

**XII CONGRESSO  
NAZIONALE  
FIMP 2018**

*Tutti i bambini...  
un unico stivale!*



**fimp** Federazione  
Italiana  
Medici *Pediatr*i

**AIM**  
GROUP  
INTERNATIONAL

**Paolo Bonanni**  
**Università di Firenze**

**La Migliore Qualità Vaccinale: il Calendario per la Vita**  
**Focus sul Vaccino HPV**

- **Il Calendario vaccinale** è necessariamente un **compromesso** fra le esigenze di soddisfare fattori epidemiologici, immunologici e pratici
- Deve essere uno strumento flessibile e **continuamente aggiornato per:**
  - **disponibilità di nuovi vaccini**
  - **evoluzione della situazione epidemiologica**

# il *“Calendario Vaccinale per la Vita”* 2012

... un calendario vaccinale  
proposto con l'intento  
di offrire un piano di  
immunizzazione ai  
soggetti da zero  
a 100 anni



..... abbiamo ora due calendari



# Calendario Vaccinale per la Vita 2014 (Siti, SIP; FIMP, FIMMG)

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			
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV					
Epatite B	EpB-EpB*	Ep B		Ep B*			Ep B						3 Dosi: <i>Pre Esposizione</i> (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: <i>Post Esposizione</i> (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o <i>Pre Esposizione imminente</i> (0, 1, 2, 12)			
Hib		Hib		Hib			Hib									
Pneumococco		PCV13		PCV13			PCV13	PCV13 <sup>AA</sup>			PCV13/PPV23 (vedi note)		PCV13			
MPRV								MPRV			MPRV					
MPR								MPR			oppure MPR	MPR	oppure MPR + V	2 dosi MPR**** + V (0-4/8 settimane)		
Varicella									V		MPR + V					
Meningococco C								Men C o MenACWY coniugato	Men C o MenACWY coniugato			MenACWY coniugato 1dose				
Meningococco B		Men B	Men B		Men B			Men B	Men B							
HPV												HPV*: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino); fino a età massima in scheda tecnica				
Influenza							Influenza <sup>oo</sup>				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

SHORT REPORT



## The 2016 Lifetime Immunization Schedule, approved by the Italian scientific societies: A new paradigm to promote vaccination at all ages

Paolo Bonanni <sup>a</sup>, Giampietro Chiamenti <sup>b</sup>, Giorgio Conforti <sup>b</sup>, Tommasa Maio <sup>c</sup>, Anna Odone <sup>a</sup>, Rocco Russo <sup>d</sup>,  
 Silvestro Scotti <sup>c</sup>, Carlo Signorelli <sup>a</sup>, Alberto Villani <sup>d</sup>, & The Scientific Board of “Lifetime Immunization Schedule”<sup>\*e</sup>

Table 1.

Vaccine	Birth First 30 days	3rd month	4th month	5th month	6th month	7th month	11th month	13th month	15th month	⇔	6th year	12th-18th year	<del>11-18</del> 19-49 years	50-64 years	> 64 years
DTaP <sup>s</sup>		DTaP		DTaP			DTaP				DTaP**	dTapIPV	dTap*** subsequent booster every 10 years		
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV				
Hepatitis B	HepB - HepB*	Hep B		Hep B*			Hep B						3 Doses: Pre-exposure(0, 1, 6 months) 4 Doses: Postexposure(0, 2, 6 sett. + booster after 1 year) or immediate Pre-exposure(0, 1, 2, 12 months)		
Hib		Hib		Hib			Hib								
PCV - PPSV		PCV		PCV			PCV	^^PCV			PCV/PPSV			PCV	
MMRV								MMRV			MMRV				
MMR								MMR			or MMR + V	MMR	or MMR + V	2 doses MMR**** + V (0-4/8 weeks)	
Varicella											V				
Men-C								Men C or conjugate MenACWY	Men C or conjugate MenACWY			conjugate MenACWY 1 dose			
Men-B			Men B	Men B		Men B		Men B	Men B			Men B	Men B		
HPV												HPV: 2-3 doses (according to the age and the type of vaccine), maximum age for vaccination according to the product characteristics			
Influenza							Influenza**					1 dose every year	1 dose every year		
Herpes Zoster															1 dose#
Rotavirus		Rotavirus##													
Hepatitis A									HepA###			HepA###		2 doses (0-6-12 months)	

	Simultaneous administration		Simultaneous administration or various sequential administrations
	Immunizations in sequential administrations		Immunizations for risk groups

# IL CALENDARIO VACCINALE DEL PNPV 2017-2019

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** IPV		DTPa IPV		DTPa IPV			DTPa IPV				DTPa*** IPV	dTpaIPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni			
Epatite B	EpB-EpB*	Ep B		Ep B			Ep B						3 Dosi: <i>Pre Esposizione</i> (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: <i>Post Esposizione</i> (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o <i>Pre Esposizione imminente</i> (0, 1, 2, 12)			
Hib		Hib		Hib			Hib									
Pneumococco		PCV		PCV			PCV	PCV^^			PCV/PPSV (vedi note)				PCV+PPSV	
MPRV								MPRV			MPRV					
MPR								oppure MPR + V			oppure MPR + V	MPR oppure MPR + V^	2 dosi MPR***** + V^ (0-4/8 settimane)			
Varicella																
Meningococco C								Men C				MenACWY coniugato				
Meningococco B*^		Men B	Men B		Men B			Men B								
HPV												HPV*: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)				
Influenza								Influenza°°				Influenza°°			1 dose all'anno	
Herpes Zoster															1 dose#	
Rotavirus		Rotavirus##														
Epatite A									EpA###			EpA###		2 dosi (0-6-12 mesi)		

# Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019: raccomandazioni per la vaccinazione anti-HPV

## L'ADOLESCENZA (11-18 ANNI)

Il dodicesimo anno di vita è l'età preferibile per l'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV a tutta la popolazione (femmine e maschi). Sulla base delle nuove e importanti evidenze scientifiche, infatti, la sanità pubblica oggi si pone come obiettivo l'immunizzazione di adolescenti di entrambi i sessi, per la massima protezione da tutte le patologie HPV correlate direttamente prevenibili con la vaccinazione. In funzione dell'età e del vaccino utilizzato, la schedula vaccinale prevede la somministrazione di due dosi a 0 e 6 mesi (per soggetti fino a 13 o 14 anni), o tre dosi a 0, 1-2 e 6 mesi per i più grandi. L'immunizzazione contro il virus del papilloma umano può essere offerta anche a una coorte supplementare di femmine adolescenti con tre dosi là dove tale opportunità non sia già stata utilizzata nel recente passato.

## LE DONNE IN ETÀ FERTILE

È opportuna anche la vaccinazione delle donne di 25 anni di età con vaccino anti-HPV anche utilizzando l'occasione opportuna della chiamata al primo screening per la citologia cervicale (Pap-test), oltre alla raccomandazione di utilizzo della vaccinazione secondo gli indirizzi delle Regioni (regime di co-pagamento) per tutte le donne.

## CATEGORIE A RISCHIO

Si consiglia l'effettuazione del vaccino per l'HPV nelle seguenti categorie a rischio:

- Uomini che fanno sesso con uomini



# Tumore della cervice come priorità per i programmi di immunizzazione (WHO)<sup>1</sup>

*“L’Australia potrebbe diventare la prima nazione ad eliminare il tumore della cervice uterina”<sup>2-4</sup>*



Per adeguamento agli standard internazionali WHO per sviluppare a livello nazionale, regionale e locale piani per raggiungere l’**obiettivo di eliminazione del tumore della cervice uterina** (*International Papillomavirus Society, IPVS*)<sup>3, 4</sup>.

*“Within 40 years, the number of new cases is projected to drop to “just a few” (Professor Suzanne Garland, Royal Women’s Hospital)<sup>2</sup>.*



1. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. Releve Epidemiologique Hebdomadaire, No 19, 12 Mai 2017. 2. The Guardian. Disponibile al sito: <https://www.theguardian.com/society/2018/mar/04/australia-could-become-first-country-to-eradicate-cervical-cancer>. 3. International Papillomavirus Society (IPVS). Disponibile al sito: <http://ipvsoc.org/wp-content/uploads/2018/02/IPVs-statement-on-elimination.pdf>. 4. IPVS Statement Moving towards Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. Papillomavirus Research. Volume 5, June 2018, Pages 87-88. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405852118300132>

# Evoluzione della vaccinazione anti-HPV

## Consiglio Superiore di Sanità 2006

Offerta attiva e gratuita alle ragazze 12enni (3 dosi schedula: 0-2-6 mesi; obiettivo di copertura 95%) + eventuale coorte aggiuntiva (25enni)

## PNPV 2012-2014:

Vaccinazione anti-HPV inclusa nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

## PNPV 2017-2019:

- Offerta attiva e gratuita a maschi e femmine 12enni (maschi da coorte 2006)
- Vaccinazione consigliata per 25enni e uomini che fanno sesso con uomini

2007

2012

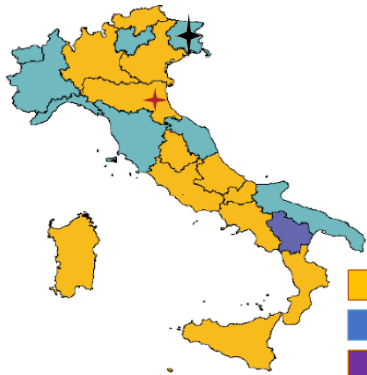
2014

2017/2018

## Calendario per la vita 2014:

Vaccinazione raccomandata per i maschi 12enni  
[inizio dal 2014 in Sardegna (Sassari e Olbia), Trento e Bolzano; Molise, Puglia, Sicilia; Liguria, Calabria, Veneto, Friuli Venezia Giulia]

Vaccino 9-valente  
in tutte le  
regioni/PP.AA.



1 coorti  
2 coorti  
4 coorti

★ Active offer to HIV subjects  
★ Active offer to HIV & homosexual subjects

Tratta da 5.

1. Consiglio Superiore di Sanità - Sessione XLVI - Sezioni congiunte II e III - Seduta del 11 gennaio 2007. 2. PNPV 2012-2014. 3. Calendario per la vita 2014. 4. PNPV 2017-2019. 5.

<http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/pdf/Strategie%20regionali%20HPV%2028%20Aprile%202015.pdf>

# Gratuità - Vaccinazione anti-HPV



**VALLE D'AOSTA**  
DGR 785 DEL 8  
GIUGNO 2017



**P.A. BOLZANO**  
DGP 1379 DEL 6  
DICEMBRE 2016

**P.A. TRENTO**  
DGP 293 DEL 4  
MARZO 2016



**PIEMONTE**  
CIRCOLARE 8152  
DEL 31/3/2017



**LOMBARDIA**  
[DGR n. X/7629 del  
28.12.2017](#)



**VENETO**  
DGR 1564/2014

**FRIULI VENEZIA GIULIA**  
DGR 2535 DEL  
18 DICEMBRE 2014



**EMILIA ROMAGNA**  
DGR 427 DEL 5  
APRILE 2017

**M e F fino ai 18 anni**

**Mantenimento del  
diritto acquisito in base  
alla coorte per M+F**

**Mantenimento del  
diritto a vita**



**MARCHE**  
DGR n. 458 del  
15/05/2017

**ABRUZZO**  
DELIBERAZIONE  
14.03.2017, n. 105  
+ DGR 05.10.2017, n. 555



**LIGURIA**  
DGR 1701 DEL 22  
DICEMBRE 2014



**UMBRIA**  
DGR 20 marzo  
2017, n. 274

**MOLISE**  
DCA n. 53 del  
17/9/2015



**TOSCANA**  
CIRCOLARE  
OPERATIVA\*

**PUGLIA**  
DGR n 958 del  
20/5/2014



## LAZIO

Decreto del Commissario ad  
acta N. U00089 del  
16/03/2017 + Circolare  
Regionale Prot. N. 215428  
del 28/04/2017

**BASILICATA**  
M+F:DDG n 623 del  
21/6/2017  
(UV da Gennaio 2018)



**SARDEGNA**  
DGR 22/25 del  
3/5/2017



**CAMPANIA**  
DCA n2 del  
23/1/2017

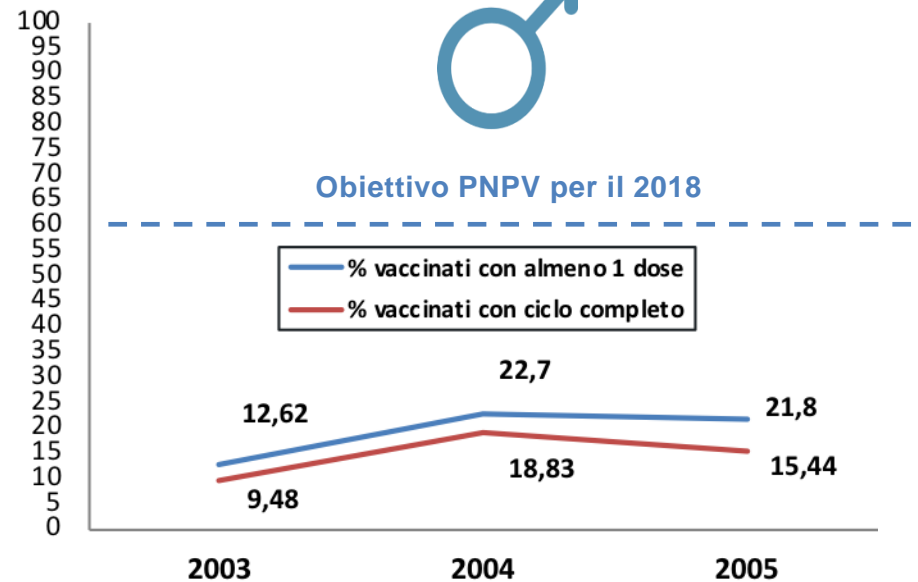
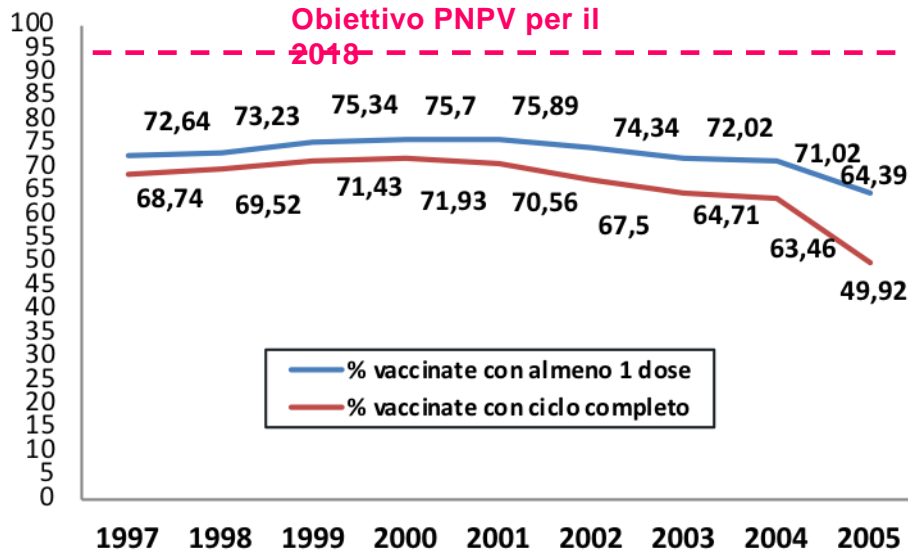


**SICILIA**  
DA n 38/2015

**CALABRIA**  
DCA n 43 del  
21/5/2015



# Coperture vaccinali 11enni per HPV al 31/12/2017 (aggiornamento del 2 luglio 2018)



# Come aumentare le coperture nelle ragazze

Cosa imparare dall'esperienza della regione Toscana?


- Le strategie e la comunicazione
- *Setting: collaborazione sanità pubblica-pediatria*
- *Partnership: importanza di consolidata tradizione di 'prevenzione oncologica' nella Regione, con presenza di un Centro di Eccellenza sugli screening (ISPO-ISPRO), fortemente supportivo rispetto alle politiche vaccinali*

**Criticità: riduzione personale nei servizi vaccinali, distrazione delle risorse umane su campagna anti-meningococcica negli scorsi anni**

# Esiste evidenza che la vaccinazione nella scuola permette di raggiungere alte coperture

Vaccine 32 (2014) 320–326

Contents lists available at ScienceDirect

 **Vaccine** 

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/vaccine](http://www.elsevier.com/locate/vaccine)

---

Review

Literature review of HPV vaccine delivery strategies: Considerations for school- and non-school based immunization program 

Proma Paul\*, Anthony Fabio

*Department of Epidemiology, Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA 15261, USA*

“Overall this review confirms that utilizing schools for HPV vaccination programs can achieve high coverage in girls aged 9–13 years old and potentially suggests **mixed strategies, which include both school and health facility settings, may be the most appealing** given the easy access to the target population at schools and the option to be vaccinated at a health facility if a vaccination dose is missed due to absenteeism, school drop-out, migrations, or scheduling conflicts with the school”

Esiste evidenza che la vaccinazione nella scuola permette di raggiungere alte coperture.



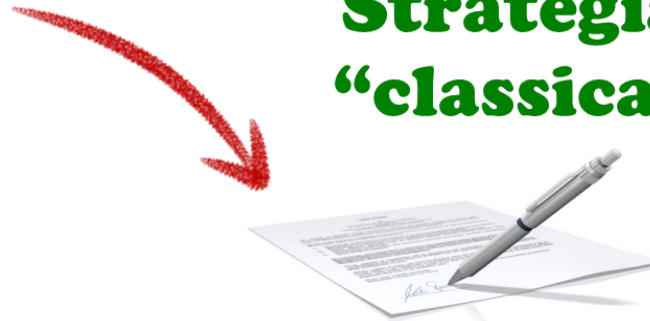
**I lavori internazionali suggeriscono strategie miste**

“Overall this review confirms that utilizing schools for HPV vaccination programs can achieve high coverage in girls aged 9–13 years old and potentially suggests **mixed strategies, which include both school and health facility settings, may be the most appealing** given the easy access to the target population at schools and the option to be vaccinated at a health facility if a vaccination dose is missed due to absenteeism, school drop-out, migrations, or scheduling conflicts with the school”

Cortesia Dr Giorgino e Dr Conversano – ASL Taranto



## Strategia “classica”



Utilizzata da 16 Centri  
Vaccinali della ASL di  
Taranto



Chiamata attiva attraverso  
l'invio della lettera d'invito  
alle famiglie dei soggetti  
target al loro domicilio



Esecuzione della  
vaccinazione presso gli  
ambulatori vaccinali locali





# Strategia “scolastica”



Utilizzata da 13 Centri  
Vaccinali della ASL di  
Taranto



Coinvolgimento delle scuole  
secondarie di primo grado.

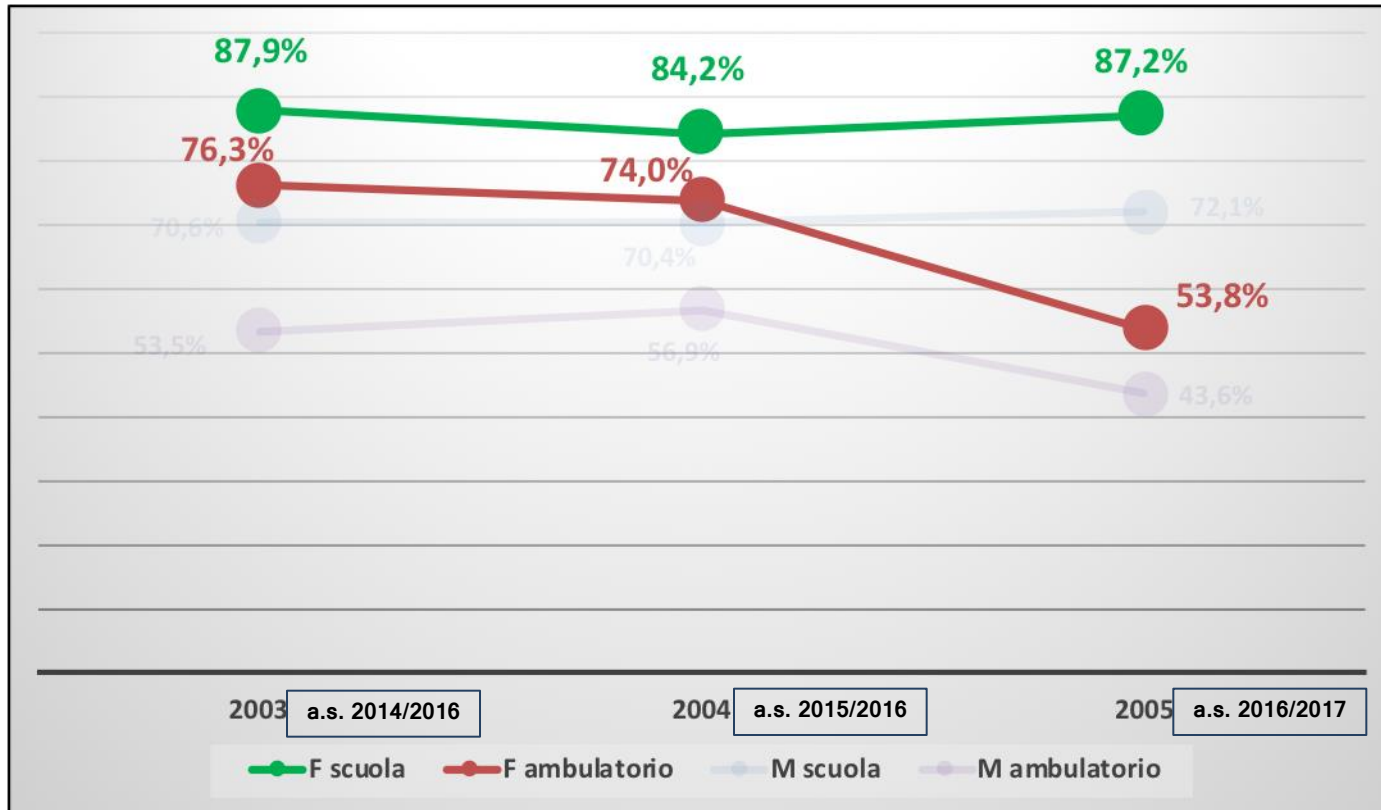


Chiamata attiva attraverso  
l'invio della lettera d'invito  
(a firma anche del dirigente  
scolastico) alle famiglie dei  
soggetti target al loro  
domicilio.

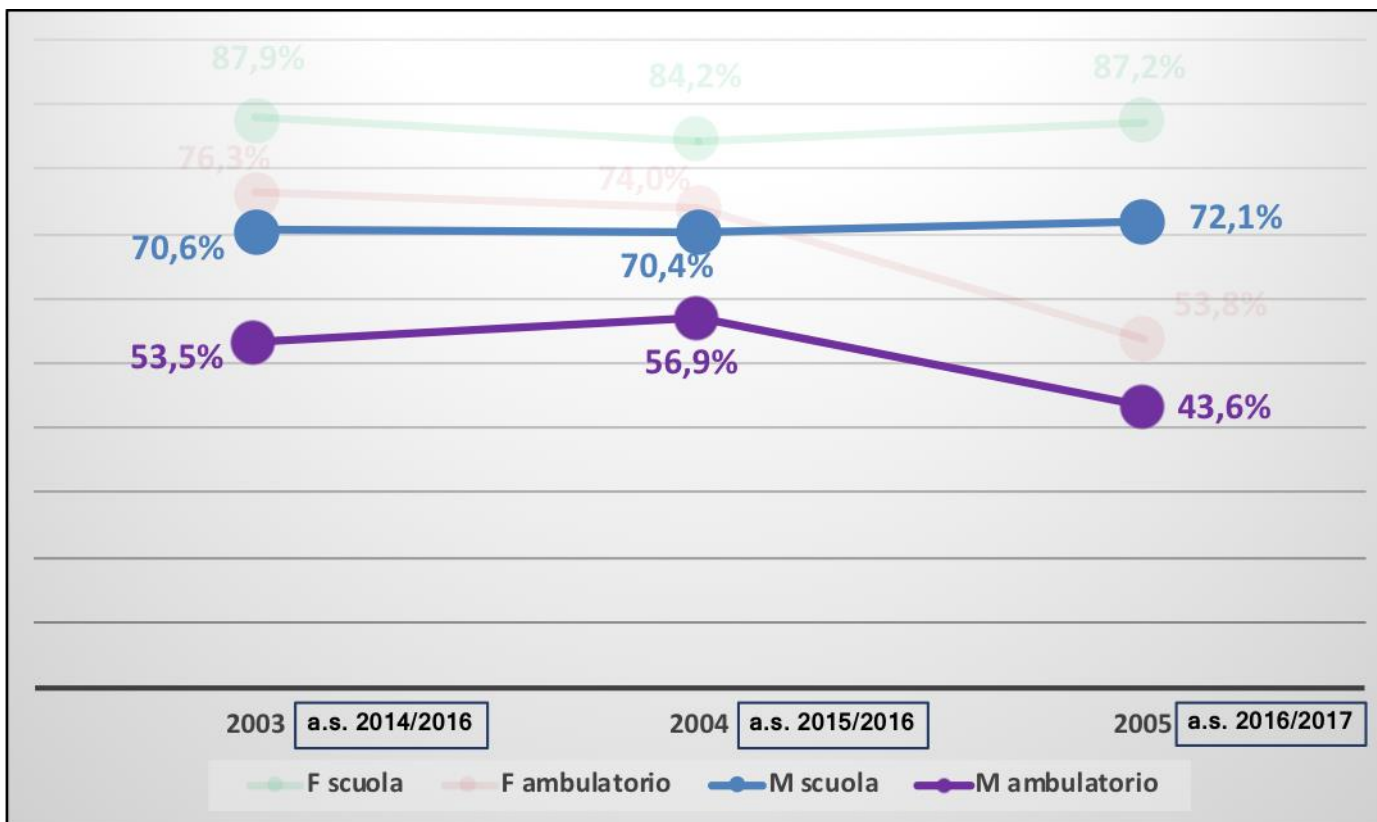


Esecuzione della  
vaccinazione all'interno degli  
stessi istituti scolastici.

## Copertura ciclo completo anti-HPV ASL Taranto, coorti 2003-2005, per sesso e strategia di proposta



## Copertura ciclo completo anti-HPV ASL Taranto, coorti 2003-2005, per sesso e strategia di proposta



**Completamento del ciclo vaccinale HPV dopo la somministrazione della prima dose e durata mediana dell'intervallo fra le due dosi, per strategia di proposta**

<b>STRATEGIA</b>	<b>PROPORZIONE (%) ADOLESCENTI CHE COMPLETANO IL CICLO</b>	<b>MEDIANA (P25 - P75) DELL'INTERVALLO (GIORNI) DI COMPLETAMENTO DEL CICLO</b>
<b>VACCINAZIONE A SCUOLA</b>	<b>91,5%</b>	<b>184 (183 - 209)</b>
<b>VACCINAZIONE IN AMBULATORIO</b>	<b>85%</b>	<b>217 (196 - 259)</b>

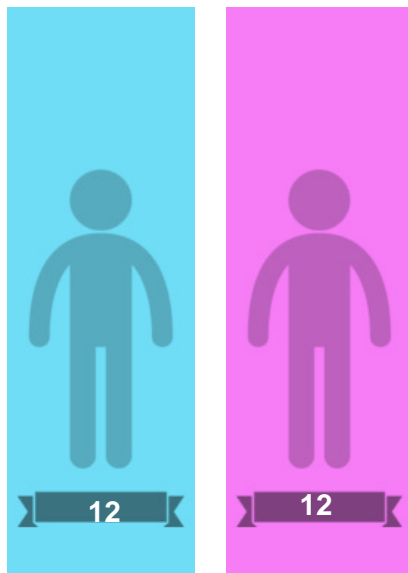
**Differenza ( $\Delta\%$ ) fra CV Scolastica - CV Ambulatoriale  
per HPV - ASL Taranto coorte 2005  
per sesso e numero residenti per centro abitato**

<b>N° residenti per centro abitato</b>	<b><math>\Delta\%</math> (CV scuola - CV ambulatorio)</b>	
	<b>M</b>	<b>F</b>
<b>&gt; 30.000 abitanti</b>	<b>+ 36,9%</b>	<b>+ 32,1%</b>
<b>&lt; 30.000 abitanti</b>	<b>+ 19,8%</b>	<b>+ 11,1%</b>

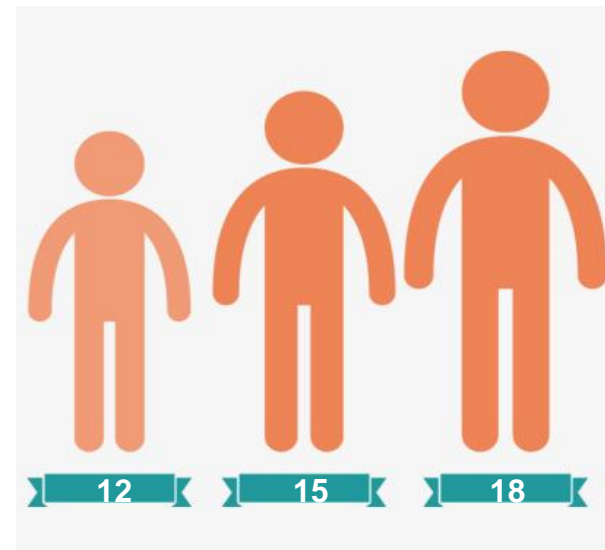
**L'impatto della strategia scolastica è  
più evidente nei grandi centri abitati.**

# Verso il controllo e l'eliminazione delle patologie HPV-correlate

**Vaccinazione degli adolescenti di entrambi i sessi**, prima del debutto sessuale **per la massima protezione** da tutte le patologie HPV-correlate direttamente prevenibili con la vaccinazione



**Strategia multicoorte:** vaccinazione con **chiamata attiva e gratuita** di ragazzi e ragazze





ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

## Gynecologic Oncology

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ygyno](http://www.elsevier.com/locate/ygyno)



## SPERANZA project: HPV vaccination after treatment for CIN2+

Alessandro Ghelardi <sup>a,\*</sup>, Fabio Parazzini <sup>b</sup>, Francesca Martella <sup>c</sup>, Annalisa Pieralli <sup>d</sup>, Paola Bay <sup>a</sup>, Arianna Tonetti <sup>a</sup>,  
Alessandro Svelato <sup>a</sup>, Gloria Bertacca <sup>e</sup>, Stefania Lombardi <sup>e</sup>, Elmar A. Joura <sup>f</sup>

<sup>a</sup> Azienda Usl Toscana Nord-Ovest, UOC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Apuane, Massa, Italy

<sup>b</sup> Policlinico Mangiagalli, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, IRCCS, Milano, Italy

<sup>c</sup> Azienda Usl Toscana Centro, SOC Oncologia, Firenze, Italy

<sup>d</sup> Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Ginecologia Chirurgica Oncologica, Firenze, Italy

<sup>e</sup> Azienda USL Toscana Nord Ovest, SSD Analisi ChimicoCliniche ed ImmunoAllergologia, Ospedale Apuane, Massa, Italy

<sup>f</sup> Medical University of Vienna, AKH Department of Obstetrics and Gynecology, Comprehensive Cancer Center Vienna, Italy

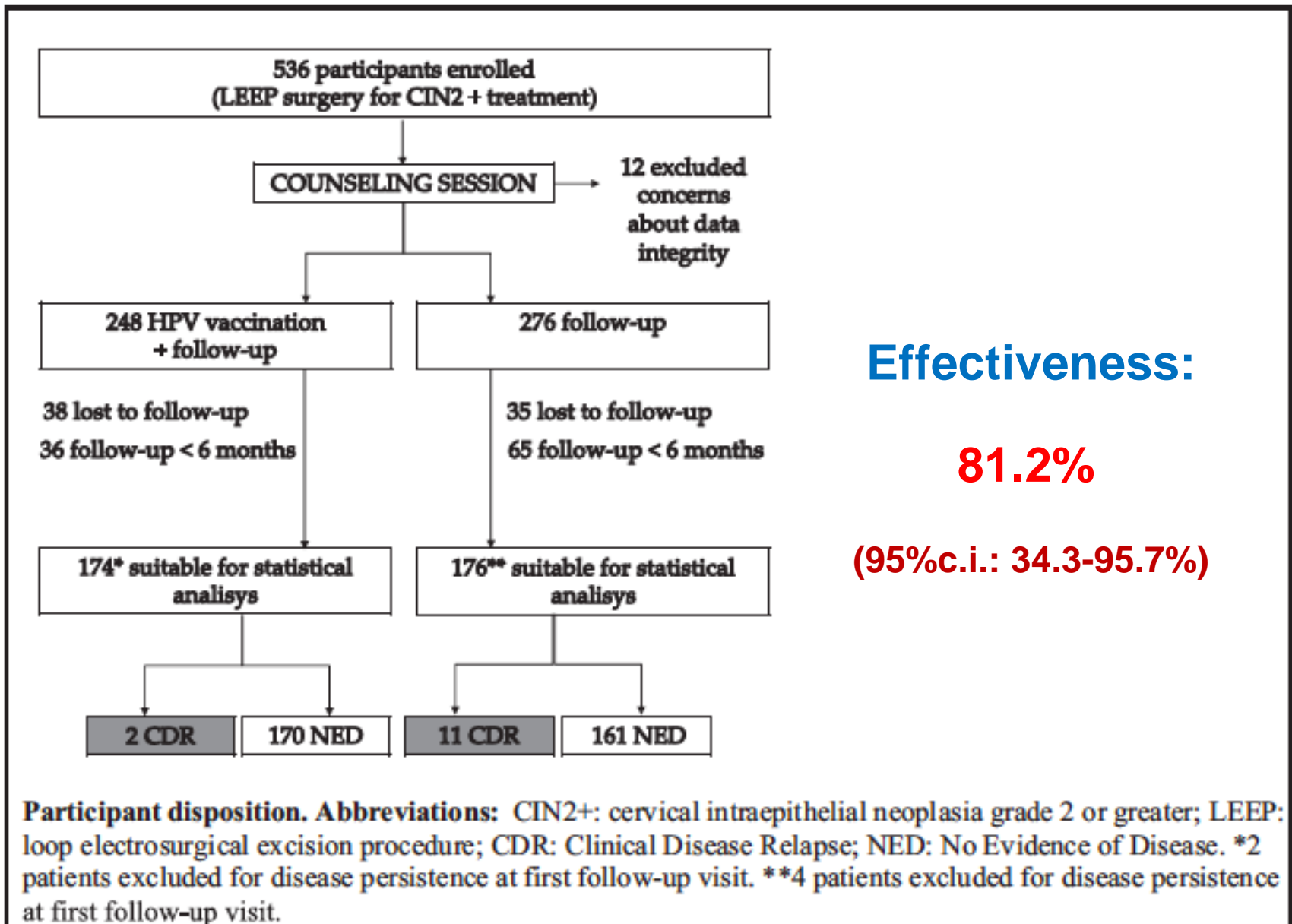


Fig. 2. Study flow chart with participant's disposition.



## VACCINO 9-VALENTE 9vHPV

### ▪ SEZIONE RELATIVA AGLI STUDI DI EFFICACIA A LUNGO TERMINE

- Sono stati aggiunti i **risultati di LTFU dei due studi di sviluppo clinico 001 e 002 vs qHPV**, che hanno dimostrato rispettivamente l'immunogenicità non inferiore per i tipi di HPV 6, 11, 16, 18 e l'efficacia nella riduzione dell'incidenza delle lesioni precancerose del collo dell'utero, della vulva e della vagina e delle infezioni persistenti causate dai tipi HPV 31, 33, 45, 52 e 58 in donne di età 16-26 anni (001) e l'immunogenicità non inferiore di 9vHPV in ragazze e ragazzi di età 9-15 anni vs donne di età 16-26 anni (002).

In particolare, **per lo studio 001**, è stato riportato che **non sono stati osservati casi di CIN di alto grado correlata ai tipi di HPV contenuti nel vaccino, fino a 7,6 anni dopo la dose 3**.

**Per lo studio 002**, è stato riportato che **non sono stati osservati casi di neoplasia intraepiteliale di alto grado o condilomi genitali fino a 6,4 anni dopo la dose 3 in ragazze e ragazzi di età 9-15 anni** al momento della vaccinazione con 9vHPV.

### ▪ SEZIONE RELATIVA ALLA RISPOSTA ANAMNESTICA (MEMORIA IMMUNITARIA)

Sono stati riportati i **risultati dello studio di estensione del Protocollo 001** di sviluppo clinico del vaccino 9-valente, che ha **dimostrato la persistenza degli anticorpi a 5 anni dal ciclo primario e lo sviluppo di una risposta anamnesticca (risposta immunitaria amplificata) dopo una dose challenge (dose 4) somministrata al mese 60** (Guevara A et al. Vaccine 2017).

### ▪ SEZIONE RELATIVA ALLA RISPOSTA IMMUNITARIA DI GARDASIL 9 IMPIEGANDO UN PROGRAMMA A 2 DOSI IN INDIVIDUI DI ETÀ COMPRESA TRA 9 E 14 ANNI

Sono stati riportati i dati di **persistenza della risposta anticorpale del protocollo 010**, che ha valutato l'immunogenicità di 2 dosi di 9vHPV (schedule 0-6 mesi e 0-12 mesi) in ragazze/i di età 9-14 anni vs 3 dosi di 9vHPV in ragazze di età 9-14 anni di età e donne di età 16-26 anni, dimostrando la non inferiorità.

I nuovi dati riportano la **persistenza della risposta immunitaria al mese 36**, con una **sieropositività dimostrata per l'81-99 % di ragazze e ragazzi che hanno ricevuto la schedula 0-6 e l'88-100 % di ragazze e ragazzi che hanno ricevuto la schedula 0-12**. Inoltre, è indicata anche la **non inferiorità della risposta immunologica al 9vHPV al mese 36 di 2 dosi** (ragazzi e ragazze per schedula 0-6 mesi) **vs 3 dosi** (donne 16-26 anni).



## Safety and perception: What are the greatest enemies of HPV vaccination programmes?



Paolo Bonanni, Beatrice Zanella, Francesca Santomauro, Chiara Lorini, Angela Bechini, Sara Boccalini\*

*Department of Health Sciences, University of Florence, Viale Morgagni 48, 50134 Florence, Italy*

### ARTICLE INFO

#### Article history:

Available online 10 June 2017

#### Keywords:

Safety  
Vaccine hesitancy  
Vaccine  
HPV  
Communication

### ABSTRACT

Vaccines stimulate a person's immune system to produce an adequate reaction against a specific infectious agent; i.e. the person is protected from that disease without having to get it first. As vaccines are administered to healthy subjects, they are held to the highest standards of safety. Regarding human papillomavirus (HPV) vaccines, at present three prophylactic vaccines are licensed (bivalent HPV 16/18, quadrivalent HPV 6/11/16/18 and the nonavalent HPV 6/11/16/18/31/33/45/52/58 vaccine). Pre- and post-licensure studies (i.e. not yet for nonavalent HPV vaccine) confirm that HPV vaccines are generally safe and well-tolerated, site injections symptoms are the most common adverse events (AEs) reported, and pain is the most frequently referred local symptom. Serious AEs are rare and not associated with severe sequelae, at least no vaccine-related deaths have occurred. Despite these scientific evidences, it is still difficult to explain to the population the importance of a good vaccination programme. There are many determinants for HPV vaccines hesitancy which represent a barrier that must be overcome in order to increase vaccine coverage, including psychological reactions, religious or cultural aspects, and fear of possible AEs (demyelinating diseases, Complex Regional Pain Syndrome – CRPS, or Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome – POTS). A weak communication strategy which frequently suffers due to spread of unverified news by media and websites may lead to the failure of a vaccination programme. Such a situation happened in Japan (2013), due to which a great number of women remain vulnerable to HPV-related cancers. In order to resolve the issues around HPV vaccines acceptance, it is necessary to use good communication strategies. Multicomponent and dialogue-based interventions seem to be the most effective, especially if an adequate language is used, customized according to the vaccination programme target.



**Non basta sapere  
si deve anche applicare,  
non è abbastanza volere  
si deve anche fare.**

**J.W. Goethe**

**GRAZIE PER LA VOSTRA ATTENZIONE**