



Vaccinazioni tra obbligo e raccomandazione: il ruolo del giornalista nell'informazione, tra etica professionale e fake news

Martedì 5 novembre 2019 – ore 9,30 / 13,30

Location collegate via Webex

Verona, Sede GSK Via Fleming 2

Milano, Sala Stampa Nazionale Via Cordusio 4

Roma, Sede AdnKronos Piazza Mastai 9



Argomenti:



- **L'ambiente cui ci rivolgiamo, gli strumenti da utilizzare, tra informazione on ed offline** (Sara Mauroner – Responsabile Ufficio Stampa UniVR / Massimo Ascani - Direttore Comunicazione GSK Italia)
- **Le malattie prevenibili con la vaccinazione** (Giorgio Piacentini – Direttore U.O. di Pediatria Università degli Studi di Verona)
- **Il valore scientifico delle vaccinazioni** (Elisabetta Franco – Professore Ordinario Dipartimento Biomedicina e Prevenzione Università di Roma Tor Vergata)
- **Perché alcuni vaccini sono obbligatori e altri sono raccomandati** (Fortunato D'Ancona - Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS))
- **Il valore economico delle vaccinazioni** (Lucio Bussi giornalista economico, Consigliere ODG Nazionale)
- **Deontologia e comunicazione della prevenzione** (Giovanni D'Alessio – Consigliere ODG Veneto)



Argomenti:



- **L'ambiente cui ci rivolgiamo, gli strumenti da utilizzare, tra informazione on ed offline** (Sara Mauroner – Responsabile Ufficio Stampa UniVR / Massimo Ascani - Direttore Comunicazione GSK Italia)
- **Le malattie prevenibili con la vaccinazione** (Giorgio Piacentini – Direttore U.O. di Pediatria Università degli Studi di Verona)
- **Il valore scientifico delle vaccinazioni** (Elisabetta Franco – Professore Ordinario Dipartimento Biomedicina e Prevenzione Università di Roma Tor Vergata)
- **Perché alcuni vaccini sono obbligatori e altri sono raccomandati** (Fortunato D'Ancona - Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS))
- **Il valore economico delle vaccinazioni** (Lucio Bussi giornalista economico, Consigliere ODG Nazionale)
- **Deontologia e comunicazione della prevenzione** (Giovanni D'Alessio – Consigliere ODG Veneto)

Vaccinazioni tra obbligo e raccomandazione: il ruolo del giornalista nell'informazione, tra etica professionale e fake news

Aspetti epidemiologici di alcune malattie infettive prevenibili da vaccino

Giorgio Piacentini
Prof. Ordinario di Pediatria-Direttore UOC Pediatria
Università di Verona

Aspetti Generali

INFEZIONE

Interazione di un agente biologico (microrganismo) e un ospite recettivo (uomo, animale).

Implica la replicazione dell'agente nell'ospite.

**MALATTIA
INFETTIVA**

È l'espressione clinica dell'infezione

All'infezione non segue necessariamente la malattia.

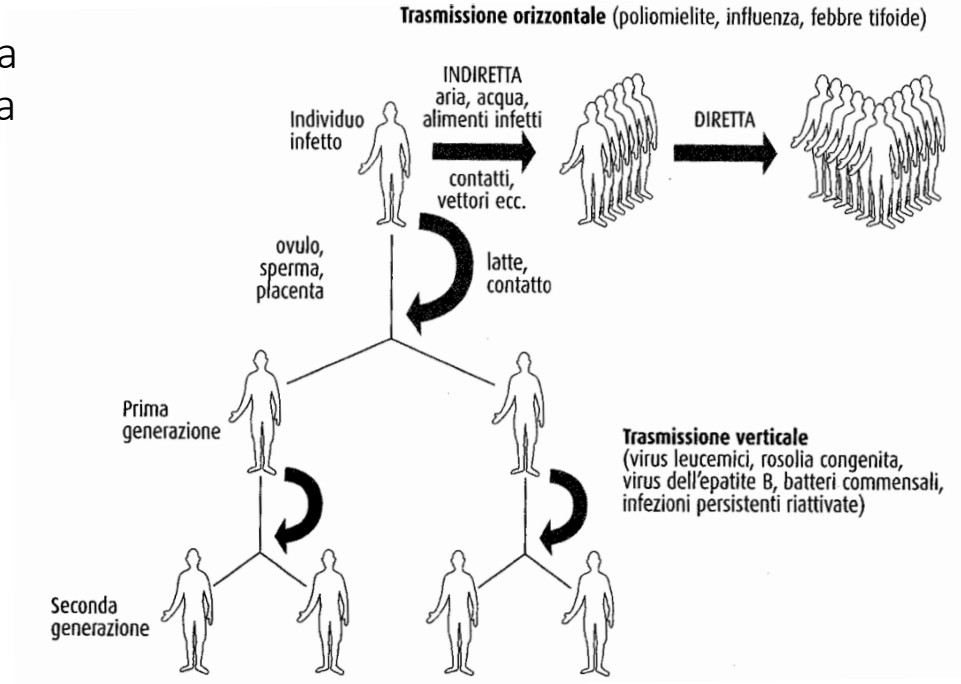
Il decorso inapparente o clinicamente evidente di un'infezione dipende da fattori, non sempre facilmente valutabili, legati:

- al microrganismo;
- all'ospite;
- alla modalità di trasmissione

Modalità di trasmissione

La diffusione dell' "agente infettivo" da soggetto infetto (malato o portatore) a soggetto sano può avvenire per:

- **Trasmissione verticale**, madre-figlio (prenatale/transplacentale, perinatale/periparto, postnatale/allattamento)
- **Trasmissione orizzontale**: diretta, semidiretta, indiretta.



Grado di diffusione nella collettività

- **Epidemia**: rapido incremento di casi di malattia (in eccesso rispetto ad atteso) in breve periodo temporale (es. morbillo)
- **Pandemia**: epidemia che interessa + nazioni o continenti (es. influenza, AIDS)
- **Endemia**: costante persistenza di casi di malattia in una data popolazione o area geografica (es. febbre tifoide, epatiti virali)
- **Sporadicità**: occorrenza occasionale dei casi di malattia e ai intervalli irregolari nella popolazione (es. tetano)

Impatto delle vaccinazioni sulle malattie infettive

20° vs 21° secolo

Comparison of 20th Century Annual Morbidity & Current Morbidity

Disease	20 th Century Annual Morbidity [*]	2010 Reported Cases [†]	% Decrease
Smallpox	29,005	0	100%
Diphtheria	21,053	0	100%
Pertussis	200,752	21,291	89%
Tetanus	580	8	99%
Polio (paralytic)	16,316	0	100%
Measles	530,217	61	>99%
Mumps	162,344	2,528	98%
Rubella	47,745	6	>99%
CRS	152	0	100%
<i>Haemophilus influenzae</i> (<5 years of age)	20,000 (est.)	270 (16 serotype b and 254 unknown serotype)	99%

Sources:

- * JAMA. 2007;298(18):2155-2163
- † CDC. *MMWR* January 7, 2011;59(52):1704-1716. (Provisional *MMWR* week 52 data)

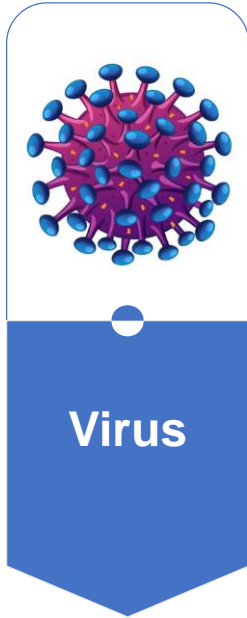
Comparison of Pre-Vaccine Era Estimated Annual Morbidity with Current Estimate

Disease	Pre-Vaccine Era Annual Estimate	2008 Estimate	% Decrease
Hepatitis A	117,333 [*]	11,049	91%
Hepatitis B (acute)	66,232 [*]	11,269	83%
Pneumococcus (invasive)			
All ages	63,067 [*]	44,000 [†]	30%
<5 years of age	16,069 [*]	4,167 [‡]	74%
Rotavirus (hospitalizations <5 years of age)	62,500 [§]	7,500 [‡]	88%
Varicella	4,085,120 [*]	449,363	89%

Sources:

- * JAMA. 2007;298(18):2155-2163
- † CDC. Active Bacterial Core surveillance Report: *S. pneumoniae* 2008. (www.cdc.gov/abcs/survreports/spnew08.pdf)
- ‡ 2008 Active Bacterial Core surveillance
- § CDC. *MMWR*. February 6, 2009 / 58(RR02); 1-25
- ‡ New Vaccine Surveillance Network

Malattie infettive e agenti infettivi



Morbillo, Varicella, Influenza ...



Pertosse, Meningiti ...



Tetano, Difterite ...

Morbillo

Causato da *Morbilivirus*
Trasmesso per via respiratoria
Altamente contagioso
Tasso secondario d'attacco >90%

Colpisce prevalentemente i bambini
Rischio di complicazioni e morte più alto
nei bambini piccoli e negli adulti



Periodo d'incubazione: 10–12 giorni



Fase prodromica – 2-4 giorni: febbre, congiuntivite, rinite, tosse, macchie di Koplik



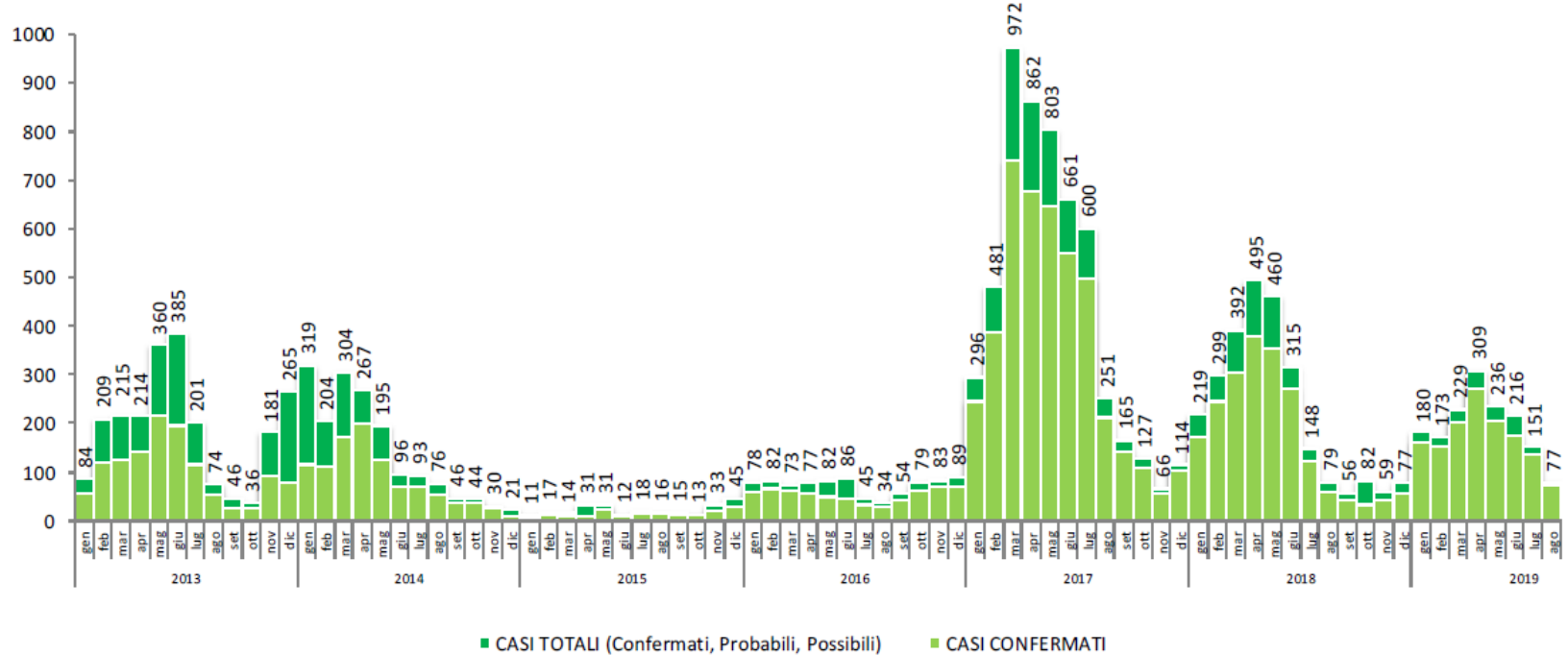
Rash: in media 14 giorni post-esposizione



Complicazioni: le più frequenti sono diarrea, otite media e polmonite

Morbillo

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



Varicella

Causata da Varicella Zoster Virus (VZV)

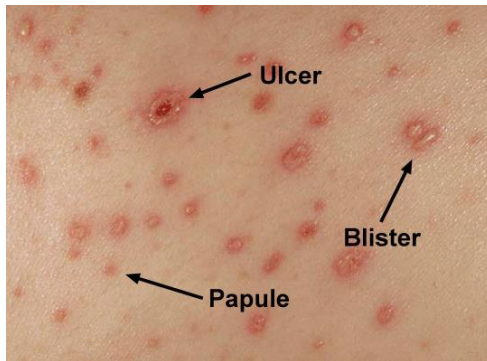
Trasmissione per 3 vie: contatto diretto,
respiratoria,
transplacentare

Altamente contagiosa: <morbillo, >parotite/rosolia

VZV responsabile di 2 differenti patologie:

Varicella a seguito dell'infezione primaria

Herpes zoster a seguito di riattivazione del virus



Periodo d'incubazione: 14–16 giorni

Fase prodromica (adulti):
1–2 giorni, febbre, malessere

Rash: 200–500 lesioni in 2–4
fioriture

Guarigione/complicazioni:
sovrainfezioni batteriche, polmoniti,
bronchiti, disturbi neurologici,
otite media

Varicella

- 2% di rischio quando l'infezione della mamma avviene nelle prime 20 settimane di gestazione
- Potenziali complicazioni

Sindrome da
varicella congenita

- Può verificarsi se l'infezione della mamma avviene verso la fine della gravidanza (rash 5 giorni prima e 2 giorni dopo parto)
- Tasso di mortalità fino al 30%

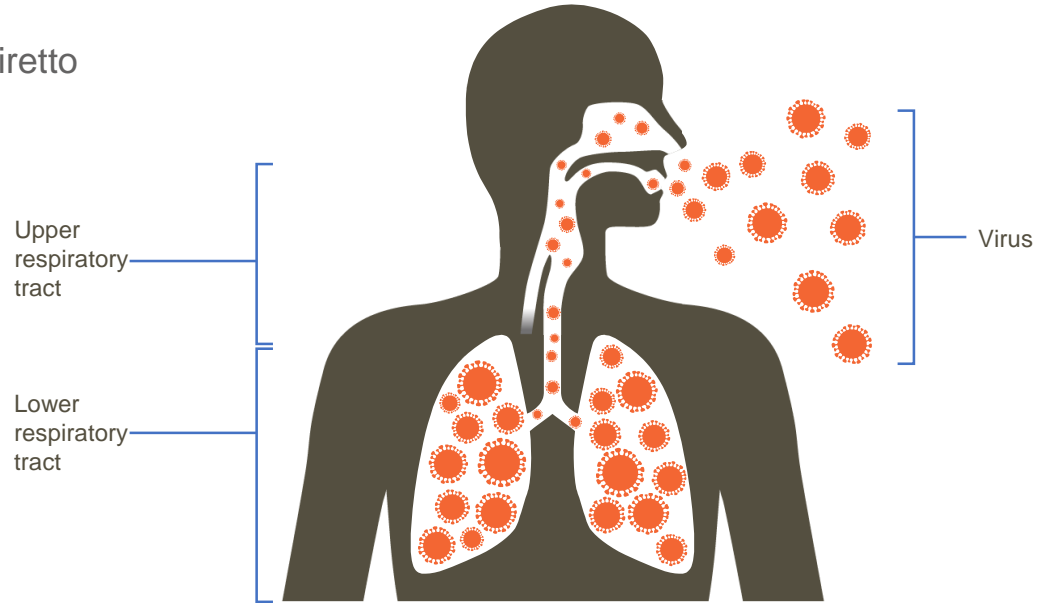
Varicella neonatale

Influenza

Causata da infezione da virus dell'influenza
Colpisce le vie aeree dando patologia respiratoria acuta
Altamente contagiosa
Trasmissione: Per via aerea, contatto diretto

Principali sintomi:

- Febbre
- Mialgia
- Tosse
- Gola infiammata
- Debolezza
- Eemicrania



Influenza

Le epidemie stagionali causano dai **3 ai 5 milioni di casi** di malattia grave, nel mondo



Rischio di ospedalizzazione e morte in soggetti anziani

Globalmente dalle **250.000 alle 500.000** morti, globalmente

Tassi di infezione influenzale in bambini e adulti

5%-10%



20%-30%



Circa il **90%** delle morti correlate all'influenza nel mondo si verificano in persone dai **65 years in su**

Poliomelite

Causata da tre tipi di polio-virus (1,2 ,3), appartenente al genere enterovirus

Grave malattia a carico del sistema nervoso centrale che colpisce soprattutto i neuroni motori del midollo spinale

Il virus infetta le cellule dell'orofaringe, le tonsille, i linfonodi del collo e l'intestino tenue

Il contagio avviene:

- per via oro-fecale,
- attraverso l'ingestione di acqua o cibi contaminati
- tramite la saliva e le goccioline emesse con i colpi di tosse e gli starnuti da soggetti ammalati o portatori sani.

L'uomo rappresenta l'unico serbatoio naturale del virus

Può colpire persone di tutte le età ma principalmente si manifesta nei bambini sotto i tre anni.

Sintomi iniziali della malattia sono:

- febbre,
- stanchezza,
- vomito,
- irrigidimento del collo
- dolori agli arti

Poliomelite

Si possono avere:

- infezioni inapparenti prive di sintomi,
- con pochi sintomi (febbre, nausea, diarrea),
- meningiti asettiche,
- forme paralitiche.

In casi di infezione estesa a tutti gli arti, il malato può diventare tetraplegico

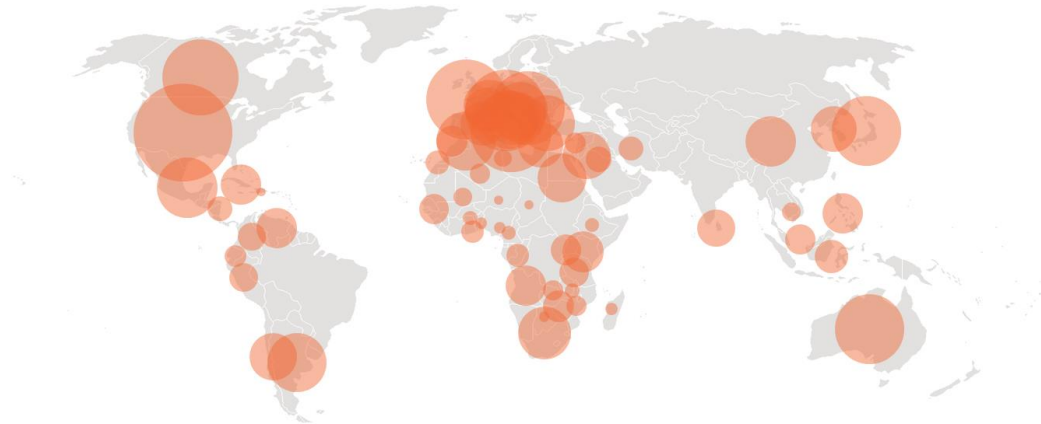
Nella forma più grave, quella bulbare, il virus paralizza i muscoli innervati dai nervi craniali, riducendo la capacità respiratoria, di ingestione e di parola.



Poliomelite

– 1950

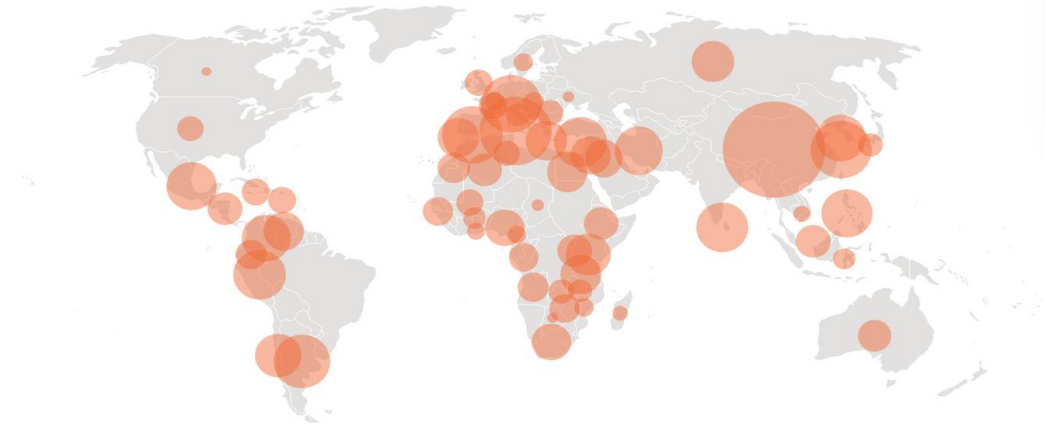
- Globalmente, la polio era endemica con una stima di >600,000 casi all'anno. Arriva il primo vaccino.
- I pazienti ospedalizzati spesso necessitavano di “polmoni di ferro” a causa della paralisi dei muscoli respiratori.



Poliomelite

– **1960**

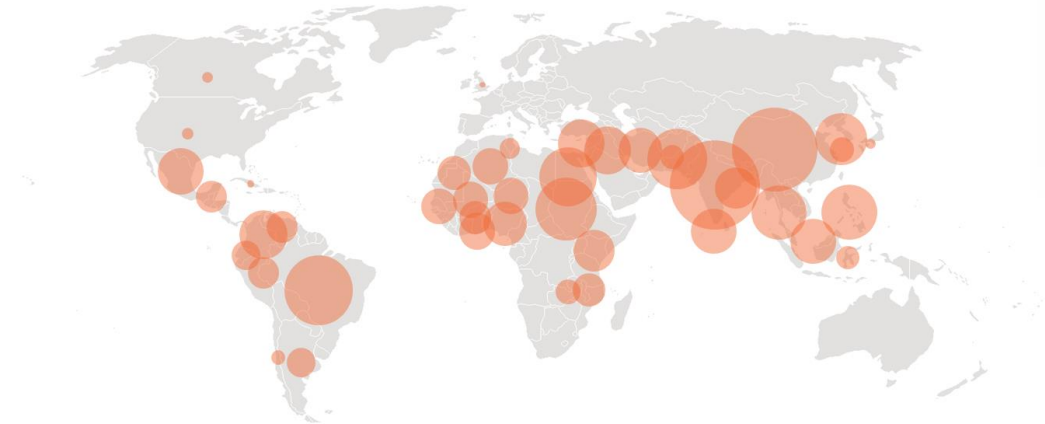
– Arriva il secondo vaccino, OPV, più efficace e che rimpiazza il precedente IPV.



Poliomelite

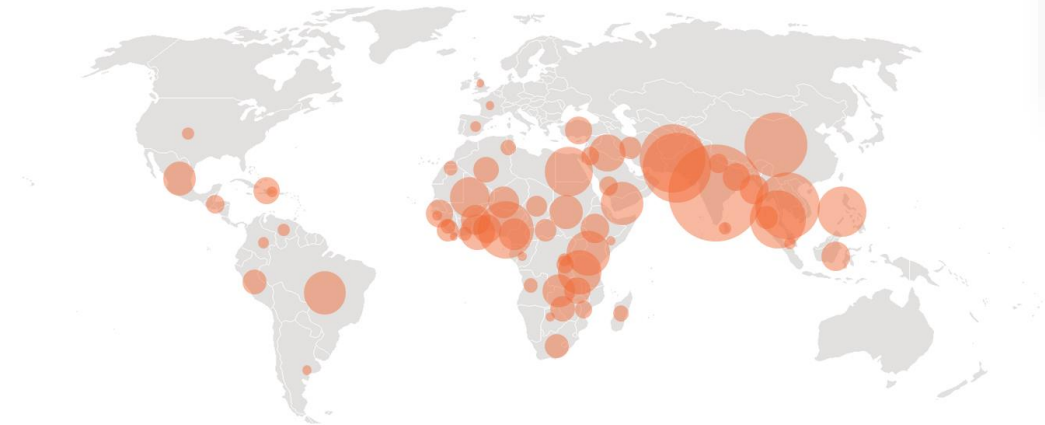
–1970

- Le campagne vaccinali in Europa e US riducono l'incidenza dei casi di polio



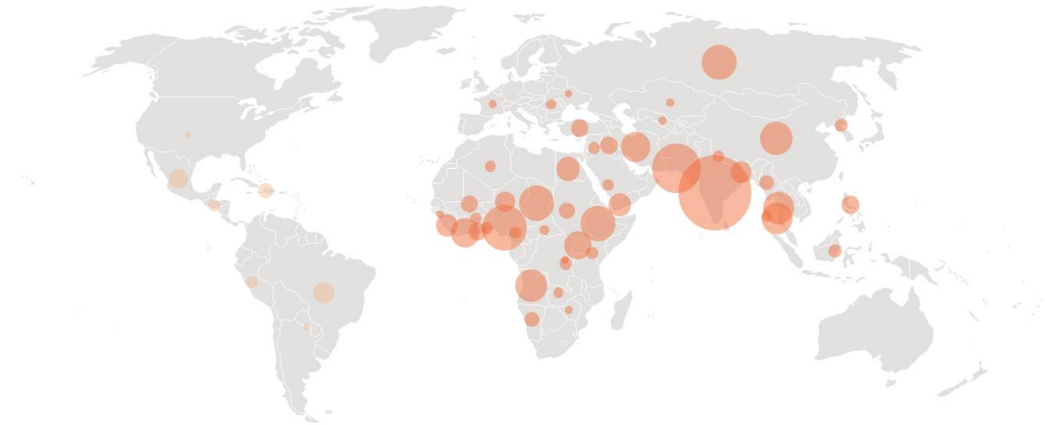
Poliomelite

- **1985**
- Annunciato l'obiettivo di eradicare la polio in America



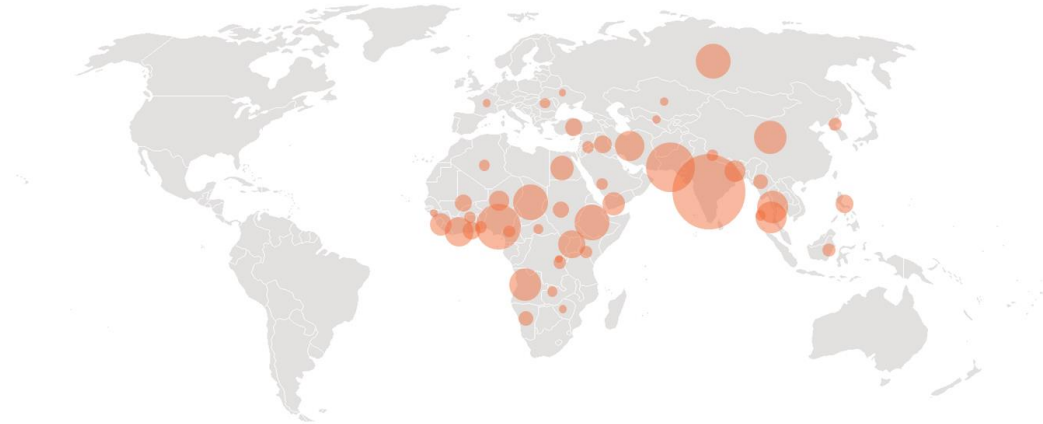
Poliomelite

- **1988**
- Iniziative globali per l'eradicazione della polio supportate dai governi nazionali



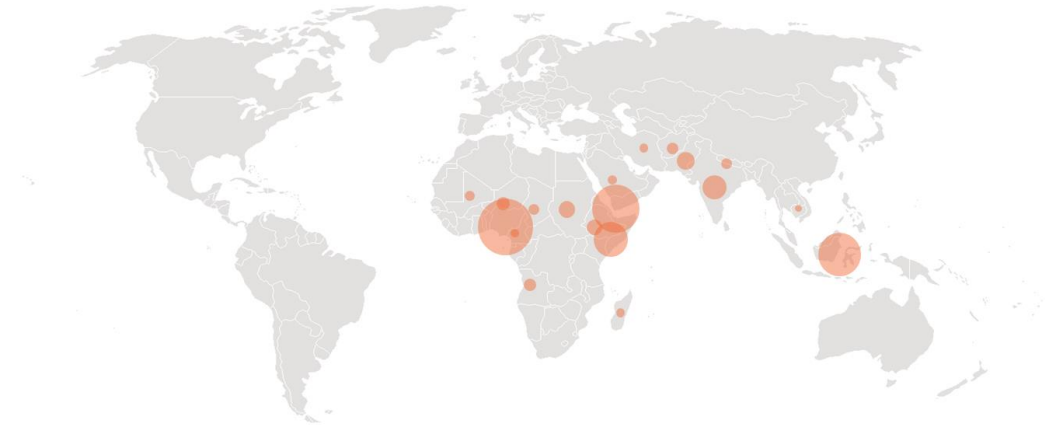
Poliomelite

- **1994**
- Polio ufficialmente eradicata in America



Poliomelite

- **2002**
- Polio ufficialmente eradicata in Europa



Poliomelite

- **2014**
- Polio ufficialmente eradicata in Sud-Est Asiatico



Poliomelite

- **2016**
- Polio rimane endemica solo in 3 regioni (Nigeria, Pakistan e Afghanistan) e solo 37 casi al mondo



Poliomelite

- **2018**
- Se raggiungibile, si valuta che l'eradicazione della polio possa portare un beneficio di 40-50 **miliardi** di dollari ai paesi poveri.



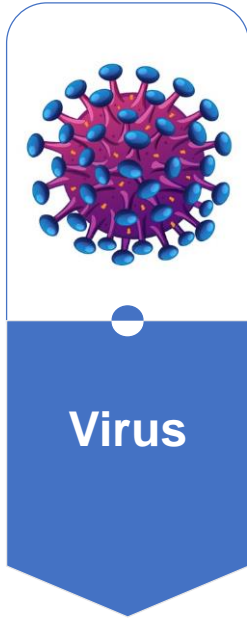
Situazione Italiana

L' Italia è in questo momento ancora polio free, ma è un paese a forte rischio di importazione di virus polio selvaggio, di virus Sabin e dei loro derivati poiché mantiene continui scambi con le aree endemiche e di nuova circolazione o semplicemente con paesi che ancora adottano il vaccino OPV.

Obiettivi del PNPB 2017-2019:

1. Mantenere lo stato polio-free
2. Raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free

Malattie infettive e agenti infettivi



Morbillo, Varicella, Influenza ...



Pertosse, Meningiti ...



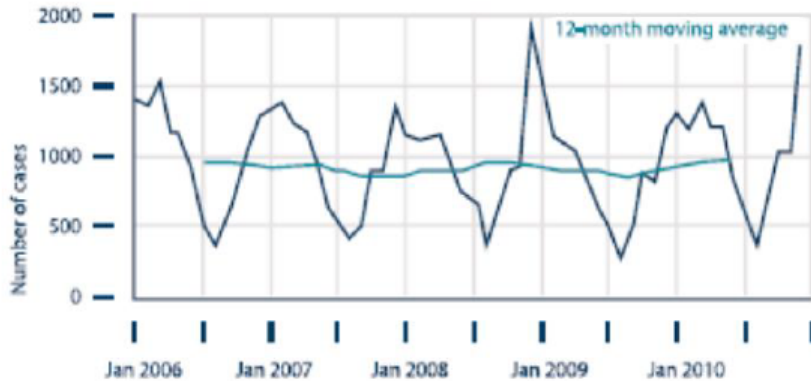
Tetano, Difterite ...

Polmonite

Infezione di tessuto normalmente sterile causa:

- Setticemia
- Meningite
- Polmonite

La polmonite può essere causata da *Streptococcus pneumoniae* (40% dei casi)
Infezione polmonare



Pertosse

Causata dal batterio *Bordetella pertussis*

Infezioni delle vie respiratorie

la trasmissione della malattia avviene solo fra esseri umani

l'immunità conferita da una prima infezione non è definitiva, ma declina col tempo.

È una malattia infettiva molto contagiosa



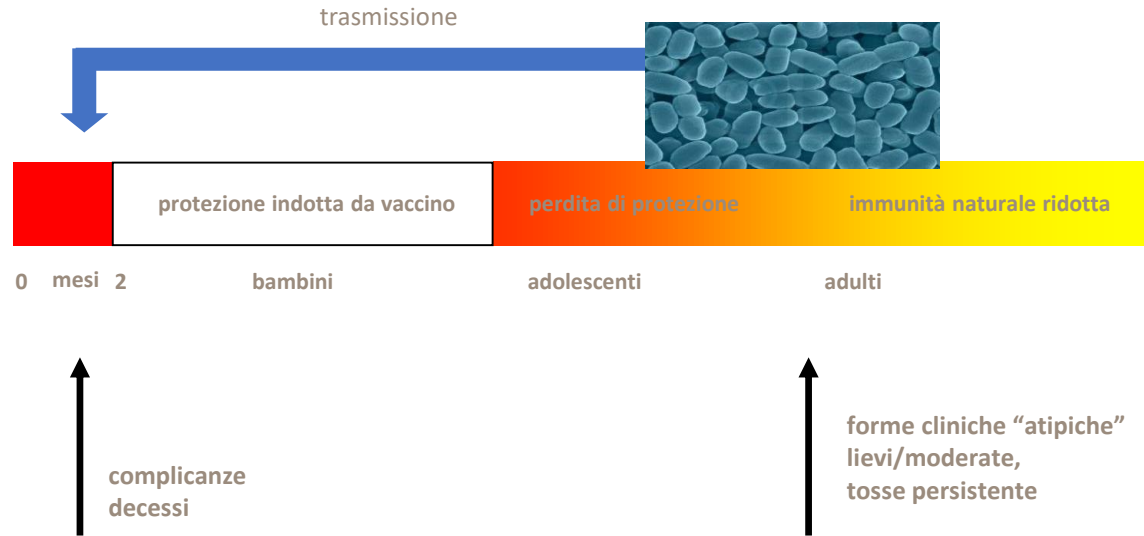
Prima fase catarrale (1/2 settimane): tosse lieve, qualche linea di febbre, copiose secrezioni nasali

Fase parossistica (fino a oltre 2 mesi): tosse parossistica e difficoltà respiratorie con apnea, cianosi e vomito

Oggi il 90% dei casi di pertosse si registrano proprio nelle popolazioni in cui non viene effettuata la vaccinazione, e in questi casi la pertosse può portare a una mortalità elevata nei bambini.

La pertosse viene annoverata fra le malattie infantili (come la rosolia, il morbillo, la varicella e la parotite) e colpisce prevalentemente bambini sotto i 5 anni in assenza di vaccinazione.

Il ciclo di trasmissione della pertosse

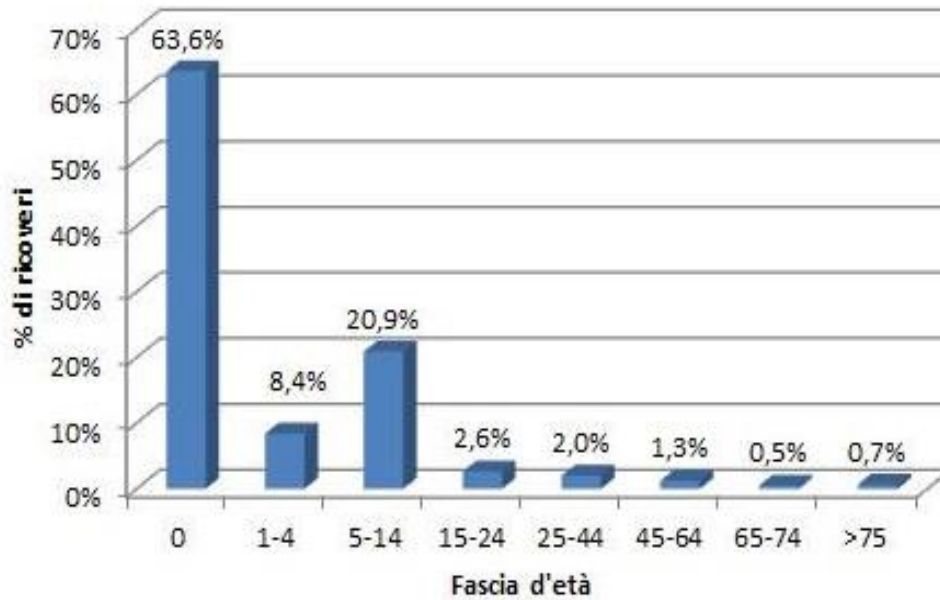


Epidemiologia della pertosse in Italia

ID 235

IMPATTO DELLA PERTOSSE SULLA POPOLAZIONE ITALIANA NEL PERIODO 2001-2014

F. Brosio; P. Kuhdari; A. Stefanati; L. Piccinni; S. Lupi 1; P. Perrone; S. Ferioli; G. Gabutti
Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara



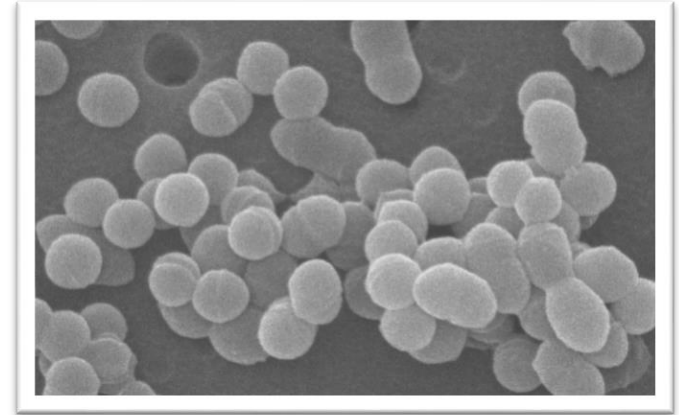
Risultati:

- Analizzati 7.102 ricoveri per pertosse (diagnosi principale) nel 2001-2014 per tutte le fasce d'età
- Il 63,6% dei ricoveri in pazienti <1 anno (tasso ospedalizzazione = 59/100.000)

Meningite meningococcica

Patologia causata dal batterio *Neisseria meningitidis*

- Diplococco aerobio, capsulato, gram-negativo
- Patogeno strettamente umano
- Comune lo stato di portatore asintomatico
 - Stato di carrier: 10%–20%
- Trasmissione tramite:
 - Secrezioni respiratorie
 - Contatto diretto
 - Periodo di incubazione: 2–10 giorni
- Sierogruppo determinate dai component della capsula, che è determinante anche per la virulenza
- 12 sierogruppo identificati, ma solo 6 causano IMD: A, B, C, W, X e Y



Meningite meningococcica

La malattia meningococcica può progredire rapidamente causando effetti devastanti e spesso arrivando anche al rischio di decesso

Sottonotificata

I segni e sintomi precoci spesso possono ricordare quelli di patologie virali più comuni

Decorso rapido di malattia

Progressione dai sintomi iniziali, non specifici, come febbre e irritabilità, alla morte già entro 24–48 ore

Importante morbilità e mortalità

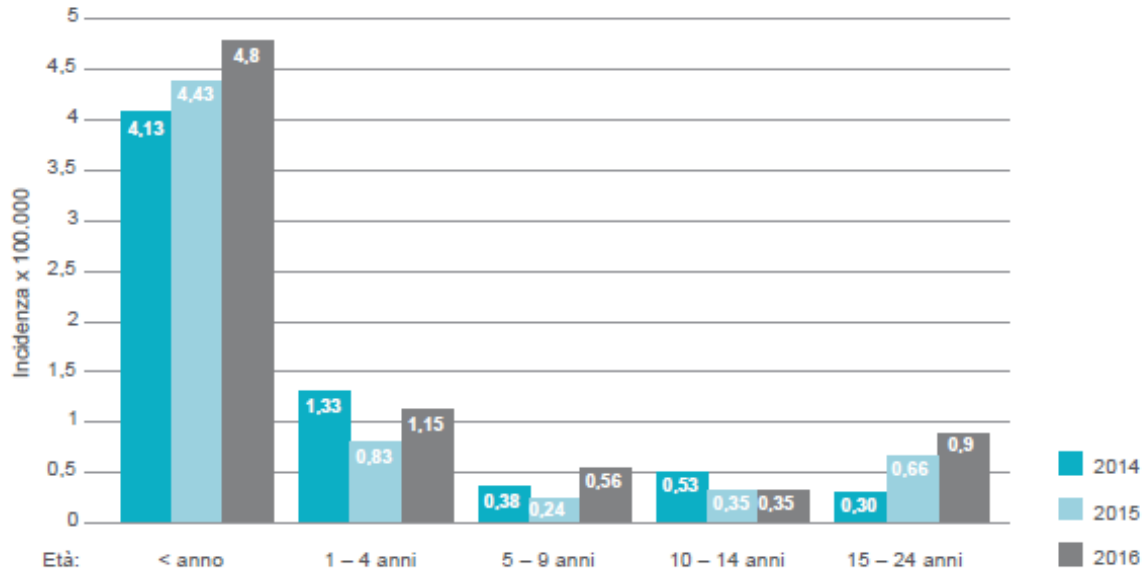
Nonostante trattamento appropriato:

- ~5–10% di casi fatali
- Fino a 20% dei sopravvissuti di IMD presentano sequelae



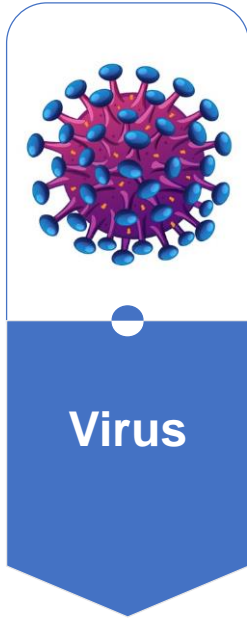
Meningite meningococcica

Incidenza della malattia invasiva da meningococco per età e anno (2014-2016)



1. Istituto Superiore di Sanità, "Dati di sorveglianza delle malattie batteriche invasive aggiornati al 3 Aprile 2017". http://old.iss.it/binary/mabi/cont/Report_MBI_20170403_finale.pdf

Malattie infettive e agenti infettivi



Morbillo, Varicella, Influenza ...



Pertosse, Meningiti ...



Tetano, Difterite ...

Malattia infettiva mediata da tossine

Una **biotossina** è un veleno prodotto dall'attività metabolica di alcuni esseri viventi, come i batteri. La presenza nel sangue umano di tossine prende il nome di **tossinemia** o **tossiemia** e dà quadri clinici e prognostici differenti

Le tossine agiscono con meccanismi diversi:

- **neurotossico** (neurotossina) quando agiscono direttamente sul neurone o sulle sinapsi in senso inibente e quindi determinante paralisi o stimolante con effetti convulsivi, come accade per il tetano.
- **emotossico** quando agiscono sul sangue determinando la distruzione di alcuni elementi figurati come i globuli rossi o alterando i sistemi di coagulazione del sangue.
- **citotossico** quando l'azione è rivolta direttamente alla cellula.



Difterite

Causata dal batterio *Corynebacterium diphtheriae*

Nell'organismo l'agente infettivo rilascia una tossina che può danneggiare, o addirittura distruggere, organi e tessuti.

Può colpire la gola, il naso, le tonsille o provocare ulcere della pelle.

Si trasmette per contatto diretto con una persona infetta o, più raramente, con oggetti contaminati

Il periodo di incubazione dura 2 – 5 giorni.

Entro 2-3 giorni, sulla superficie delle tonsille e della gola si forma una caratteristica membrana grigiastra, dai margini infiammati.

Altri sintomi associati all'infezione possono essere gonfiore del collo e ostruzione delle vie respiratorie.

Per quanto possa colpire a qualsiasi età, la difterite riguarda tradizionalmente i bambini non vaccinati.

Complicanze sistemiche sono: Miocardite

Nevrite

Danni neurologici

Morte nel 5-10% dei casi, con percentuali più elevate <5 e >40 anni



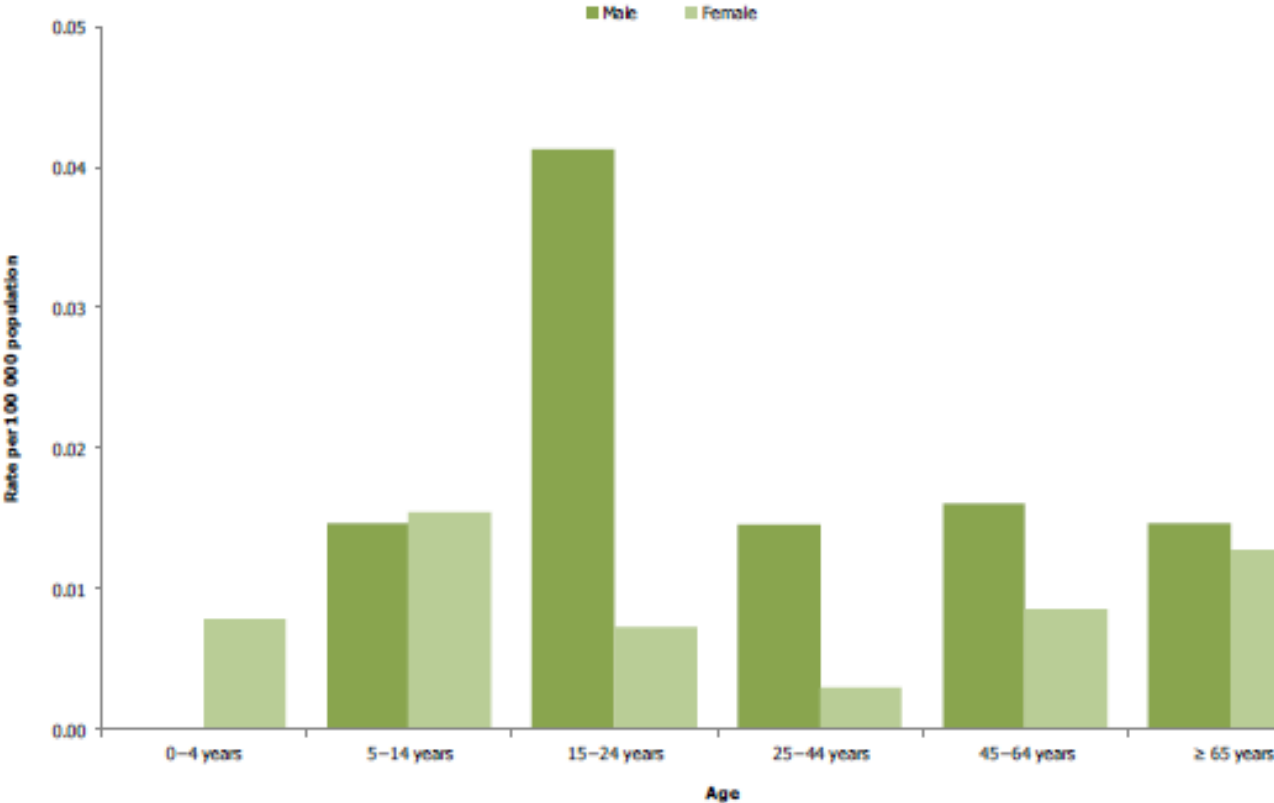
Difterite

Figure 1. Distribution of confirmed cases of diphtheria, by country, EU/EEA, 2015



Difterite

Figure 2. Confirmed cases of diphtheria per 100 000 population, by age and gender, EU/EEA, 2015



Difterite



An agency of the European Union



Infectious diseases & public health

News & events

Publications & data

About us



[Home](#) > [Diphtheria outbreaks in Yemen and Venezuela](#)

Diphtheria outbreaks in Yemen and Venezuela

news

24 Nov 2017



An outbreak of diphtheria is currently being experienced in Yemen and Venezuela. One hundred and twenty diphtheria cases have been reported in Yemen in the last two months, while Venezuela has seen more than 500 probable cases in 2017, as detailed in today's Communicable Disease Threat Report.

Vaccination against diphtheria is essential and prompt testing of suspected cases in travellers coming from affected areas is recommended.

Low vaccination coverage, immunity gaps in adults and poor sanitation, due to the disruption of national vaccination programmes caused by unrest in the two countries, are factors that favour the transmission of the disease and are causing the current outbreaks.

Difterite



Gli operatori sanitari e la popolazione generale dovrebbero essere sensibilizzati sulla necessità di effettuare dosi di richiamo **contro la difterite** a distanza di dieci anni dall'ultima somministrazione per riportare i livelli sierici della popolazione generale a valori protettivi e non rischiare nuove epidemie.

Tetano

Causato da una tossina prodotta da *Clostridium tetani*

Le spore rimangono in ambienti ostili (terreno, metallo) per anni, senza perdere la capacità di sporulazione.

Ferite contaminate da terriccio, frammenti di legno e metallo, soprattutto se profonde o lacero-contuse, costituiscono l'ambiente ideale per la trasformazione della spora nella forma vegetativa in grado di produrre due tossine, la tetanolisina e la tetanospasmina (o tossina tetanica).

Anche in dosi di microgrammi, la tetanospasmina è letale.

Nella maggior parte dei casi, il periodo di incubazione varia da 3 a 21 giorni.

Generalmente, più breve è il periodo di incubazione più grave è il decorso clinico.

Le contrazioni muscolari di solito iniziano dal capo, e progrediscono poi verso il tronco e gli arti.

Altri sintomi includono febbre, sudorazione, tachicardia.

Il paziente rimane conscio e gli spasmi muscolari, provocati da stimoli anche minimi, causano dolore.



Tetano

La malattia non è contagiosa

La malattia non conferisce immunità, perciò i pazienti che hanno avuto il tetano devono iniziare o continuare il ciclo vaccinale non appena le condizioni cliniche lo consentano.

Una forma particolare di tetano è quello che colpisce i neonati (tetano neonatale), osservata soprattutto in Paesi in via di sviluppo.

L'infezione viene contratta quando il cordone ombelicale viene reciso con strumenti non sterili.

Di solito, il tempo di incubazione è di 7-14 giorni.

I sintomi sono quelli del tetano generalizzato, con una elevata letalità.



Tetano

Tetanus in Italy 2001–2010: A continuing threat in older adults

Antonietta Filia^{a,*}, Antonino Bella^a, Christina von Hunolstein^b, Antonella Pinto^b,
Giovanna Alfarone^c, Silvia Declich^a, Maria Cristina Rota^a

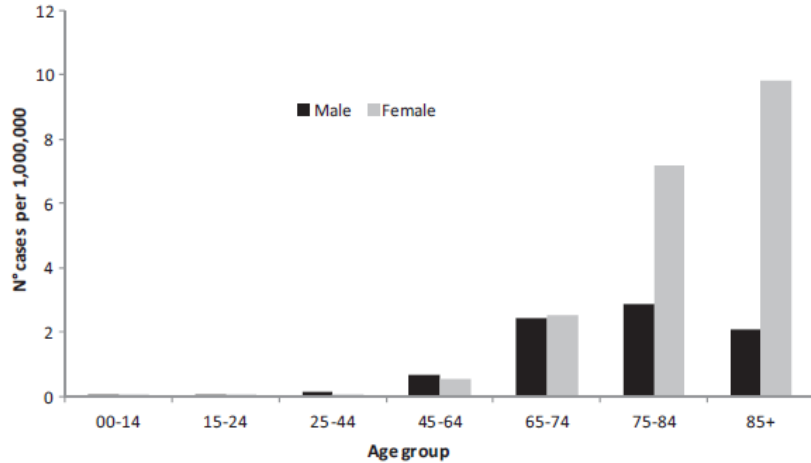


Fig. 2. Incidence of notified tetanus cases by age group and gender, Italy 2001–2010.

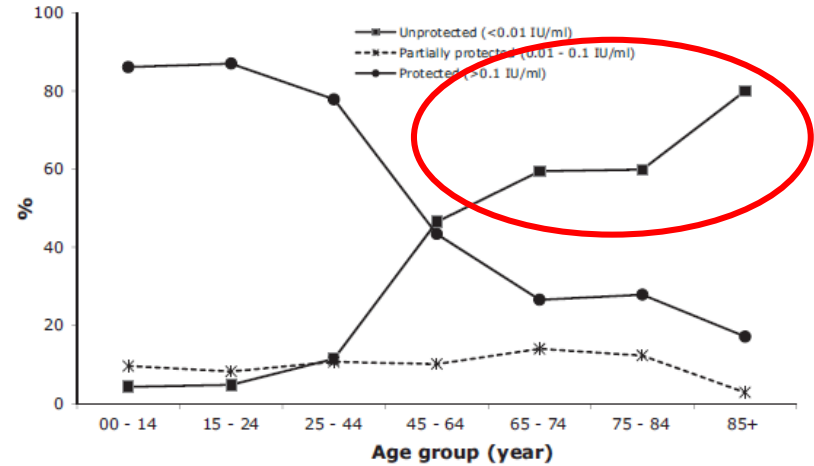


Fig. 3. Percentage of subjects with protective, partially protective and non-protective tetanus antibody levels, by age-group, Italy.



Argomenti:



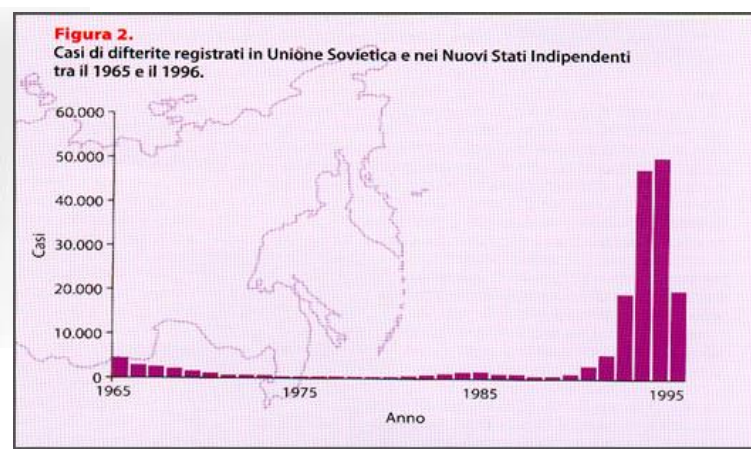
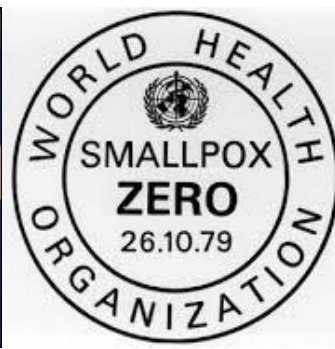
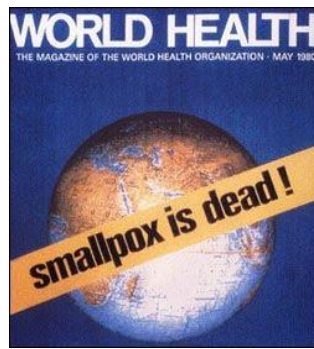
- **L'ambiente cui ci rivolgiamo, gli strumenti da utilizzare, tra informazione on ed offline** (Sara Mauroner – Responsabile Ufficio Stampa UniVR / Massimo Ascani - Direttore Comunicazione GSK Italia)
- **Le malattie prevenibili con la vaccinazione** (Giorgio Piacentini – Direttore U.O. di Pediatria Università degli Studi di Verona)
- **Il valore scientifico delle vaccinazioni** (Elisabetta Franco – Professore Ordinario Dipartimento Biomedicina e Prevenzione Università di Roma Tor Vergata)
- **Perché alcuni vaccini sono obbligatori e altri sono raccomandati** (Fortunato D'Ancona - Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS))
- **Il valore economico delle vaccinazioni** (Lucio Bussi giornalista economico, Consigliere ODG Nazionale)
- **Deontologia e comunicazione della prevenzione** (Giovanni D'Alessio – Consigliere ODG Veneto)



Vaccini vittime del loro successo

Chi ha detto questa frase per primo?

**Non lo sappiamo ma è certamente una
delle persone più citate!**



LA DIFTERITE TORNA IN UCRAINA

Autorità sanitarie in allarme dopo la conferma di due casi di difterite in Ucraina dall'inizio del 2018.

Ucraina: i bambini non vaccinati non potranno frequentare scuola e asili

Strategie d'impiego dei vaccini

ottica di sanità pubblica



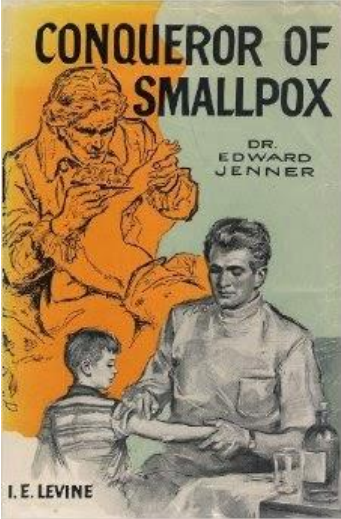
ottica individuale

Questo è Luca.
Lui è immunodepresso e
non può fare certi vaccini.

Ma può essere protetto dal gruppo

Vaccinando non stai
solo proteggendo te stesso e
i tuoi figli, ma anche chi
non può esser vaccinato.



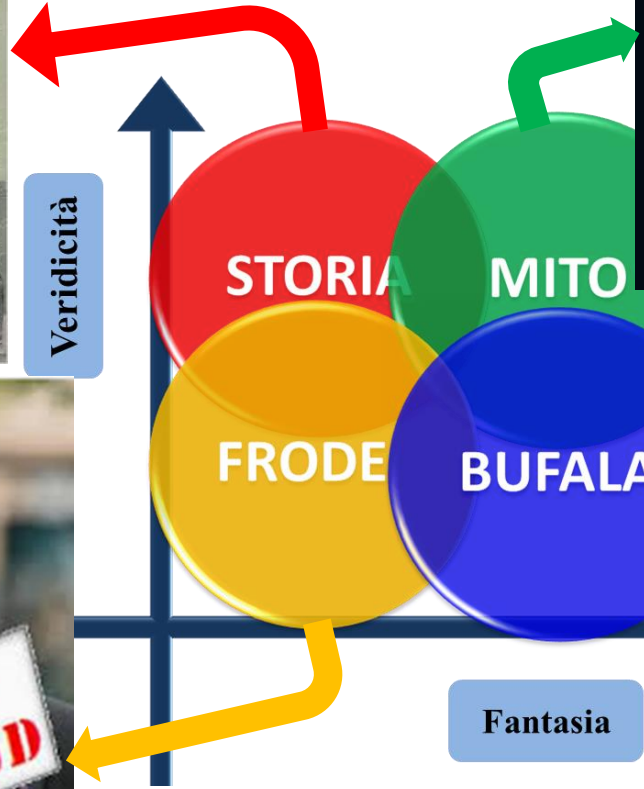


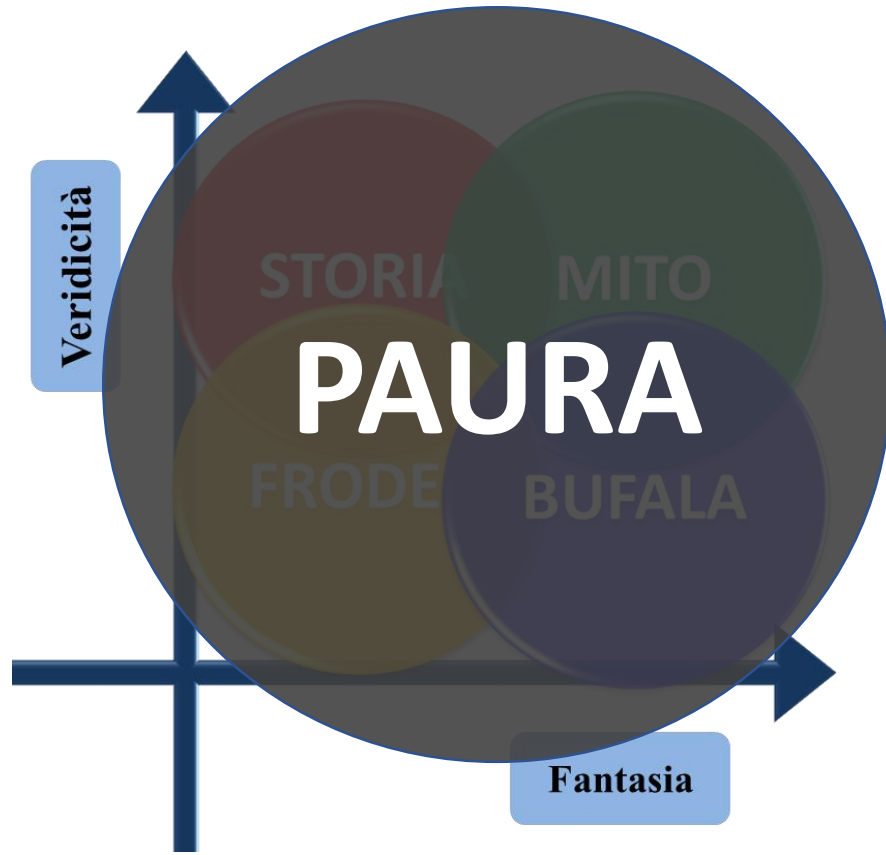
SOVRACCARICO DEL SISTEMA IMMUNITARIO

Sudden Infant Death Syndrome
Up to 60% of Immune System Destroyed

Neurological Disease	Attention Deficit Disorder
Organ Disease	Learning Disabilities
Autism	Brain Cell Loss
Cancer	Allergies
Asthma	Psoriasis
Leukemia	Total Paralysis
Synergistic Toxicity	Multiple Sclerosis
Developmental Damage	Auto-Immune Diseases
Seizures - Epilepsy - Deafness - Blindness	
Central Nervous System Damage	
Death	

POISON







**Vaccinazioni tra obbligo e raccomandazione: il ruolo del giornalista
nell'informazione, tra etica professionale e fake news**

Coffee break 15 minuti



Argomenti:



- **L'ambiente cui ci rivolgiamo, gli strumenti da utilizzare, tra informazione on ed offline** (Sara Mauroner – Responsabile Ufficio Stampa UniVR / Massimo Ascani - Direttore Comunicazione GSK Italia)
- **Le malattie prevenibili con la vaccinazione** (Giorgio Piacentini – Direttore U.O. di Pediatria Università degli Studi di Verona)
- **Il valore scientifico delle vaccinazioni** (Elisabetta Franco – Professore Ordinario Dipartimento Biomedicina e Prevenzione Università di Roma Tor Vergata)
- **Perché alcuni vaccini sono obbligatori e altri sono raccomandati** (Fortunato D'Ancona - Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS))
- **Il valore economico delle vaccinazioni** (Lucio Bussi giornalista economico, Consigliere ODG Nazionale)
- **Deontologia e comunicazione della prevenzione** (Giovanni D'Alessio – Consigliere ODG Veneto)



CORSO GIORNALISTI*

Vaccinazioni tra obbligo e raccomandazione: il ruolo del giornalista nell'informazione, tra etica professionale e fake news

Martedì 5 novembre 2019 – ore 9,30 / 13,30

Location collegate via Webex:

Verona, Sede GSK Via Fleming 2

Milano, Sala Stampa Nazionale Via Cordusio 4

Roma, Sede AdnKronos Piazza Mastai 9

Perché alcuni vaccini sono obbligatori e altri sono raccomandati



**Fortunato
Paolo
D'Ancona**

Dipartimento
malattie
infettive

Istituto
Superiore di
Sanità

Conflitti di
interesse

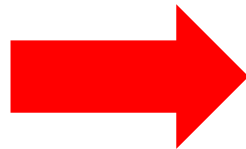
Nessuno

Il Piano Nazionale di prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 e i LEA

- Il Piano Nazionale di prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 (pubblicato in G.U. a febbraio 2017) è il documento nazionale di indirizzo delle strategie vaccinali da implementare nelle Regioni e Province Autonome con le relative attività adatte al contesto locale.
- Obiettivi:
 - miglioramento dello stato di salute della popolazione
 - armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese.
 - equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità e a servizi di immunizzazione di livello eccellente riducendo le diseguaglianze nel paese.
- Il piano contiene un calendario vaccinale con offerta gratuita e attiva per determinati vaccini e determinate fasce di età. Tutte le vaccinazioni del PNPV sono diventate LEA con il DPCM del 12 gennaio 2017 (pubblicato in G.U. 18 marzo 2017).

Due eventi importanti hanno spinto a un ulteriore passo deciso

- Epidemia di morbillo 2017: quasi 1300 casi al momento della ideazione della legge , 8% circa sanitari, 40% ospedalizzazioni.
- Coperture vaccinali imbarazzanti.
- Strategie dell'obbligo «leggero» (senza sanzioni) e della vaccinazione consapevole inefficaci a contrastare il fenomeno No-vax .



Legge 119/2017 Obbligo vaccinale

DL 73/2017 del 6 convertito in legge 119 del 31 luglio 2017

Allargamento dell'obbligo vaccinale da 4 a 10 vaccinazioni

10 vaccinazioni sono obbligatorie e gratuite, in base alle specifiche indicazioni per anno di nascita, per i minori di età compresa tra 0 e 16 anni
Altri vaccini sono fortemente raccomandati.

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).

IMPORTANTE: le malattie verso le quali si richiedono le vaccinazioni obbligatorie sono 10, ma i vaccini sono solo due perché sono vaccini combinati (esavalente + quadrivalente).

Alcuni pilastri di questo decreto legge

- Un provvedimento nazionale richiesto da molte regioni che stavano implementando un obbligo scolastico.
- **Non è una legge sull'obbligo scolastico, ma è una legge sull'obbligo vaccinale. Interessa tutti i minori 0-16 anni.** Anche senza andare a scuola o servizio educativo dell'infanzia si è sotto obbligo.
- **Non è un atto in contrasto con il PNPV, ma ne è uno strumento per raggiungere i suoi obiettivi.**
- L'informazione e la comunicazione con il cittadino rimangono punti fondamentali.
- **Va oltre i piani regionali di prevenzione vaccinale, tuttavia la implementazione ancora è regionale.**

PNPV, LEA e obbligo: i messaggi principali

- La legge sull'obbligo non cambia quanto previsto dal PNPV e dalla legge sui LEA: i vaccini obbligatori sono ALCUNI di quelli previsti dal PNPV.
- **Tutti i vaccini previsti dal PNPV sono LEA, quindi un diritto dei cittadini e sono gratuiti.** Anche quelli non obbligatori.
- Non tutte le vaccinazioni del PNPV sono obbligatorie e **non per tutte le età**: grande confusione.
 - Vaccinazioni obbligatorie e gratuite per alcune fasce di età.
 - Vaccinazioni raccomandate nel piano e gratuite per alcune fasce di età.
 - **Al di fuori delle età indicate del calendario si può parlare di vaccinazioni indicate/consigliate (spesso in co-pagamento).**

L'importanza del monitoraggio: le coperture vaccinali

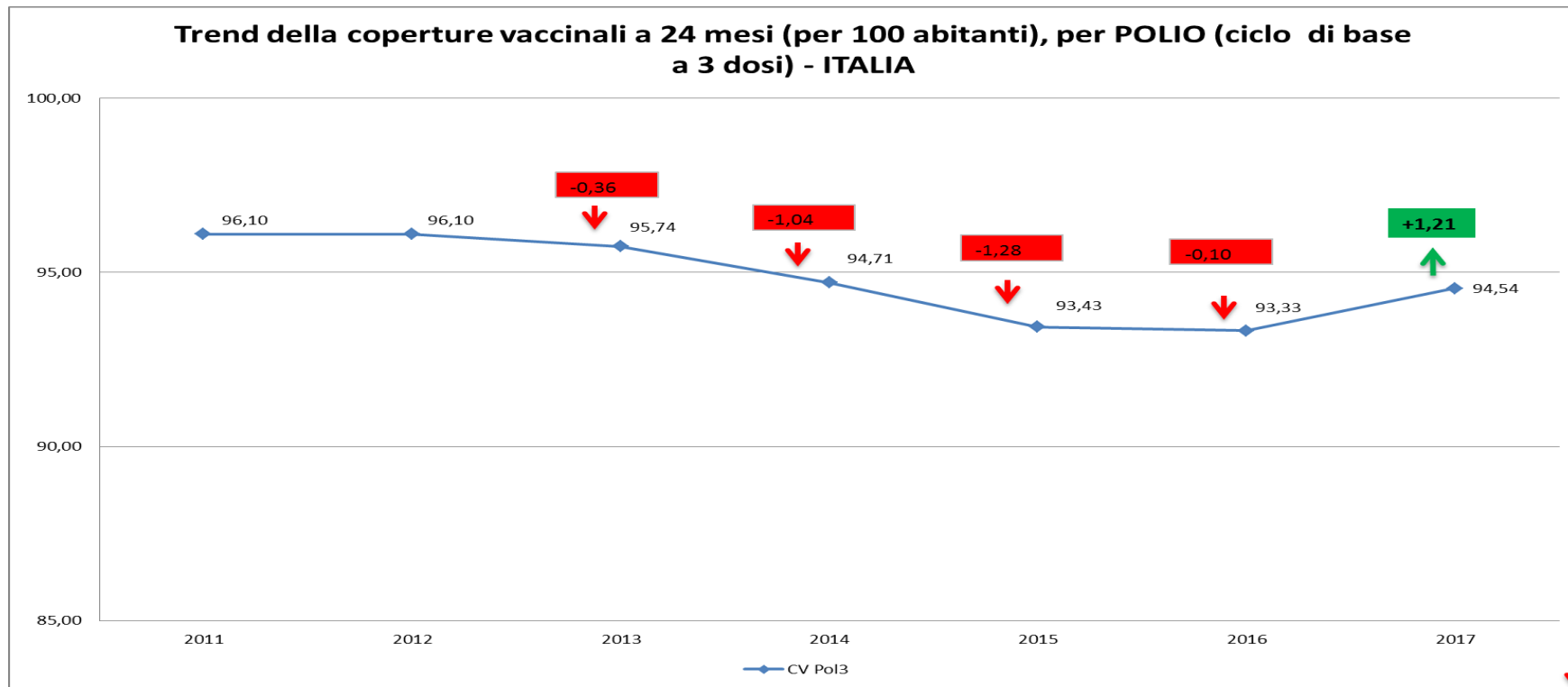
- Le coperture vaccinali rappresentano l'indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali, poiché forniscono informazioni in merito alla loro **reale implementazione sul territorio e sull'efficienza del sistema vaccinale**.
- Esse, quindi, sono in stretta correlazione con il PNPV per il perseguimento dei suoi obiettivi.

Le coperture vaccinali disponibili

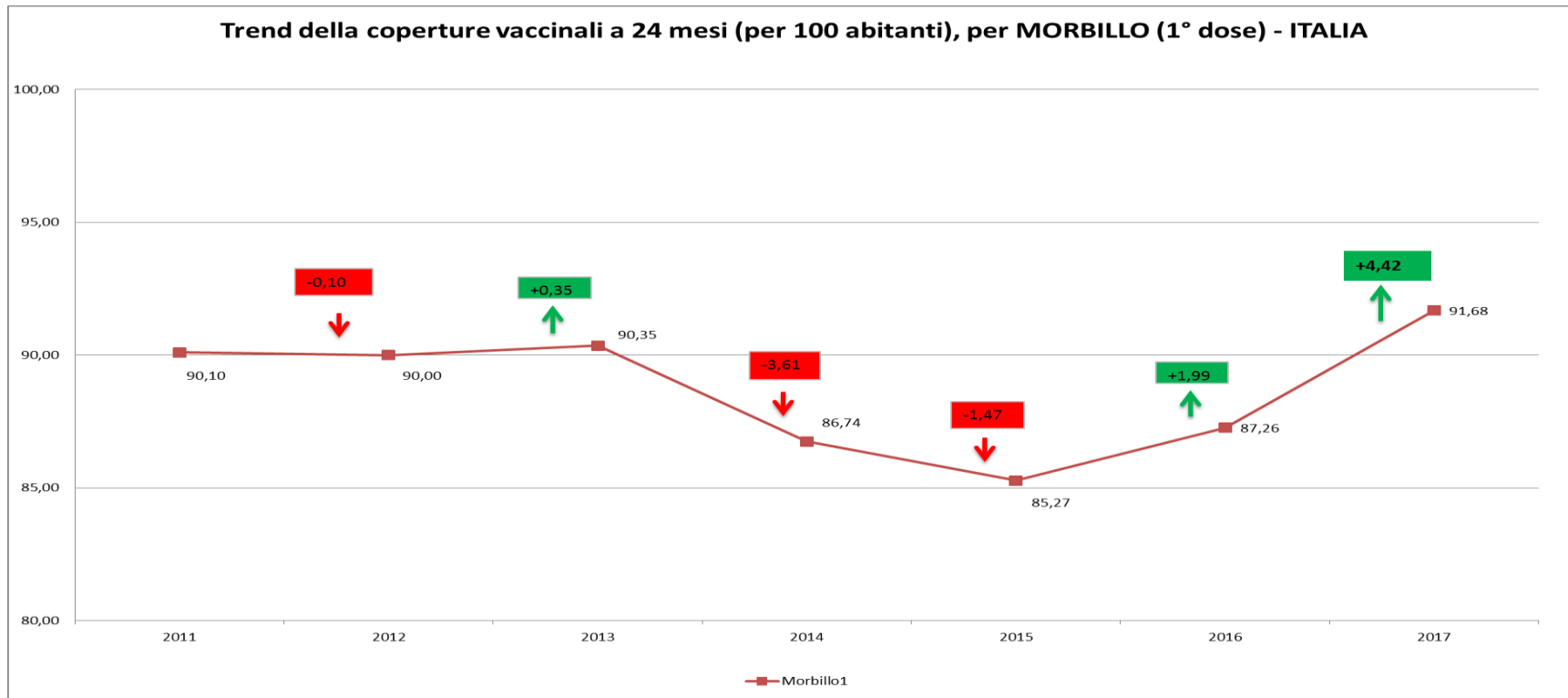


Il Ministero della Salute è l'organo preposto alla raccolta delle coperture vaccinali dalle regioni.

L'impatto immediato della legge 119/2017 sulle coperture (anno 2017)



L'impatto immediato della legge 119/2017 sulle coperture (anno 2017)



Confronto
corte a 24 mesi
a dicembre
2017 e 2018

	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
REGIONE/P.A.	POL	POL	MOR	MOR	Men C	Men C	PNC	PNC
Piemonte	95,75	95,79	94,72	94,67	92,39	92,35	92,83	93,40
Valle d'Aosta	93,66	94,36	90,33	91,43	89,81	88,92	91,27	92,37
Lombardia	94,88	95,31	93,92	94,16	92,18	92,37	92,52	92,80
Prov. Aut. Bolzano	85,87	83,33	71,86	70,84	67,68	65,59	80,92	79,48
Prv. Aut. Trento	93,90	94,62	91,68	94,30	89,64	89,76	90,91	92,01
Veneto	93,53	94,77	92,34	93,49	92,03	91,99	86,57	87,20
Friuli-Venezia Giulia	90,42	93,13	86,55	91,24	89,00	87,50	83,83	87,07
Liguria	95,04	97,24	90,92	94,04	84,11	89,74	93,04	94,91
Emilia-Romagna	95,55	95,73	93,48	93,67	91,64	92,09	92,71	93,84
Toscana	95,78	96,84	93,51	95,04	92,71	91,09	90,36	92,53
Umbria	95,80	95,63	94,53	94,59	92,31	90,10	94,28	93,87
Marche	93,01	93,89	88,21	92,07	82,49	85,23	90,71	91,22
Lazio	96,85	97,29	95,34	94,87	80,37	81,68	92,30	94,14
Abruzzo	97,36	96,87	89,20	94,49	70,92	78,43	91,15	93,17
Molise	97,16	95,74	90,48	91,95	82,71	61,43	96,02	95,22
Campania	95,39	95,17	92,03	93,39	61,30	81,74	88,22	90,39
Puglia	94,39	95,22	91,09	94,18	83,63	83,20	92,01	93,58
Basilicata	97,72	97,07	92,90	92,98	93,33	91,80	96,72	96,89
Calabria	96,10	97,01	92,79	92,72	56,85	88,97	94,62	95,88
Sicilia	91,33	92,22	85,63	90,94	68,21	56,94	88,01	87,97
Sardegna	96,04	95,18	93,00	92,33	90,14	85,49	95,45	93,93
Italia	94,60	95,09	91,84	93,22	82,64	84,93	90,90	91,89

Confronto
corte a 5-6
anni dicembre
2017 e 2018

REGIONE/P.A.	2017 2018		2017 2018	
	POL	POL	MOR	MOR
Piemonte	93,85	94,21	92,42	93,33
Valle d'Aosta	93,16	92,11	89,21	91,60
Lombardia	92,35	92,20	90,78	91,48
Prov. Aut. Bolzano	83,79	79,53	74,55	73,31
Prv. Aut. Trento	92,60	92,51	89,04	91,98
Veneto	89,84	89,63	88,51	89,78
Friuli-Venezia Giulia	91,21	90,89	88,36	89,45
Liguria	88,94	90,70	85,20	88,48
Emilia-Romagna	91,71	91,89	89,24	90,30
Toscana	88,10	90,92	89,76	91,66
Umbria	94,75	97,86	92,56	92,76
Marche	89,13	91,15	88,99	89,71
Lazio	88,62	90,62	86,63	88,81
Abruzzo	89,74	95,07	86,52	92,50
Molise	94,44	93,49	83,28	90,43
Campania	83,90	83,74	78,24	80,80
Puglia	91,17	92,33	89,60	91,86
Basilicata	95,15	97,80	92,64	95,98
Calabria	92,63	93,40	78,69	91,23
Sicilia	72,65	88,04	66,06	84,67
Sardegna	91,49	92,98	89,00	90,91
Italia	88,69	90,71	85,74	89,20

Quanto sono precisi i dati di copertura vaccinale in Italia?

- L'Anagrafe Nazionale Vaccinale ancora non attiva al momento della rilevazione.
- Anagrafi regionali ancora assenti o poco efficienti in alcune realtà o recupero coorti pregresse incompleto.
- Anagrafi differenti e con funzioni differenti tra le regioni.
- Rilevazione basata su autodichiarazione di dati (modello auto-compilato dalle Regioni al Ministero).
- Eterogeneità del denominatore usato a livello locale/regionale (ISTAT, anagrafe assistiti, anagrafe comunale, etc.).
- Denominatore pulito vs denominatore sporco (esclusione dei non rintracciabili in alcune regioni).
- Popolazioni in movimento «creano disturbo».

Perché alcuni vaccini obbligatori e alcuni raccomandati?

- In origine il legislatore voleva inserire l'obbligo per le malattie che potessero causare focolai epidemici scolastici (di fatto tutti i vaccini dell'infanzia tranne il tetano che non si trasmette persona-persona).
- Successivamente elenco rivisto per ridurre il numero dei vaccini obbligatori.
- Non bisogna quindi associare l'obbligo con il concetto di vaccino più importante. Le vaccinazioni raccomandate proteggono da malattie gravi e letali oppure da malattie frequentissime.
 - Le meningiti e sepsi da meningococco: rarissime ma estremamente gravi e spesso letali
 - le meningiti e sepsi da pneumococco: rare ma gravi e talvolta letali.
 - l'HPV è responsabile del tumore della cervice dell'utero delle donne (circa 2400 casi l'anno) e di alcuni tumori maschili orofaringei e del pene.
 - Rotavirus responsabile annualmente di 75.000/150.000 ospedalizzazioni per gastroenterite acuta in Europa.
- Ogni vaccinazione prevista dal calendario è gratuita per il cittadino ma ha un costo per lo stato Italiano ed è un investimento per la salute dei cittadini. Rifiutare una vaccinazione significa perdere una occasione di salute.

Le nostre valutazioni sulla introduzione della legge sull'obbligo pubblicate su riviste internazionali



Vaccine

Volume 35, Issue 33, 24 July 2017, Pages 4057-4059



Commentary

Italy's response to vaccine hesitancy: An innovative and cost effective National Immunization Plan based on scientific evidence

C. Signorelli ^{a, ❷}, R. Guerra ^b, R. Siliquini ^c, W. Ricciardi ^d



Euro Surveill. 2018 May 31; 23(22): 1800238.
doi: [10.2807/1560-7917.ES.2018.23.22.1800238](https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.22.1800238)

PMCID: PMC6152175
PMID: [29871721](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29871721/)

Introduction of new and reinforcement of existing compulsory vaccinations in Italy: first evaluation of the impact on vaccination coverage in 2017

Fortunato D'Ancona,¹ Claudio D'Amario,² Francesco Maraglino,² Giovanni Rezza,¹ Walter Ricciardi,¹ and Stefania Iannazzo²

THE LANCET Infectious Diseases

Go to The Lancet Infectious Diseases on ScienceDirect

Volume 18, Issue 1, January 2018, Pages 20-27



Correspondence

The imperative of vaccination put into practice

Carlo Signorelli ^{a, b, d}, Stefania Iannazzo ^c, Anna Odone ^{b, d} ✉

Ann Ig 2018; 30 (Suppl. 1): 1-10 doi:10.7416/ai.2018.2227

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

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

Key words: Vaccine coverage, health indicators, immunization programs and policies, National Immunization Prevention Plan, Italy

Parole chiave: Coperture vaccinali, indicatori di salute, programmi e politiche vaccinali, Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, Italia

I risultati dell'obbligo in poche parole

- Innegabile un aumento importante delle coperture soprattutto nei bambini più piccoli.
- Il conflitto «diritto di scelta individuale e interesse privato » versus «interesse pubblico e bene collettivo» è sempre presente ma finora le sentenze hanno supportato l'impianto legislativo.

Altri risultati positivi «secondari» della legge

- Tutti parlano di vaccini.
- I professionisti della salute focalizzano la loro attenzione sul tema.
- Gli operatori sanitari e le istituzioni dedicano maggiore impegno nella informazione e comunicazione con l'utenza.
- Definizione di processi organizzativi strutturati.
- Maggiore allineamento dei media verso posizioni più scientifiche.
- Campagne di comunicazione sono state avviate a tutti i livelli.
- Aumenta la sensibilità della popolazione nei confronti delle malattie prevenibili con vaccinazione.
- Maggiore attenzione verso la formazione dei professionisti sanitari nel settore vaccini.

Esempi di iniziative internazionali simili

- Negli USA ogni stato ha delle regole per bloccare l'accesso a scuola se i bambini non sono in regola con le vaccinazioni.
- In alcuni stati australiani vengono tagliati dal 2016 i benefit fiscali (Family Assistance Payments) per ogni figlio non vaccinato («no Jab no Pay»). Sono previste multe per le scuole se ammettono bambini non vaccinati.
- La Francia ha introdotto la vaccinazione obbligatoria per 11 malattie dal 2017.
- In Germania, una proposta con multe molto elevate e divieto di accessi ai servizi educativi dell'infanzia dal 2020.
- Sono 9 gli stati europei che si basano su un sistema di vaccinazione obbligatoria.

Criticità

- Nel 2017 diverse criticità (es. sovraccarico del servizio, difficoltà reperimento vaccini) ora risolte.
- **Comportamenti difformi tra le regioni!** E' necessaria una chiarezza per i cittadini, le scuole, i servizi vaccinali. La disseminazione dell'informazione corretta deve tenere conto dell'organizzazione locale e delle relative procedure operative. **RIFERIRSI SEMPRE AL PIANO REGIONALE O ALLE INDICAZIONI DI ASL.**
- Il percorso dal rilevamento dell'irregolarità alla sanzione è lungo e flessibile. Pena ancora non certa in molte regioni.
- **La sanzione più efficace è stata probabilmente lo sbarramento ai nidi cha ha, però, effetto solo sui nidi.**

Fornire informazioni e messaggi chiari e non contraddittori

- L'efficacia e sicurezza delle vaccinazioni sono costantemente monitorate ma, anche se non sono messe in discussione dal punto di vista scientifico, rappresentano ancora una preoccupazione per i cittadini.
- E' ancora necessario enfatizzare il ruolo della vaccinazione come strumento di protezione dell'individuo e della comunità. Sia i vantaggi di protezione individuale che di comunità.
- Comportamenti fortemente difformi tra le regioni e disomogeneità di organizzazione all'interno della stessa regione non giovano al sistema e ai programmi perché ne intaccano la fiducia da parte della popolazione.
- Necessità di garantire i LEA attraverso una offerta vaccinale capillare, attiva e facile e un sistema efficiente.

Proposte di cambiamenti che fanno scricchiolare il sistema

- La incoerenza nel breve termine: i cambiamenti dovrebbero essere introdotti dopo una attenta valutazione dei risultati.
- L'incertezza nella parte politica che non si fa carico delle evidenze scientifiche ma ne fa un uso talvolta strumentale.
- La indisponibilità immediata di sistemi di monitoraggio efficienti a livello nazionale non aiuta a monitorare la situazione reale.



Dove lavorare

- Centralità del cittadino. Sicuramente. Ma con quali limiti? Il centro vaccinale non è un supermercato (vorrei il prodotto X invece che y).
- Aumentare la fiducia del cittadino che ha difficoltà a valutare i rischi correttamente.
- Ribadire il messaggio che l'obbligo non coercitivo: nessuno è forzato alla vaccinazione.
- Garantire la facilità di accesso alla vaccinazione.
- Fornire informazioni chiare e coerenti con le evidenze scientifiche.

Conclusioni

- Il PNPV 2017-2019 continua a realizzarsi. Focalizziamoci su quello, poiché lo sviluppo del nuovo piano non è ancora partito.
- Il dibattito obbligo/non obbligo, seppure importante non deve portare a cambiamenti frettolosi. La pianificazione è fondamentale. I risultati ottenuti non dovrebbero essere ignorati.
- Il DL 119/2017 è stata la risposta a una situazione in cui il cittadino aveva perso fiducia nelle politiche vaccinali. Elementi indispensabili per riguadagnare la fiducia sono l'informazione corretta, la facile accessibilità ai servizi, l'implementazione della strategia, la coerenza.
- L'«obbligo» è stato sin dall'inizio uno strumento in più per recuperare copertura. Imperfetto, discutibile, **ma funzionante.**

Grazie per l'attenzione!

#Vaccineswork

I vaccini? Funzionano!

Proteggi te stesso e le persone intorno a te da malattie gravi



dancona@iss.it

SETTIMANA EUROPEA DELLA VACCINAZIONE
24 -30 aprile 2019

Condividere i fatti
sui vaccini aiuta a
salvare vite.



Fai la tua parte: vaccinati!
#ImmunizeEurope





Argomenti:



- **L'ambiente cui ci rivolgiamo, gli strumenti da utilizzare, tra informazione on ed offline** (Sara Mauroner – Responsabile Ufficio Stampa UniVR / Massimo Ascani - Direttore Comunicazione GSK Italia)
- **Le malattie prevenibili con la vaccinazione** (Giorgio Piacentini – Direttore U.O. di Pediatria Università degli Studi di Verona)
- **Il valore scientifico delle vaccinazioni** (Elisabetta Franco – Professore Ordinario Dipartimento Biomedicina e Prevenzione Università di Roma Tor Vergata)
- **Perché alcuni vaccini sono obbligatori e altri sono raccomandati** (Fortunato D'Ancona - Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS))
- **Il valore economico delle vaccinazioni** (Lucio Bussi giornalista economico, Consigliere ODG Nazionale)
- **Deontologia e comunicazione della prevenzione** (Giovanni D'Alessio – Consigliere ODG Veneto)

Il valore della Vaccinazione

“Un’oncia di prevenzione equivale a una libbra di cure”

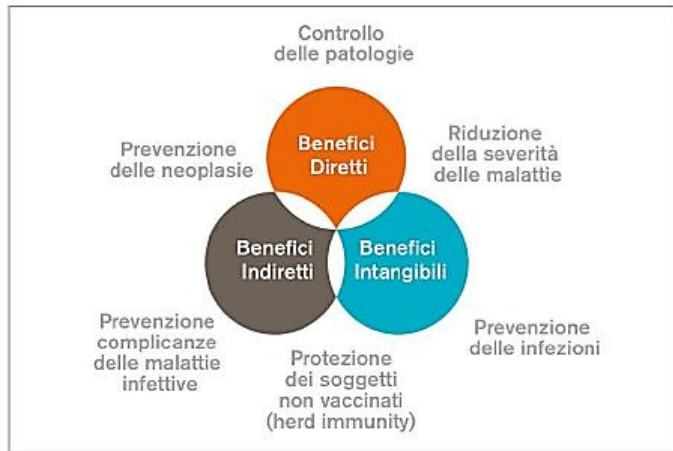
Benjamin Franklin

Il valore della Vaccinazione

Prevenzione diretta e indiretta delle malattie infettive e riduzione della mortalità

Nel corso dei secoli, la vaccinazione si è rivelata essere uno degli interventi più **efficaci e sicuri** a disposizione della Sanita Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive; infatti i vaccini in termini di riduzione della mortalita umana possono essere considerati secondi solo alla potabilizzazione delle acque^{1,2}.

Le vaccinazioni, sono in grado di salvare ogni anno
3 milioni di vite
da malattie infettive e di ridurre il carico di morbosità e mortalità³, attraverso:



1. Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014
2. Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019
3. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089/en/>

Il valore della Vaccinazione

Costi evitati e risparmi generati per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN)

Diversi studi hanno evidenziato i vantaggi economici delle vaccinazioni e i costi della non prevenzione¹:

1 € speso nella vaccinazione infantile genera un risparmio

- **3 €** nella prospettiva del SSN
 - **10 €** nella prospettiva della società
-

1 € speso nella vaccinazione in età adulta genera un risparmio

- **4 €** nella prospettiva del SSN
-

1 € speso nei programmi di immunizzazione genera un risparmio

- **24 €** reversibili in assistenza clinica
-

76 milioni di € spesi per vaccinare tutti i cittadini italiani tra i 50-64 anni contro l'influenza genera un risparmio

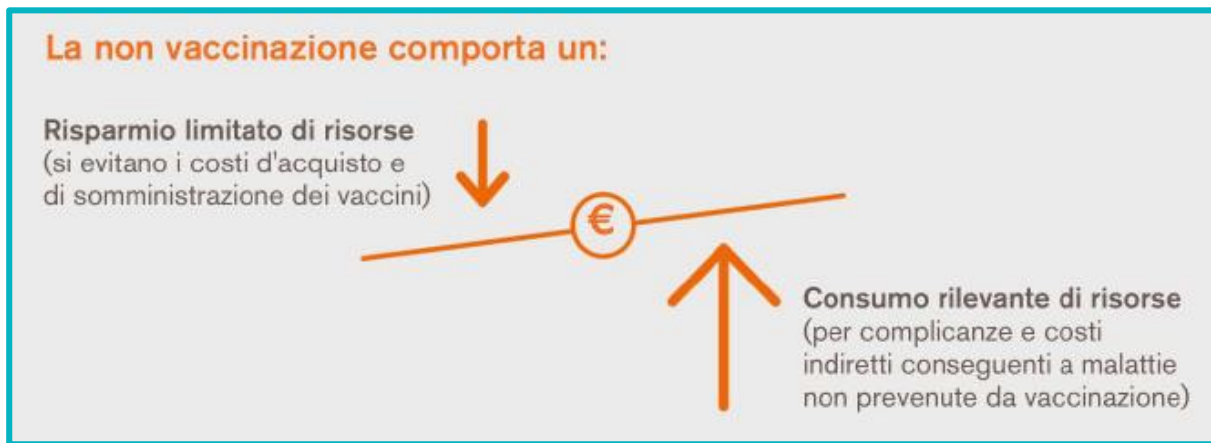
- **746 milioni di euro** nella prospettiva del SSN un rapporto costo/beneficio di 1 a 10

Il valore della Vaccinazione

Un modello "smart spending"

L' impatto dei vaccini può essere misurato non solo in termini di salute pubblica, ma anche in termini economici in quanto consentono di far risparmiare il **SSN**¹:

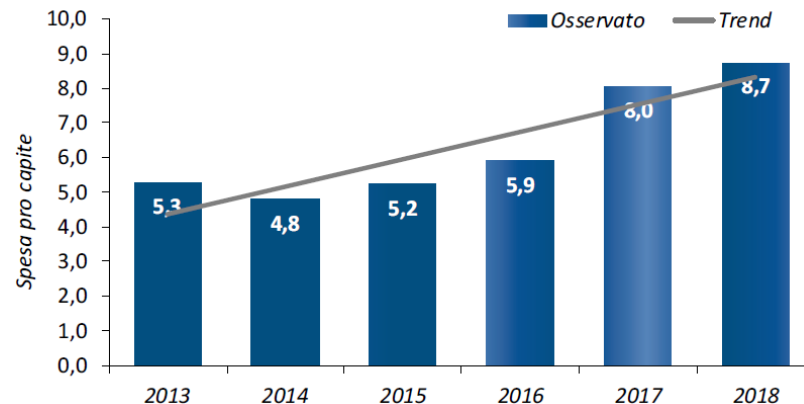
- liberano **risorse da reinvestire** in cure, ricerca e innovazione medica;
- generano una **protezione per la salute** per tutto l'arco della vita;
- **riducono i costi indiretti** derivanti da perdita di produttività e assenze da lavoro;
- favoriscono un **invecchiamento in buona salute**.



Il valore della Vaccinazione

Spesa farmaceutica anni 2013-2018

La spesa per i vaccini è andata progressivamente aumentando negli ultimi sei anni, partendo da un valore di 5,3 euro pro capite nel 2013 e raggiungendo un valore di 8,7 euro nel 2018 (+66%) con una variazione media annuale (CAGR) del +11%.

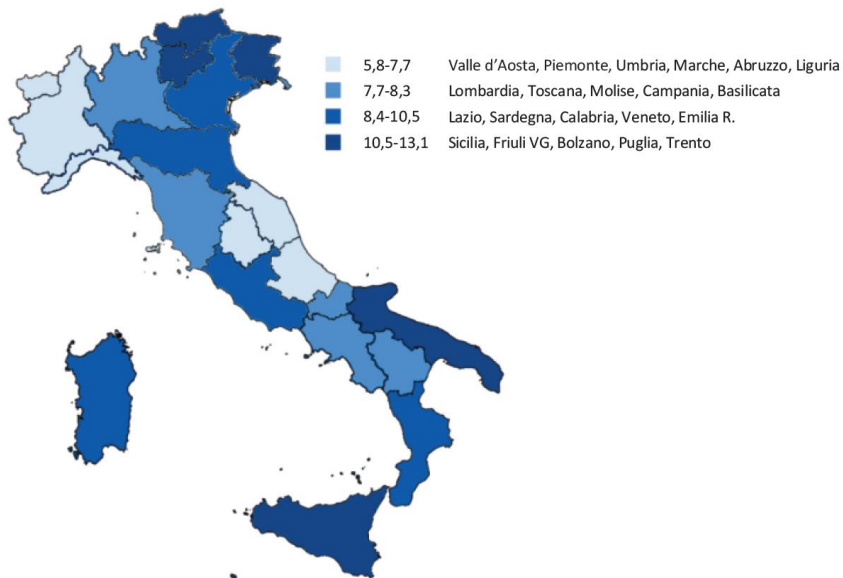


Il valore della Vaccinazione

Distribuzione regionale della spesa per i vaccini in Italia

- Nel 2018 si rileva una marcata variabilità nella spesa pro capite nelle regioni italiane, con un valore che va da un minimo di 5,75 euro della Valle d'Aosta a un massimo di 13,10 euro della P.A. di Trento, che fa registrare anche la maggiore variazione percentuale di spesa pro capite rispetto all'anno recedente (+33,2%);
- La P.A. di Bolzano e quella di Trento, insieme alle regioni Puglia e Sicilia, utilizzano più dosi, con un costo per giornata di terapia più elevato rispetto alla media nazionale.

Distribuzione in quartili della spesa pro capite pesata per i vaccini nel 2018





Argomenti:



- **L'ambiente cui ci rivolgiamo, gli strumenti da utilizzare, tra informazione on ed offline** (Sara Mauroner – Responsabile Ufficio Stampa UniVR / Massimo Ascani - Direttore Comunicazione GSK Italia)
- **Le malattie prevenibili con la vaccinazione** (Giorgio Piacentini – Direttore U.O. di Pediatria Università degli Studi di Verona)
- **Il valore scientifico delle vaccinazioni** (Elisabetta Franco – Professore Ordinario Dipartimento Biomedicina e Prevenzione Università di Roma Tor Vergata)
- **Perché alcuni vaccini sono obbligatori e altri sono raccomandati** (Fortunato D'Ancona - Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS))
- **Il valore economico delle vaccinazioni** (Lucio Bussi giornalista economico, Consigliere ODG Nazionale)
- **Deontologia e comunicazione della prevenzione** (Giovanni D'Alessio – Consigliere ODG Veneto)

Fonti

- Organizzaione Mondiale della Sanità

https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/communication/network/approved_vaccine_safety_website/en/

- Ministero della Salute

<http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp>

- Istituto Superiore di Sanità

<https://www.epicentro.iss.it/vaccini/>

- Aifa

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/vaccini>

- ECDC

<https://www.ecdc.europa.eu/en/home>

- Un elenco con anche le fonti istituzionali italiane è contenuto in questo adattamento in Italiano di una pubblicazione ECDC Curato dall'ISS (allegato 4)

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=367



**Vaccinazioni tra obbligo e
raccomandazione: il ruolo del
giornalista nell'informazione, tra etica
professionale e fake news**

GRAZIE A TUTTI