster															1 dose#	(10)	
Rotavirus		Rotavirus## (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)															
Epatite A																(11)	

	<u>Cosomministrare nella stessa seduta</u>
	<u>Somministrare in seduta separata</u>
	<u>Vaccini per categorie a rischio</u>

Le vaccinazioni per fascia di età

- 1. Primo anno**
- 2. Secondo anno**
- 3. Infanzia (5-6 aa.)**
- 4. Adolescenza (11-18 aa.)**
- 5. Età adulta (19-64 aa.)**
- 6. Donne in età fertile**
- 7. Soggetti di età >65 aa.**

Le vaccinazioni per soggetti affetti da alcune condizioni a rischio

- 1. MPR**
- 2. Varicella**
- 3. Influenza**
- 4. HAV**
- 5. HBV**
- 6. Meningococco**
- 7. Pneumococco**
- 8. Hib**
- 9. Herpes Zoster**

Le vaccinazioni per soggetti a rischio per esposizione professionale

- 1. Operatori sanitari**
- 2. Personale di laboratorio**
- 3. Operatori scolastici**
- 4. Lavoratori a contatto con animali o materiale di origine animale**
- 5. Addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo**
- 6. Altre categorie di lavoratori a rischio**
 - 1. HAV**
 - 2. HBV**
 - 3. Influenza**
 - 4. TBE**
 - 5. MPR**
 - 6. Pertosse (dTpa)**
 - 7. Rabbia**
 - 8. TBC**
 - 9. Varicella**

Le vaccinazioni per soggetti a rischio per determinati comportamenti o condizioni

- 1. Influenza**
- 2. Difterite, Tetano, Pertosse**
- 3. HAV**
- 4. HBV**
- 5. HPV**
- 6. TBE**

Le vaccinazioni per i viaggiatori internazionali

- 1. Colera**
- 2. Encefalite giapponese**
- 3. TBE**
- 4. HAV**
- 5. HBV**
- 6. Febbre tifoide**
- 7. Meningococco**
- 8. Rabbia**

Il presente piano è stato formulato con il contributo di:

- Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute
- Gruppo di lavoro interistituzionale 'Strategie Vaccinali' (Ministero della Salute-Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Consiglio Superiore di Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità)
- Gruppo interregionale di Sanità Pubblica e Screening del Coordinamento interregionale della Prevenzione della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome
- Società Scientifiche: SItI, FIMG, FIMP, SIP
- Università di Tor Vergata, CEIS
- Consiglio Superiore di Sanità
- Conferenza Stato Regioni e Province Autonome

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

UFFICIO V – PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE

A

ASSESSORATI ALLA SANITÀ REGIONI
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE

ASSESSORATI ALLA SANITÀ PROVINCE
AUTONOME TRENTO E BOLZANO

U.S.M.A.F.-S.A.S.N. UFFICI DI SANITÀ
MARITTIMA, AEREA E DI FRONTIERA E
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA AL
PERSONALE NAVIGANTE

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

MINISTERO DELLA DIFESA
DIREZIONE GENERALE SANITÀ MILITARE

MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO P.S.
DIREZIONE CENTRALE DI SANITÀ

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE
SOCIALI

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI
MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE
MALATTIE DELLA POVERTÀ (INMP)

Lettera circolare

**OGGETTO: Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV
2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale**

Con l'approvazione del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), avvenuta mediante Intesa in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 (Rep. Atti n. 10/CSR), i cittadini Italiani potranno beneficiare di una offerta di salute, attiva e gratuita, tra le più avanzate in Europa.

Inoltre, proprio allo scopo di favorire la più ampia offerta vaccinale prevista dal nuovo Calendario, sul territorio nazionale, a garanzia di omogeneità, equità e sostenibilità nel tempo, tutte le vaccinazioni incluse nel Calendario nazionale sono state inserite tra i nuovi LEA e la legge 11 dicembre 2016, n. 232, ha definito un finanziamento ad hoc per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei vaccini ricompresi nel PNPV.

Poiché tutti i vaccini contenuti nel nuovo Calendario del PNPV 2017-2019 sono stati inseriti nel DPCM relativo all'adozione dei nuovi LEA, deve comunque essere promossa l'offerta attiva secondo quanto riportato nella presente circolare con la tempistica ivi indicata e garantita la gratuità per tutte le vaccinazioni previste dal Piano, su richiesta del cittadino, relativamente alle coorti di nascita o ai gruppi a rischio individuati dal Piano stesso nelle more dell'allineamento di tutte le Regioni e Province Autonome sull'offerta attiva di tutti i vaccini contemplati, che rappresenta un obiettivo del Piano.

L'offerta di ogni specifico vaccino, ovviamente, è mirata a specifiche fasce di età e ai soggetti che, per diverse condizioni, siano a maggior rischio.

Il nuovo PNPV e il relativo Calendario vaccinale hanno come obiettivo primario l'“armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva, attraverso l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza, e disponibili nel tempo (prevenendo, il più possibile, situazioni di carenza), e a servizi di immunizzazione di livello eccellente”.

Il nuovo PNPV rappresenta un'opportunità di salute per tutti i cittadini, perciò le differenze tra le regioni devono essere superate attraverso una strategia vaccinale nazionale coerente e uniforme.

La presente Circolare intende fornire indicazioni per garantire la realizzazione completa del PNPV con il pieno raggiungimento di tutti gli obiettivi specifici in esso declinati, secondo gli standard di risultato concordati per il periodo di vigenza del Piano stesso.

Tempistica di introduzione e obiettivi di copertura vaccinale delle nuove vaccinazioni in offerta attiva e gratuita.

Al fine di garantire l'erogazione di tutte le vaccinazioni previste come LEA e, quindi, del Calendario Vaccinale di cui all'Allegato 1 della presente Circolare, su tutto il territorio nazionale entro il 2018, il Ministero della Salute, tenuto conto delle richieste formulate dalle Regioni e Province Autonome, ha ridefinito la tempistica di introduzione dell'offerta attiva e gli obiettivi di copertura delle nuove vaccinazioni.

In questo modo si consente alle Regioni e alle Province autonome di adottare gli opportuni interventi di tipo logistico-organizzativo sul territorio, necessari a garantire un'offerta efficace ed efficiente per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale condivisi e previsti dal PNPV 2017-2019, e riportati nella Tabella 1.

Considerato l'approccio delle strategie vaccinali, che mirano a proteggere la popolazione raggiungendo adeguati livelli di copertura in specifiche coorti di nascita, è importante garantire la gratuità della vaccinazione anche a favore di coloro che aderiscano alla vaccinazione in ritardo, come osservato per la vaccinazione anti-HPV nelle ragazze undicenni. Per questo la gratuità d'offerta dovrebbe essere mantenuta per tutte le vaccinazioni pediatriche almeno fino al compimento del diciottesimo anno di età.

Tabella 1 - Graduale aumento delle coperture vaccinali dal 2017 al 2020 (sostituisce l'Allegato B dell'Intesa del 7 settembre 2016)

Fascia d'età	Vaccinazioni	Obiettivo di Copertura Vaccinale			
		2017	2018	2019	2020
I anno di vita	Meningococco B	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%	≥ 95%
	Rotavirus	-	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%
II anno di vita	Varicella (1° dose)	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%	≥ 95%
5-6 anni di età	Varicella (2° dose)	-	-	-	-
Adolescenti	HPV nei maschi 11enni	-	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%
	IPV	-	≥ 60%	≥ 75%	≥ 90%
	Meningococco tetravalente ACWY135	≥ 60%	≥ 75%	≥ 95%	≥ 95%
Anziani	Pneumococco (PCV13+PPV23)	40%	55%	75%	75%
	Zoster	-	20%	35%	50%

Obiettivi di introduzione delle nuove vaccinazioni, in offerta attiva e gratuita

Le Regioni si impegnano a garantire l'avvio dell'offerta vaccinale secondo le previsioni del calendario per tutte le vaccinazioni previste a favore delle coorti e dei gruppi di popolazione indicati nel PNPV nel rispetto delle tempistiche sotto indicate.

L'offerta vaccinale avrà luogo con modalità attiva e chiamata individuale già a partire dal 2017 per le vaccinazioni previste nello schema che segue, con il completamento dell'offerta attiva nel 2018.

Le Regioni che abbiano già iniziato l'offerta attiva, la manterranno indipendentemente dalle fasi indicate in tabella.

Obiettivi di introduzione delle nuove vaccinazioni, in offerta attiva e gratuita

Nel corso del 2017

- Introduzione della vaccinazione anti-meningococcica B ai nuovi nati della coorte 2017
- Introduzione della vaccinazione anti-meningococcica tetravalente ACWY (una dose) nell'adolescente
- Introduzione della vaccinazione anti-pneumococcica nei soggetti di 65 anni di età
- Introduzione della vaccinazione anti-varicella ai nuovi nati a partire dalla coorte 2016
- Introduzione delle vaccinazioni previste per le categorie a rischio
- Introduzione della vaccinazione anti-HPV per i maschi undicenni con inizio della chiamata attiva per la coorte del 2006

Entro il 2018 con date concertate da ciascuna Regione e Provincia autonoma secondo un calendario definito entro il 30 giugno 2017 nel contesto dello strumento descritto più oltre

- Completamento della vaccinazione anti-HPV a favore dei maschi undicenni per la coorte dei nati nel 2007, con il completamento a recupero della coorte dei nati nel 2006 qualora non raggiunti nel corso del 2017
- Introduzione della vaccinazione anti-rotavirus a tutti i nuovi nati a partire dalla coorte 2018
- Introduzione della 5° dose di vaccino anti-poliomielite nell'adolescente
- Introduzione della vaccinazione anti-Herpes Zoster nei soggetti di 65 anni di età.

Obiettivi di copertura vaccinale per le nuove vaccinazioni

Poiché l'introduzione di una nuova vaccinazione nel calendario necessita, tra l'altro, di interventi sugli aspetti logistico-organizzativi finalizzati al reperimento ed alla disponibilità del vaccino in un numero di dosi adeguato all'utenza prevista, all'adeguamento dei sistemi di chiamata attiva e di registrazione delle vaccinazioni, all'organizzazione dei servizi vaccinali, non è realistico ipotizzare di poter raggiungere sin dal primo anno le coperture vaccinali determinate dal PNPV. Per tale motivo si prevede, anche ai fini del monitoraggio dei LEA, un aumento graduale degli obiettivi di copertura per anno

Governance della Prevenzione

Il coordinamento delle attività vaccinali a livello locale è attribuito ai dipartimenti di prevenzione. Infatti, pur nel rispetto della legittima autonomia organizzativa delle Regioni, già il PNP 2014-2018 rilevava la necessità che i sistemi sanitari, anche nell'ambito della pianificazione in prevenzione, si orientassero verso modelli organizzativi miranti al "miglioramento continuo della qualità, compreso, in particolare, il rapporto costo-efficacia" e affidava al dipartimento di prevenzione "il ruolo di regia sia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia di governance degli interventi non erogati direttamente, costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra stakeholders".

Poiché è necessario garantire un'azione coordinata e concertata, che rispetti i principi di equità di accesso a prestazioni di uguale qualità su tutto il territorio nazionale e di armonizzazione delle strategie in atto nel Paese, il Ministero della Salute, attiverà un gruppo di lavoro permanente in collaborazione con le Regioni. Tra le funzioni di tale gruppo è prevista l'esecuzione, d'intesa con la Regione, di audit in caso di rilevazione di coperture vaccinali inferiori a quelle stabilite dall'OMS ovvero, per le nuove vaccinazioni presenti nel PNPV 2017-2019, alle percentuali riportate nella tabella 1, o nel caso emergano specifiche problematiche relative all'offerta vaccinale o alle malattie prevenibili con vaccinazione.

Governance della Prevenzione

Ai fini dell'ottimale implementazione del Piano, il Ministero della Salute e le Regioni svilupperanno, entro il 30 giugno 2017, uno strumento analitico che consenta di identificare in maniera dettagliata e quantitativa le problematiche inerenti l'attuazione degli obiettivi del PNPV, per ciascuna vaccinazione e per ciascuna popolazione target, in ogni Regione. Queste si impegnano a fornire le informazioni richieste entro il 31 agosto 2017. L'indagine servirà a definire standard di riferimento e requisiti minimi, nonché strategie fattibili di superamento delle difficoltà descritte.

Per una migliore concertazione, potranno essere attivati anche specifici gruppi di lavoro tra rappresentanti del Ministero della Salute e delle Regioni, che coinvolgano anche esperti esterni se necessario, che possano affrontare e superare in modo collaborativo e con strategie comuni basate sulle evidenze scientifiche le tematiche correlate alla comunicazione, alla rilevazione di coperture vaccinali inferiori a quelle stabilite dall'OMS ovvero, per le nuove vaccinazioni presenti nel PNPV 2017-2019, alle percentuali riportate nella tabella 1, alla formazione, alle buone pratiche vaccinali, alla vaccinazione dei gruppi a rischio, al recupero dei soggetti non vaccinati, all'audit, al monitoraggio e alla valutazione dell'implementazione del PNPV.

Logistica degli approvvigionamenti e metodologia di erogazione

In attesa di sviluppare strategie di negoziazione nazionale sul prezzo dei vaccini, la procedura di approvvigionamento rimarrà invariata, fatta salva la possibilità delle Regioni di costituire centrali d'acquisto sovraregionali. Poiché obiettivi del Piano sono l'armonizzazione dell'offerta vaccinale e il superamento delle disuguaglianze esistenti nel Paese, il Ministero e le Regioni si impegnano a definire, entro il triennio di vigenza del PNPV 2017-2019, uno standard nazionale di offerta al prezzo di costo dei vaccini anche a favore di gruppi di popolazione non interessati dall'offerta gratuita, avvalendosi anche della possibilità di avviare procedure d'acquisto che permettano risparmi gestionali di scala.

Per quanto riguarda il sostegno all'offerta vaccinale, nell'ottica dell'implementazione delle coperture vaccinali, attraverso la collaborazione con i Medici di medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, si ribadisce l'importanza del loro ruolo nella promozione delle vaccinazioni; in attesa della definizione di un impegno attivo da valutare alla luce dei nuovi accordi collettivi nazionali e in sede di revisione degli accordi integrativi regionali, rimane di competenza delle Regioni la scelta della modalità più opportuna di coinvolgimento, così da garantire il raggiungimento delle coperture previste.

Sorveglianza delle Malattie Prevenibili da Vaccino

Uno degli indicatori più semplici dell'efficacia delle strategie vaccinali è l'impatto positivo sull'incidenza della malattia oggetto dell'intervento che è, ovviamente, uno degli obiettivi stessi della vaccinazione. Tuttavia, per molte patologie (ad esempio, pertosse, infezioni invasive da pneumococco) è stata dimostrata una quota importante di sotto-notifica/sotto-diagnosi, che non permette un'analisi di qualità del reale impatto della vaccinazione.

Il Ministero della Salute sottolinea, quindi, l'importanza della sorveglianza come strumento di monitoraggio locale e nazionale, e non come mero atto amministrativo. Per tale motivo deve essere potenziato il sistema di segnalazione delle malattie infettive, garantendo uno strumento uniforme di registrazione digitalizzata tempestiva delle notifiche sull'intero territorio regionale, mediante il ricorso, da parte delle Regioni che non abbiano ancora provveduto, al sistema di segnalazione web denominato PREMAL - attualmente in corso di sperimentazione - incardinato all'interno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), e destinato a diventare, con provvedimenti in via di perfezionamento, collettore nazionale per tutte le segnalazioni di malattie infettive, o, in alternativa, garantendo che i dati di notifica possano essere convogliati nel sistema PREMAL.

Sorveglianza delle Malattie Prevenibili da Vaccino

Oltre all'infrastruttura tecnologica per raccogliere le segnalazioni, è indispensabile sensibilizzare gli operatori alla segnalazione, verificandone l'efficienza e la completezza anche attraverso meccanismi di incentivazione e disincentivazione, secondo le previsioni normative, e disporre di adeguati percorsi diagnostici (inclusa la diagnosi eziologica), supportati da una rete di laboratori locali e di riferimento regionali o sovra regionali. La conferma di laboratorio, attraverso metodiche molecolari per cui verrà emanata una specifica linea guida, dovrà essere razionalizzata e resa più tempestiva in base a protocolli già disponibili (esempio Morbillo, Rosolia, Influenza) o in preparazione (Meningiti e altre malattie batteriche invasive).

Si sottolinea, in particolare, la necessità che le informazioni sullo stato vaccinale dei casi siano raccolte accuratamente e puntualmente inserite nelle schede di notifica, per poter monitorare anche l'efficacia dei vaccini in uso e dei programmi in atto.

Completamento del processo di informatizzazione dell'anagrafe vaccinale a livello regionale

Il primo indicatore per monitorare la strategia vaccinale è la copertura vaccinale. Sebbene dati aggregati siano raccolti da tutte le Regioni per diverse coorti di nascita, le modalità di raccolta dei dati relativi ai numeratori (vaccinati) e ai denominatori (popolazione target della vaccinazione) sono assai variabili sul territorio nazionale, con differenze riscontrate anche negli ambiti delle ASL di una stessa regione. Ciò rende poco confrontabile la stima delle coperture vaccinali tra regioni e difficoltosa l'adozione di strategie correttive tempestive ed efficaci. Al fine di potere procedere verso l'anagrafe nazionale unica prevista dal PNPV, a cui il Ministero della Salute sta lavorando in collaborazione con le Regioni più avanzate, per permettere la valutazione completa e tempestiva delle coperture vaccinali, è necessario che tutte le regioni si dotino di anagrafi vaccinali digitali. Per questo motivo, la presenza di un'anagrafe vaccinale regionale che raccolga dati da tutto il territorio è stata adottata tra gli indicatori LEA.

Alla luce del vigente panorama normativo, si rammenta quanto segue:

1. Obblighi per i genitori

I genitori hanno l'obbligo di tutelare la salute dei figli e, di conseguenza, di garantire la migliore protezione nei confronti di malattie per la cui prevenzione sono disponibili vaccini efficaci e sicuri, attenendosi al Calendario vaccinale nazionale approvato dal Ministero della Salute, che viene definito tenendo conto delle evidenze scientifiche disponibili, della situazione epidemiologica del Paese e dei dati di sicurezza ed efficacia dei vaccini approvati dall'Agencia Europea per i Medicinali (EMA). Allo stesso tempo, i genitori devono rispettare le vigenti leggi che prevedono le vaccinazioni obbligatorie.

2. Obblighi per i medici

I medici hanno l'obbligo di attenersi al codice deontologico e, per quelli dipendenti da pubbliche amministrazioni, di rispettare i termini del contratto stipulato con le strutture del servizio sanitario. Ne consegue che hanno l'obbligo di promuovere attivamente le vaccinazioni inserite nel Calendario vaccinale nazionale approvato dal Ministero della Salute. Hanno, altresì, l'obbligo di informare correttamente i genitori su rischi e benefici della vaccinazione e della mancata vaccinazione, sulla base delle evidenze scientifiche e attenendosi alle indicazioni emanate a livello nazionale, promuovendo la cultura vaccinale nelle famiglie e nei soggetti candidati alla vaccinazione.

3. Obblighi per le scuole

L'articolo 1 del D.P.R. 26 gennaio 1999, n. 355, recante "Regolamento recante modificazioni al D.P.R. 22 dicembre 1967, n. 1518, in materia di certificazioni relative alle vaccinazioni obbligatorie" stabilisce che:

1. "I direttori delle scuole e i capi degli istituti di istruzione pubblica o privata sono tenuti, all'atto dell'ammissione alla scuola o agli esami, ad accertare se siano state praticate agli alunni le vaccinazioni e le rivaccinazioni obbligatorie, richiedendo la presentazione da parte dell'interessato della relativa certificazione, ovvero di dichiarazione sostitutiva, comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni e delle rivaccinazioni predette, accompagnata dall'indicazione della struttura del Servizio sanitario nazionale competente ad emettere la certificazione".
2. Nel caso di mancata presentazione della certificazione o della dichiarazione di cui al comma 1, il direttore della scuola o il capo dell'istituto comunica il fatto entro cinque giorni, per gli opportuni e tempestivi interventi, all'azienda unità sanitaria locale di appartenenza dell'alunno ed al Ministero della sanità. La mancata certificazione non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami.
3. È fatta salva l'eventuale adozione da parte dell'autorità sanitaria di interventi di urgenza ai sensi dell'art. 117 del D.Lgs 31.3.98, n. 112."

4. Obblighi per le Aziende Sanitarie Locali

Il citato DPR n. 355/1999 prevede che l'azienda USL di appartenenza dell'alunno che risulta non vaccinato metta in atto gli opportuni e tempestivi interventi di recupero, quali l'offerta attiva delle vaccinazioni non effettuate e la comunicazione dello stato vaccinale al pediatra di libera scelta per un'adeguata promozione, oltre a attivare un contatto informativo con la famiglia dell'alunno.

Comunicazione sulle vaccinazioni, formazione degli operatori sanitari e revisione del sistema di notifica degli eventi avversi a vaccinazione

Il PNPV sottolinea l'importanza delle attività di comunicazione con i mass-media e con il pubblico, finalizzate a fornire una corretta e completa informazione sui rischi e sui benefici delle vaccinazioni e sui rischi delle malattie prevenibili, sia come parte dell'attività routinaria di promozione e erogazione delle vaccinazioni, sia in situazioni di emergenza. Strettamente correlata alla comunicazione è la formazione in vaccinologia degli operatori sanitari, che deve essere solida e strutturata all'interno del corso di laurea.

Altro elemento cruciale del sistema, funzionale anche alle attività di comunicazione e di promozione per le vaccinazioni, è la sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione – essenziale anche nella fase di valutazione dei programmi vaccinali -, come flusso che genera il dato, come output del sistema, come gestione degli eventi inattesi e delle eventuali allerte e come elemento di informazione esplicito e documentato per le famiglie e per gli individui cui si propone l'offerta vaccinale.

Comunicazione sulle vaccinazioni, formazione degli operatori sanitari e revisione del sistema di notifica degli eventi avversi a vaccinazione

Il Ministero della Salute, allo scopo di dare piena attuazione al Piano 2017-2019, è impegnato con diversi soggetti istituzionali e rappresentanti dell'accademia, delle società scientifiche e delle organizzazioni professionali, oltre che della società civile, per lo sviluppo di programmi di comunicazione e formazione efficaci e per il miglioramento dell'attuale sistema di sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione, in collaborazione con l'AIFA, Agenzia Italiana del Farmaco, autorità regolatoria titolare della funzione di sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione.

Si prega di dare la massima diffusione alla presente Circolare e di sorvegliare la sua applicazione.

IL DIRETTORE GENERALE DGPRE *F.to Dr. Raniero GUERRA

CS N° 29/2017 Vaccini e vaccinazioni Il punto dell'Istituto Superiore di Sanità

ISS, 18 maggio 2017

L'Istituto Superiore pertanto vuole perciò richiamare le seguenti, indiscutibili evidenze scientifiche:

- I vaccini obbligatori hanno ridotto enormemente il carico di malattia e mortalità nel nostro Paese;

- mantenere soglie elevate di copertura vaccinale è importante, innanzitutto, per proteggere coloro a cui viene somministrato il vaccino e, indirettamente, attraverso il cosiddetto effetto gregge, coloro che, a causa di problemi specifici come immunodepressione, età o patologie specifiche, non possono essere vaccinati o non rispondono alle vaccinazioni. In particolare, la presenza di bambini non vaccinati in ambito scolastico rappresenta un rischio per sé stessi e per i bambini più fragili, che possono essere esposti a malattie infettive particolarmente contagiose che possono mettere a rischio la loro salute anche con effetti potenzialmente gravissimi e persino letali;

Alla luce delle precedenti considerazioni e del contesto specifico definito dall'andamento della copertura vaccinale in Italia, si sottolinea perciò il valore etico dell'atto vaccinale che oltre a rappresentare un diritto per la protezione della propria salute rappresenta anche un dovere di protezione nei confronti della popolazione più fragile ed è per questo che ogni misura che non preveda un rapido ritorno all'obbligo vaccinale, ad esempio sanzioni pecuniarie per i genitori che non intendono vaccinare i propri figli, non appare risolutiva per affrontare in modo efficace l'attuale drammatica situazione.

I VACCINI, LA MIGLIOR DIFESA PER IL NOSTRO FUTURO

È IN VIGORE IL NUOVO DECRETO VACCINI

PERCHÈ I VACCINI SONO IMPORTANTI?

TUTTA LA COMUNITÀ SCIENTIFICA INTERNAZIONALE RICONOSCE CHE I VACCINI SONO UNO DEGLI STRUMENTI DI SALUTE PUBBLICA PIÙ SICURI ED EFFICACI DI TUTTI I TEMPI. NEL PASSATO HANNO, INFATTI, PERMESSO DI ELIMINARE, QUASI OVUNQUE, UNA TERRIBILE MALATTIA COME LA POLIOMIELITE E DI FAR SCOMPARIRE A LIVELLO GLOBALE IL VAIOLO.



Il 95% è la soglia di copertura vaccinale raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per raggiungere la c.d. immunità di gregge. Ciò significa che un'alta percentuale di vaccinati impedisce agli agenti infettivi di circolare e scatenare epidemie.

Il raggiungimento di tale soglia consente, quindi, di tutelare anche le persone più fragili, ad esempio quegli individui che, a causa delle loro condizioni di salute, non possono essere vaccinati.

Un bambino vaccinato sarà un bambino più tutelato dalle malattie e quindi più forte.



LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E GRATUITE PASSANO DA 4 A 10

VACCINI OBBLIGATORI

ANTI-POLIOMIELITICO
ANTI-DIFTERICO
ANTI-TETANICO
ANTI-EPATITE B
ANTI-PERTOSSE
ANTI-MORBILLO
ANTI-ROSOLIA
ANTI-PAROTITE
ANTI-VARICELLA
ANTI-HAEMOPHILUS TIPO B

VACCINI FORTEMENTE RACCOMANDATI

ANTI-MENINGOCOCCICO B
ANTI-MENINGOCOCCICO C
ANTI-PNEUMOCOCCICO
ANTI-ROTAVIRUS

AMMISSIONE A SCUOLA

Le dieci vaccinazioni obbligatorie costituiscono un requisito per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia (per i bambini da 0 a 6 anni).

PRENOTAZIONI IN FARMACIA

Le famiglie possono prenotare gratuitamente in farmacia le vaccinazioni previste dal decreto-legge.



È VERO CHE:

L'attuale riduzione delle coperture vaccinali ha provocato la recrudescenza di alcune malattie come il morbillo e potrebbe portare al ritorno di altre patologie ormai assenti dal nostro paese ma non ancora debellate dal resto del mondo, come la poliomielite o la difterite.

Il morbillo può causare gravi complicazioni e danneggiare temporaneamente le difese immunitarie. Tutto ciò può essere prevenuto dal vaccino.

La sicurezza dei vaccini è documentata da milioni di dosi somministrate, dalla costante attività di sorveglianza sui possibili eventi avversi e dagli studi di sicurezza che vengono effettuati sia prima dell'autorizzazione che dopo l'immissione in commercio.

L'Italia è uno dei 14 Paesi dove il morbillo è ancora endemico ed è nella "top ten" dei paesi che hanno segnalato più casi a livello mondiale da novembre 2016 ad aprile 2017. Dall'inizio del 2017 sono stati notificati oltre 4.000 casi, molte complicanze gravi inclusi casi di polmonite e di encefalite e alcuni decessi. Il 40% circa dei casi è stato ricoverato in ospedale e il 35% circa ha riportato almeno una complicanza.

La malattia impegna il sistema immunitario molto di più della corrispondente vaccinazione. Inoltre nella composizione dei vaccini attuali gli antigeni presenti sono molti meno rispetto a quelli che venivano somministrati trenta anni fa.



È FALSO CHE:

I VACCINI POSSONO INDEBOLIRE IL SISTEMA IMMUNITARIO E PORTARE ALLA COMPARSA DI MALATTIE AUTOIMMUNI.

PERCHÉ È FALSO: la nostra capacità di rispondere agli antigeni si sviluppa prima ancora della nascita e il sistema immunitario di un neonato è perfettamente capace di rispondere ogni giorno a migliaia di antigeni, molti di più di quelli contenuti nei vaccini.

I VACCINI CONTENGONO SOSTANZE TOSSICHE E PERICOLOSE COME AD ESEMPIO IL MERCURIO.

PERCHÉ È FALSO: nessuno dei vaccini commercializzati in Europa contiene derivati del mercurio.

I VACCINI, IN PARTICOLARE QUELLO CONTRO MORBILLO, PAROTITE E ROSOLIA (MPR), CAUSANO L'AUTISMO.

PERCHÉ È FALSO: dai numerosi studi scientifici effettuati non emerge alcuna correlazione tra il vaccino MPR e l'autismo. Lo studio che riportava il legame è stato dimostrato fraudolento e l'autore è stato radiato dall'albo dei medici del Regno Unito.

A CAUSA DEL DECRETO SULL'OBBLIGO AUMENTANO I VACCINI SOMMINISTRATI AI BIMBI NEL PRIMO ANNO DI VITA.

PERCHÉ È FALSO: il decreto non modifica il calendario vaccinale. Infatti, il numero di vaccini e la tempistica restano identici a quelli degli anni precedenti, con la sola differenza che vaccini che prima erano raccomandati ora sono obbligatori.

ESISTONO DEGLI ESAMI CHE POSSONO PREDIRE EVENTUALI EFFETTI COLLATERALI DEI VACCINI.

PERCHÉ È FALSO: non esiste alcun test di questo tipo.



Ministero della Salute



AIFA

PER MAGGIORI INFO E PER CONSULTARE
IL CALENDARIO VACCINALE
VISITA IL SITO WWW.SALUTE.GOV.IT/VACCINI
O TELEFONA AL **NUMERO VERDE 1500**



La situazione in Italia

The imperative of vaccination put into practice

Signorelli C, Iannazzo S, Odone A

THE LANCET
Infectious Diseases

Volume 18, Issue 1, January 2018, Pages 26-27

Compared with 2016, this catch-up vaccination resulted in a vaccine coverage increase from June to October, 2017 of 1.0% for the hexavalent vaccine and of 2.9% for the MMRV vaccine.

“The new law seems to be working. Preliminary data show that almost one-third of the previously unvaccinated children born in 2011–15 have now been immunized”.

Lessons from Italy’s policy shift on immunization

Burioni R et al, Nature 2018

Childhood vaccine coverage in Italy after the new law on mandatory immunization

C. Signorelli^{1,2}, A. Odone², P. Cella¹, S. Iannazzo³

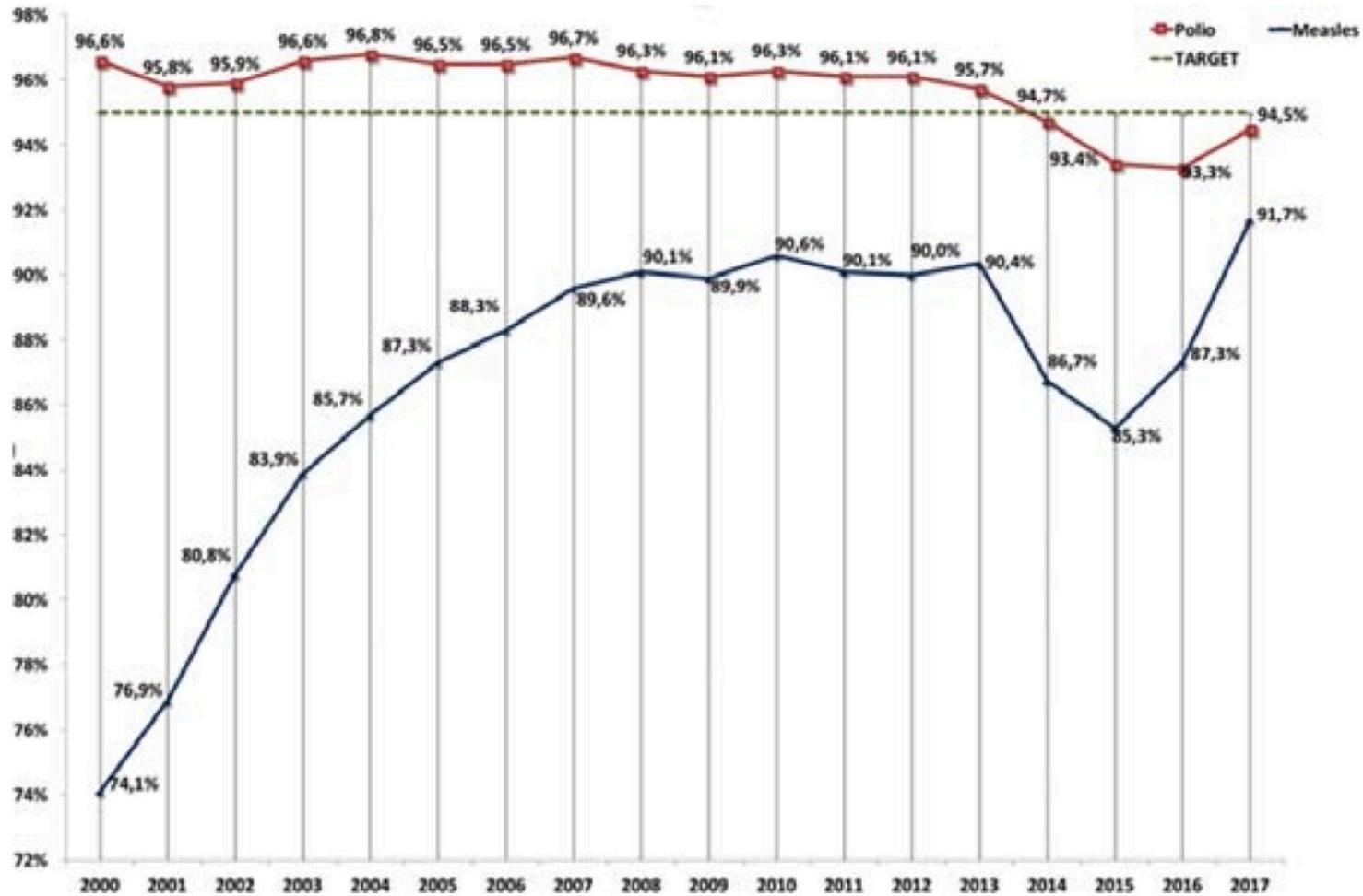


Figure 1 - National-level immunization coverage rates over time for Polio and Measles vaccines (2000-2017)

Coperture vaccinali (%) nella popolazione infantile e adolescente residente nella Regione Emilia-Romagna per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (Trend 2010 - 2017). Aggiornamento dati al 31 dicembre 2017

Andamento delle coperture vaccinali al 24° mese. Emilia-Romagna, 2010-2017

