

Calendario vaccinale: PNPV e Calendario per la Vita

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**

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 ≥ 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

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**

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.

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.

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

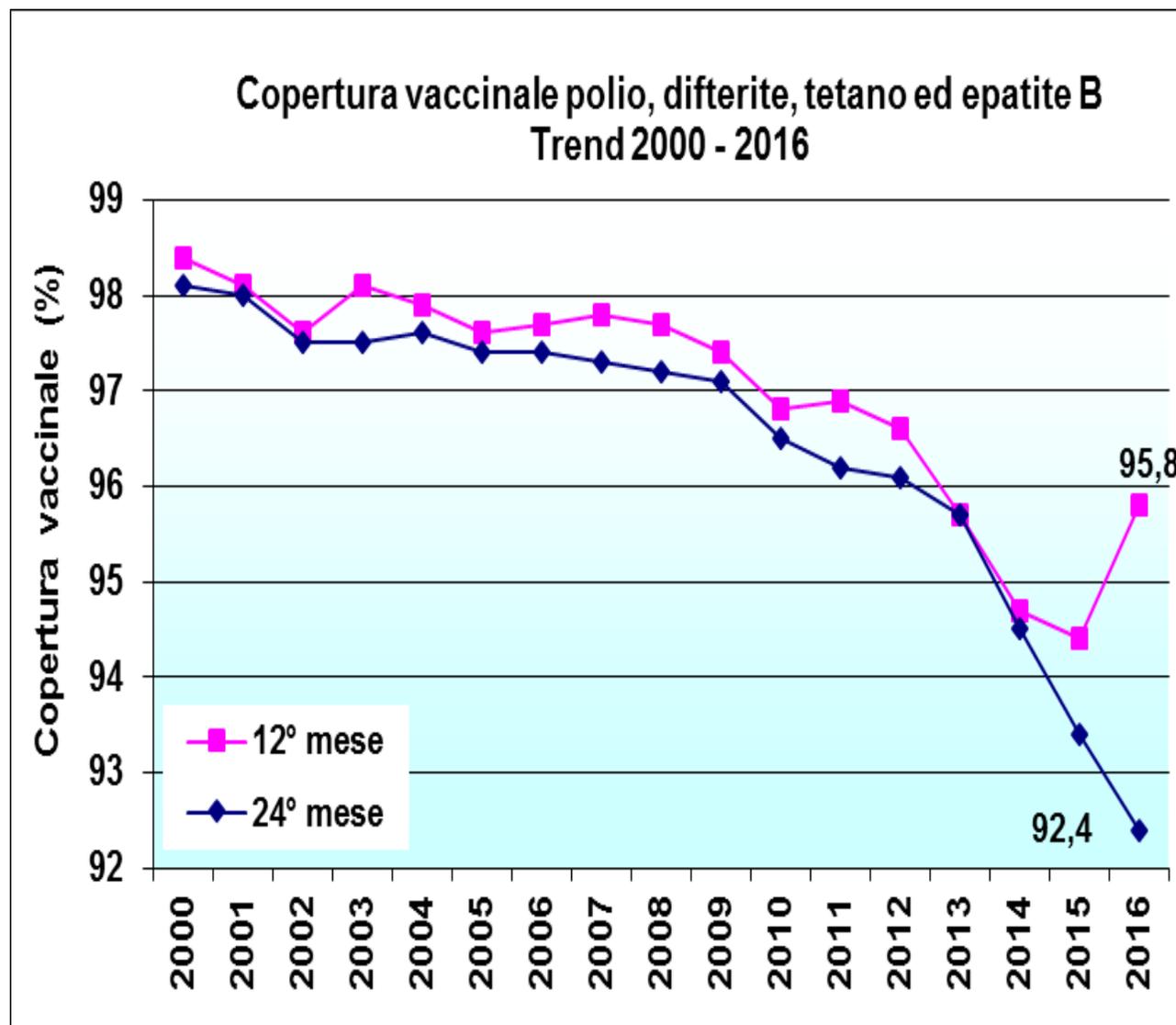
L'articolo 1 del D.P.R. 26 gennaio 1999, n. 355, recante "Regolamento recante modificazioni al D.P.R. 22 dicembre 1967, n. 1518, in materia di certificazioni relative alle vaccinazioni obbligatorie" stabilisce che:

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."

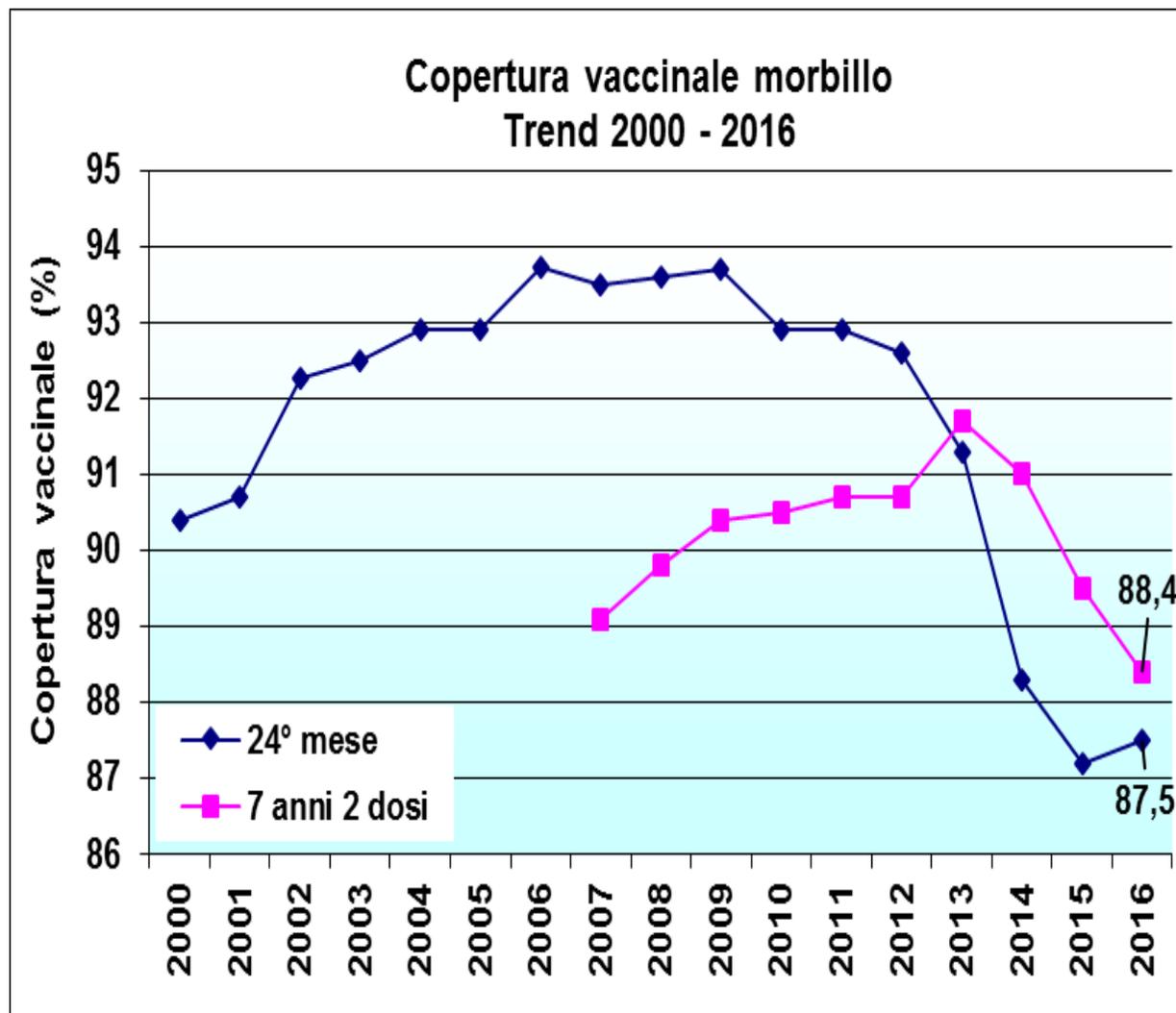
4. Obblighi per le Aziende Sanitarie Locali

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.

Copertura vaccinale polio, difterite, tetano ed epatite B



Copertura vaccinale morbillo



Copertura vaccinale Meningococco C

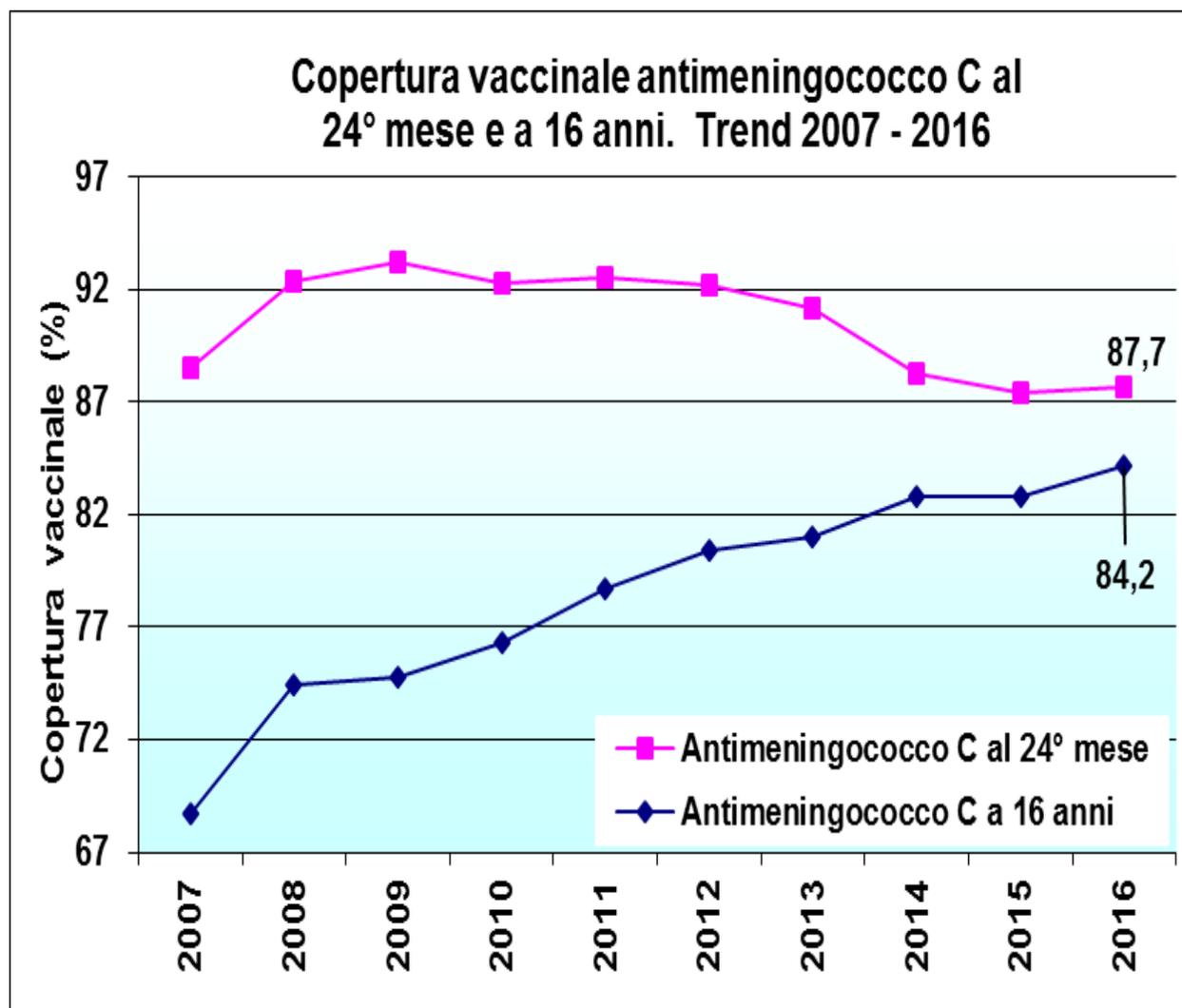
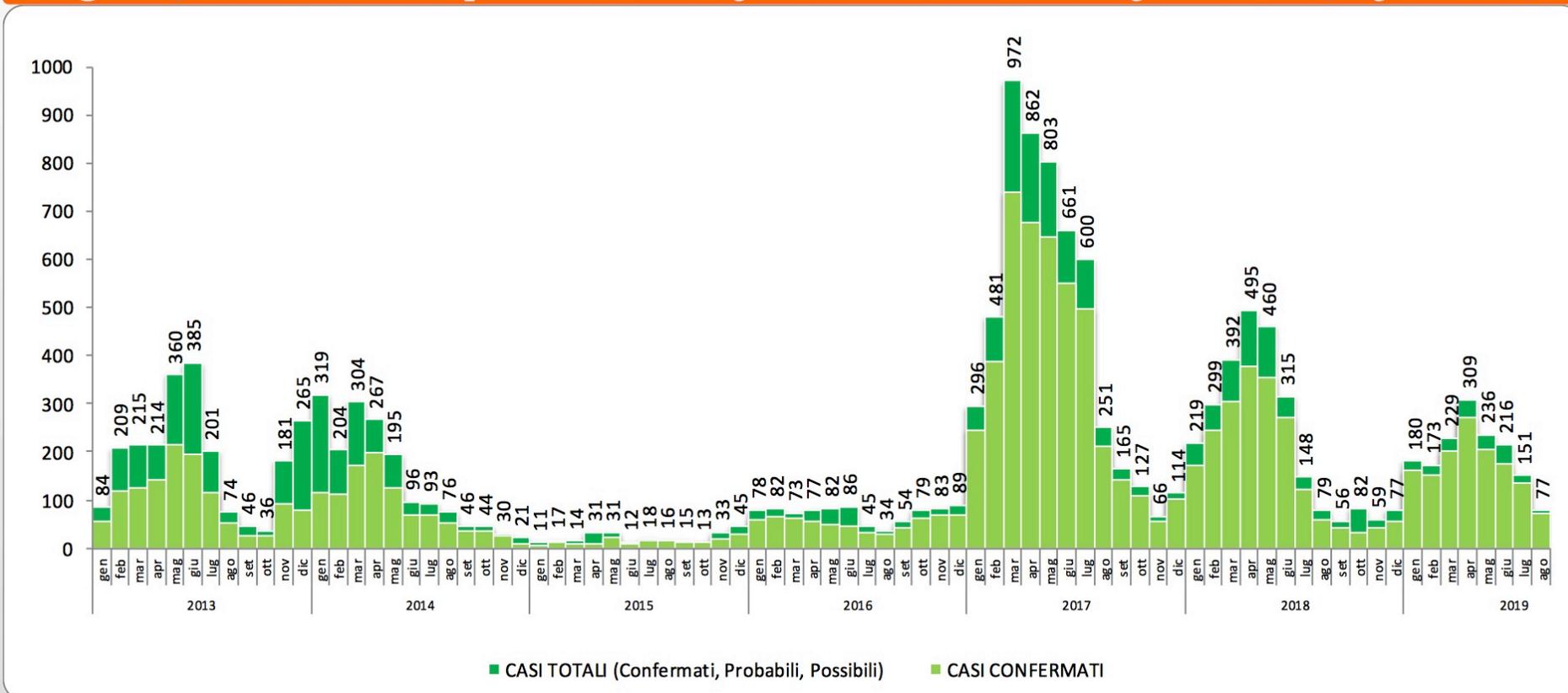


Figura 3. Casi di morbillo per mese di insorgenza dei sintomi. Italia: gennaio 2013-agosto 2019



Dall’inizio del 2013 sono stati segnalati **14.733** casi di morbillo di cui **2.270** nel 2013, **1.695** nel 2014, **256** nel 2015, **861** nel 2016, **5.398** nel 2017, **2.681** nel 2018 e **1.571** nel 2019. La **Figura 3** mostra un andamento ciclico dell’infezione con picchi epidemici (oltre 300 casi) nei mesi di giugno 2013 e gennaio 2014, una diminuzione del numero di casi segnalati nel 2015 (range 11-45 casi), una lieve ripresa nel 2016, e un nuovo picco di 973 casi a marzo 2017. Dopo una progressiva diminuzione dei casi, a gennaio 2018 si è verificata una nuova ripresa della trasmissione che ha raggiunto il picco ad aprile 2018 con 495 casi, per poi diminuire progressivamente fino a raggiungere 56 casi nel mese di settembre 2018. Il numero di casi è rimasto pressoché stabile nei mesi successivi fino a dicembre 2018 (range 56-82 casi). Nel mese di gennaio 2019 il numero di casi segnalati è raddoppiato rispetto al mese precedente. Il trend in aumento è proseguito nei mesi successivo, con un picco nel mese di aprile 2019. Da maggio ad agosto 2019 si nota una progressiva diminuzione dei casi.

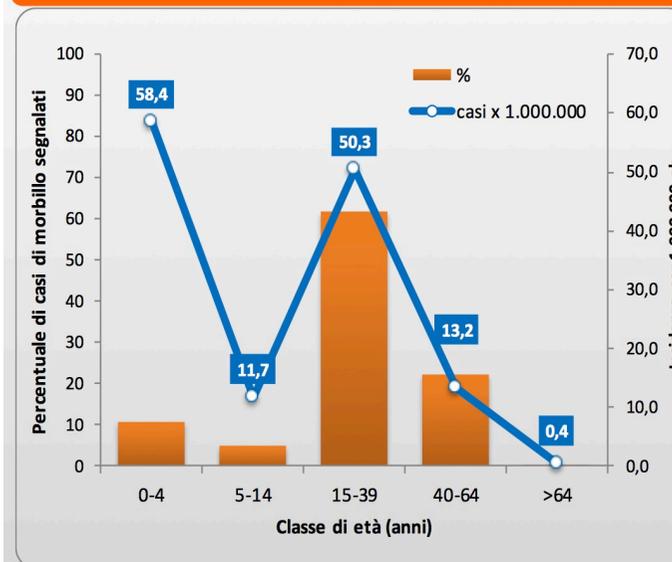
Dal **1 gennaio** al **31 agosto 2019** sono stati segnalati in Italia **1.571 casi di morbillo**, di cui 151 nel mese di luglio e 77 in agosto.

- Tutte le Regioni/P.A., hanno segnalato casi di morbillo nel periodo considerato ma oltre il 50% dei casi si è verificato in due Regioni (Lazio e Lombardia). Il Lazio ha riportato l'incidenza più elevata. L'incidenza nazionale è stata 39 casi per milione di abitanti.
- L'età mediana dei casi è 30 anni. Sono stati segnalati 161 casi in bambini sotto i 5 anni di età, di cui 61 avevano meno di 1 anno.
- L'87% dei casi era non vaccinato al momento del contagio.
- Il 31% dei casi segnalati ha sviluppato almeno una complicanza.
- Sono stati segnalati 90 casi tra operatori sanitari e 42 casi tra operatori scolastici.

Dal **1 gennaio** al **31 agosto 2019** sono stati segnalati **16 casi di rosolia** (di cui 1 nel mese di agosto), da dieci Regioni. L'età mediana dei casi è 27 anni.

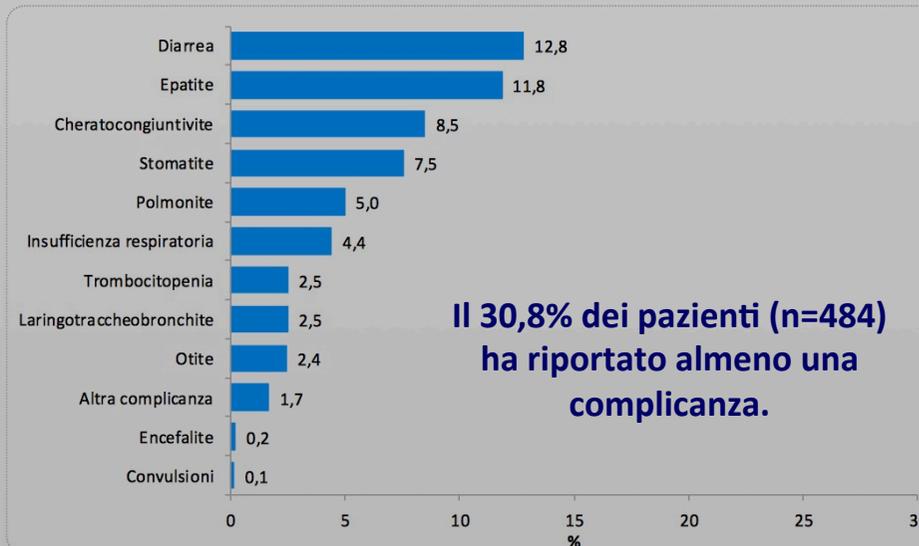
Lo stato vaccinale è noto per 1.447/1.571 casi; di questi, l'86,5% (n=1.251) era non-vaccinato al momento del contagio, l'8,3% aveva effettuato una sola dose, il 2,4% aveva ricevuto due dosi e il 2,8% non ricorda il numero di dosi.

Figura 1. Distribuzione percentuale e incidenza (per 1.000.000 abitanti) dei casi di morbillo segnalati per classe d'età. Italia, 1 gennaio-31 agosto 2019 (N=1.571)



Il 45,7% dei casi di morbillo segnalati è stato ricoverato e un ulteriore 25,8% si è rivolto ad un Pronto Soccorso.

Figura 2. Complicanze riportate tra i casi di morbillo segnalati, Italia 1 gennaio-31 agosto 2019 (N=1.571)



Il 30,8% dei pazienti (n=484) ha riportato almeno una complicanza.

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.



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

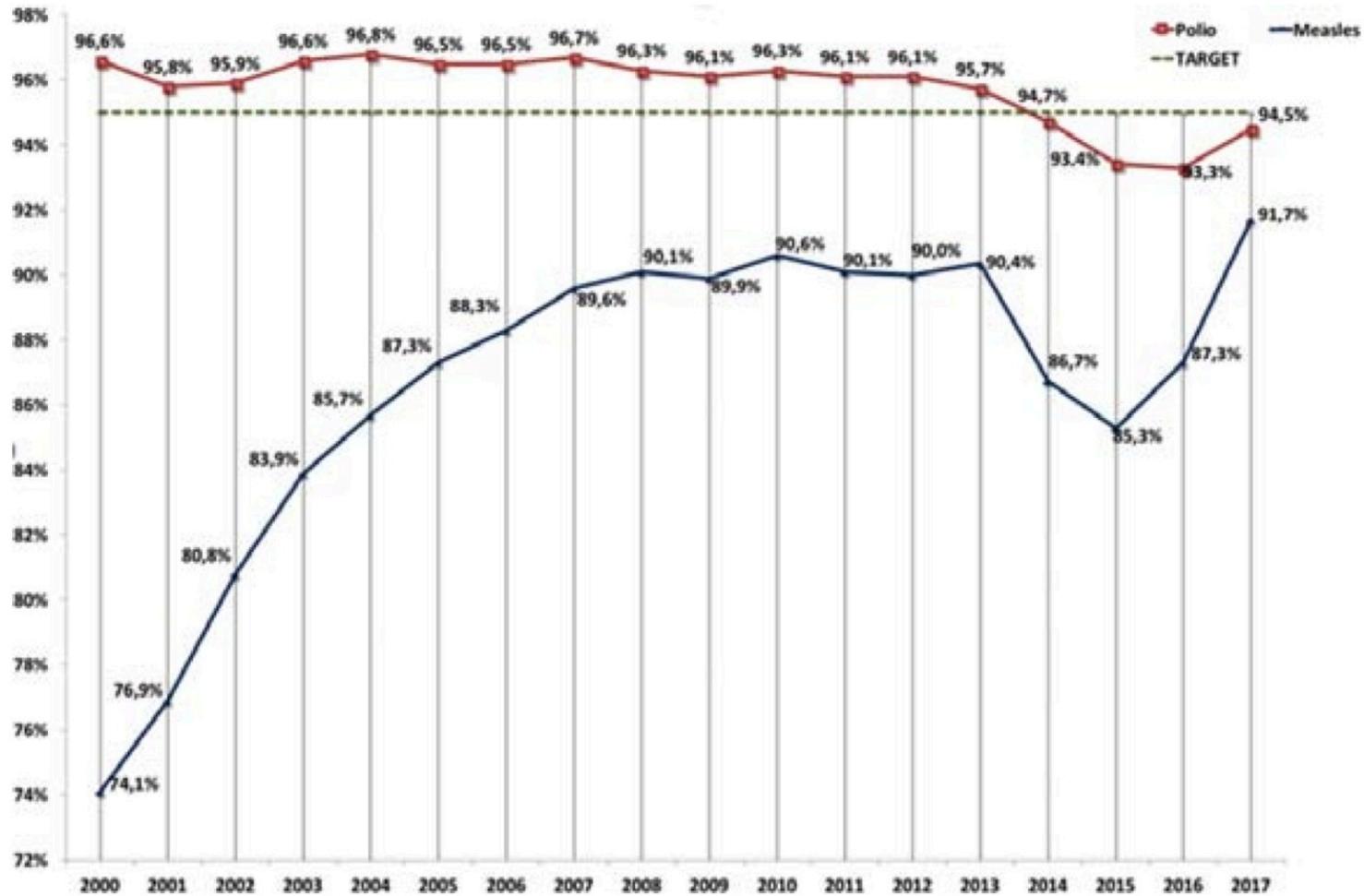
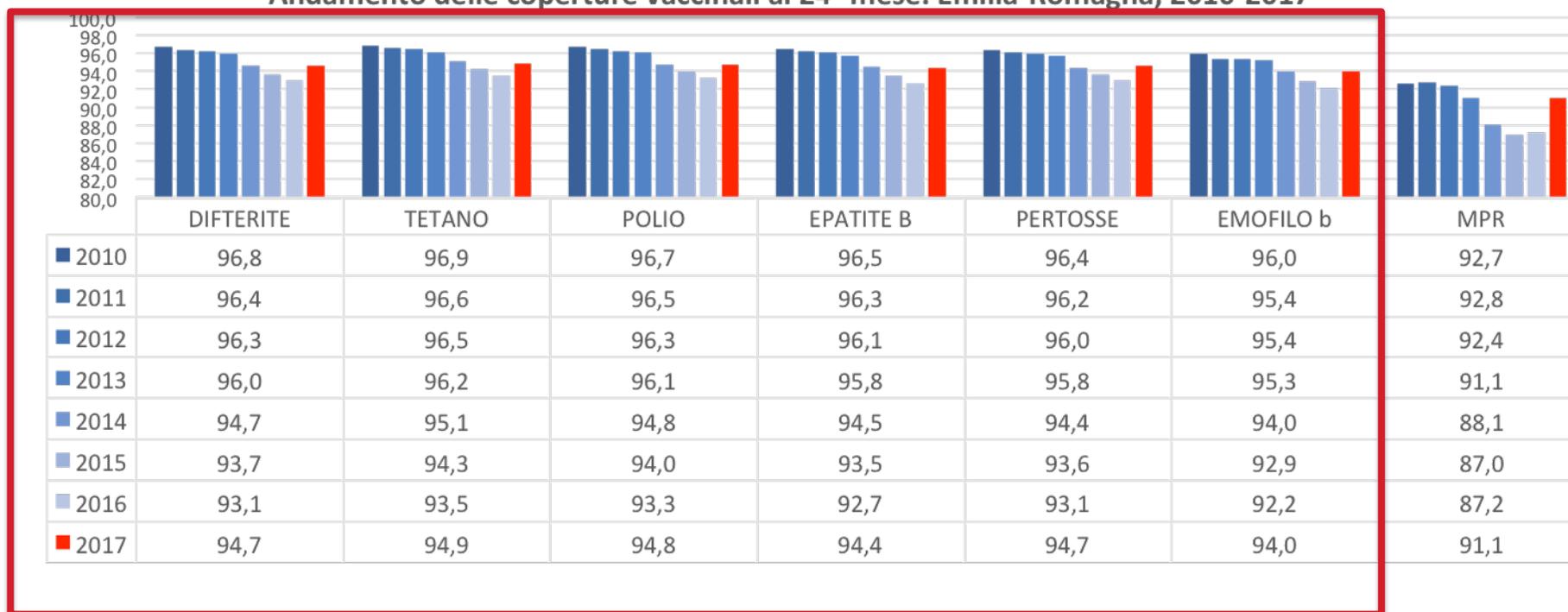


Figure 1 - National-level immunization coverage rates over time for Polio and Measles vaccines (2000-2017)

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



Calendario Vaccinale per la Vita

4° Edizione 2019

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**	dTpa IPV	dTpa*** ogni 10 anni		
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV	IPV			
Epatite B	Ep B*	Ep B		Ep B			Ep B								
Hib		Hib		Hib			Hib								
Pneumococco		PCV		PCV			PCV	PCV ^{^^}			PCV13/PPV23			PCV13/PPV23	
MPRV							MPRV	MPRV			MPRV****				
MPR							MPR			oppure	MPR**** + V^				
Varicella							V			MPR + V					
Meningococco ACWY							Men ACWY coniugato §	Men ACWY coniugato §			Men ACWY coniugato	Men ACWY coniugato §	Men ACWY coniugato		
Meningococco B		Men B 3 [^] dosi (2 dosi dopo inserimento schedula 'inglese' in RCP - vedi testo)					Men B [#]	Men B [#]			Men B [#]	Men B [#]	Men B [#]		
HPV												HPV [°]	HPV [°]		
Influenza							Influenza ^{oo}				Influenza		Influenza ^{oo}		
Herpes Zoster													HZ	HZ ^{##}	
Rotavirus		Rotavirus ^{###}													
Epatite A											EpA ^{####}				

Cosomministrare nella stessa seduta	Opzioni di cosomministrazione nella stessa seduta o somministrazione in sedute separate
In seduta separata/possibile cosomministrazione con Rotavirus	Vaccini per categorie a rischio o suscettibili