

GENOVA
16 aprile 2016

Giancarlo Icardi – Andrea Orsi

Il PNV 2016-2018 visto dalla Regione.
Quali novità e quali conferme?

Vaccinando su e giù per lo stivale

2^a edizione

Global Vaccine Action Plan

2011–2020

The vision

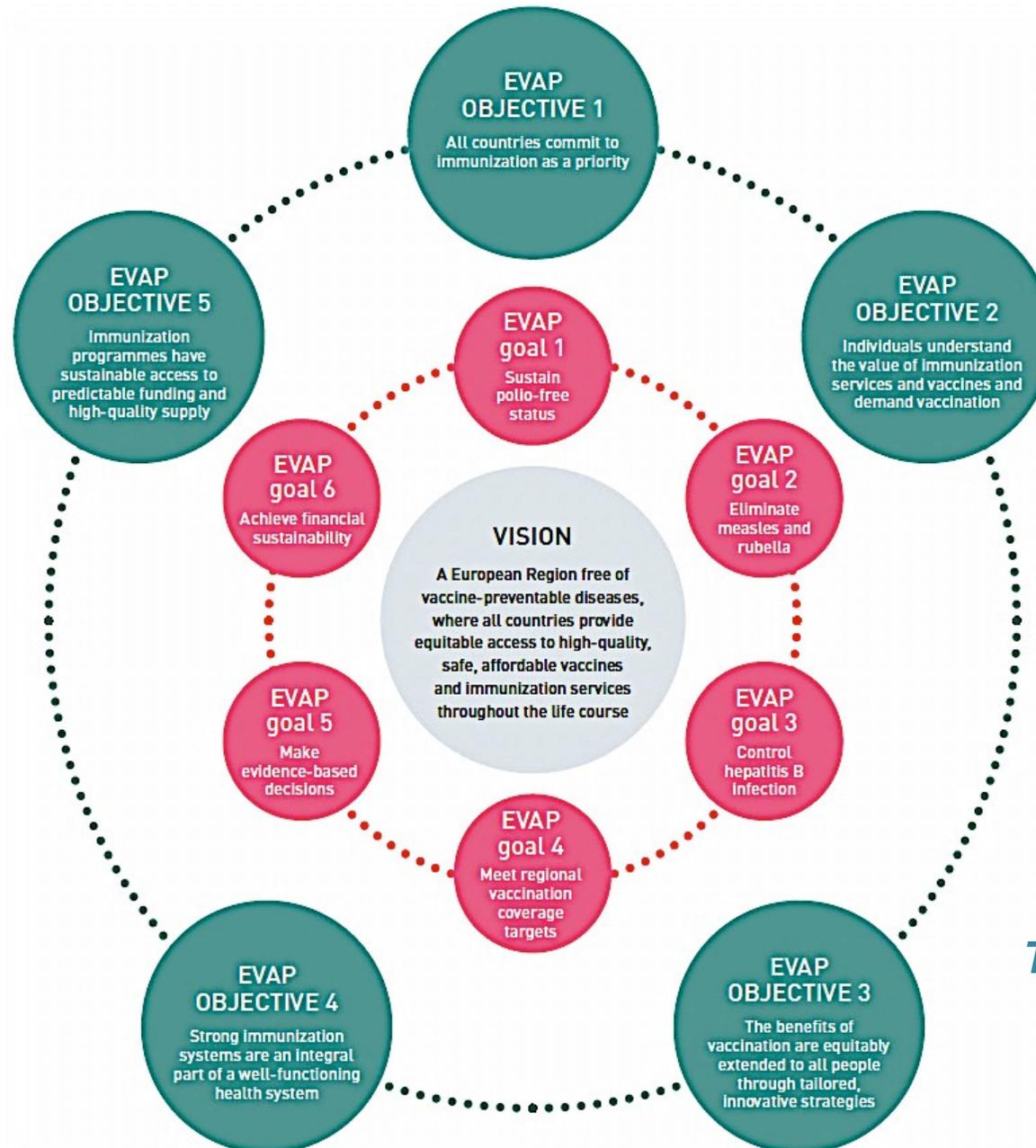
for the Decade of Vaccines (2011–2020) is of a world in which all individuals and communities enjoy lives free from vaccine-preventable diseases.

Achieve a world free of poliomyelitis		Meet global and regional elimination targets	
Meet vaccination coverage targets in every region, country and community		Develop and introduce new and improved vaccines and technologies	
Exceed the Millennium Development Goal 4 target for reducing child mortality			


 By 2020, coverage of target populations should reach at least 90% national vaccination coverage and at least 80% vaccination coverage in every district or equivalent administrative unit for all vaccines in national immunization programmes

Six guiding principles					
Country ownership	Shared responsibility and partnership	Equity	Integration	Sustainability	Innovation
Six Strategic Objectives					
All countries commit to immunization as a priority.	Individuals and communities understand the value of vaccines and demand immunization as both their right and responsibility.	The benefits of immunization are equitably extended to all people	Strong immunization systems are an integral part of a well-functioning health system	Immunization programmes have sustainable access to predictable funding, quality supply and innovative technologies.	Country, regional and global research and development innovations maximize the benefits of immunization

European Vaccine Action Plan (EVAP) 2015-2020



*European
Technical Advisory
Group of Experts
on Immunization
(ETAGE)*



Ministero della Salute

Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018

- Promozione della salute e prevenzione: fattori di sviluppo della società e di **sostenibilità** del welfare**
- Equità**
- Individui al centro** degli interventi
- Interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute basati sulle **evidenze**
- Costo-efficacia** degli interventi, dell'innovazione, della governance
- Sviluppo di competenze per un uso **appropriato e responsabile** delle risorse disponibili

Macro-obiettivo 9: “Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie”

- Sorveglianza epidemiologica
- Interventi di prevenzione
- Organizzazione delle emergenze infettive
- Comunicazione per la popolazione e formazione degli operatori sanitari
- Coordinamento e integrazione funzionale tra le istituzioni
- Protezione dei soggetti a rischio

PNPV 2016-2018

Piano Nazionale Vaccini

La SItI con FIMMG, FIMP e SIP: Piano Vaccini in grave ritardo



Il vecchio Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale è scaduto nel 2014, la [bozza del nuovo Piano](#) da 10 mesi rimbalza tra Conferenza Stato-Regioni, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia. E intanto le Regioni approvano nuovi calendari, tutti diversi, che accentuano le difformità delle offerte vaccinali. Le quattro società e associazioni scientifiche del board

del Calendario vaccinale per la vita (Società Italiana di Igiene - SItI, Federazione Italiana medici Pediatri - FIMP, Società Italiana di Pediatria - SIP e Federazione Italiana del Medici di medicina generale - FIMMG) che stanno lavorando a una nuova versione del Calendario vaccinale che verrà pubblicata prossimamente hanno manifestato durante la riunione del 29 marzo grandi preoccupazioni per il ritardo nell'approvazione definitiva del nuovo Piano di Prevenzione Vaccinale 2016-18 chiedendo ufficialmente un incontro al Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** per fornire tutti gli eventuali contributi tecnici per superare eventuali residui ostacoli oltre che essere informati sull'iter del Piano. Il comunicato ha avuto immediato eco sulla stampa di settore.

30 mar 2016

LAVORO E PROFESSIONE

Nuovo Piano vaccini in grave ritardo: igienisti, pediatri e Mmg chiedono incontro urgente a Lorenzin

Il vecchio Piano vaccini è scaduto nel 2014, la bozza del nuovo Piano da 10 mesi rimbalza tra Conferenza Stato-Regioni, ministero della Salute e ministero dell'Economia. E intanto le Regioni approvano nuovi calendari, tutti diversi, che accentuano le difformità delle offerte vaccinali.

Le quattro società e associazioni scientifiche del board del Calendario vaccinale per la vita (Società Italiana di Igiene-SITI, Federazione Italiana medici pediatri-Fimp, Società italiana di Pediatria-Sip e Federazione Italiana dei medici di medicina generale-Fimmg) che stanno lavorando a una nuova versione del Calendario vaccinale che verrà pubblicata prossimamente hanno manifestato grandi preoccupazioni per il ritardo nell'approvazione definitiva del nuovo Piano di Prevenzione Vaccinale 2016-18 sottolineando i costi sanitari della non vaccinazione. I presidenti hanno ufficialmente chiesto un incontro urgente alla ministra della Salute Beatrice Lorenzin per fornire tutti gli eventuali contributi tecnici per superare eventuali residui ostacoli oltre che essere informati sull'iter del Piano.



Piano vaccini ritarda, medici chiedono incontro a Lorenzin

Associazioni e sindacati, 'superiamo ostacoli'
18:38 - 30/03/2016 Stampa

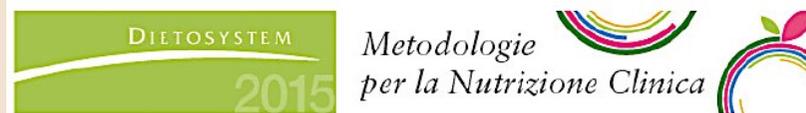


(ANSA) - ROMA, 30 MAR - I medici chiedono di incontrare urgentemente il ministro della Salute Beatrice Lorenzin per un confronto sul Piano vaccini, scaduto nel 2014. La bozza del nuovo Piano da 10 mesi, invece, "rimbalza" tra Conferenza Stato-Regioni, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia. E intanto le Regioni approvano nuovi calendari, tutti diversi, che accentuano le difformità delle offerte vaccinali. Le quattro società e associazioni scientifiche del board del Calendario vaccinale per la vita (Società Italiana di Igiene-SITI, Federazione Italiana medici Pediatri-FIMP, Società Italiana di Pediatria-SIP e Federazione Italiana dei Medici di medicina generale-FIMMG) che stanno lavorando a una nuova versione del Calendario vaccinale che verrà pubblicata prossimamente, hanno manifestato grandi preoccupazioni per il ritardo nell'approvazione definitiva del nuovo Piano di Prevenzione Vaccinale 2016-18 "sottolineando i costi sanitari della non vaccinazione". I Presidenti hanno così chiesto ufficialmente un incontro urgente al Ministro della Salute per fornire tutti gli eventuali contributi tecnici per superare eventuali residui ostacoli oltre che essere informati sull'iter del Piano. (ANSA)

quotidianosanita.it

Lavoro e Professioni

Home Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Arc



Tweet Consigliato 15 stampa

Vaccini. "Dov'è finito il Piano nazionale? Siamo in ritardo". Fimmg, Fimp, Sip e Siti chiedono incontro a Lorenzin

Pediatri, medici arjand... società d'igiene dom... a ritardo nell'approvazione del Piano. "Rimbalza da 10 mesi tra Conferenza Stato-Regioni, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia. E intanto le Regioni approvano nuovi calendari, tutti diversi, che accentuano le difformità delle offerte vaccinali".



vaccinazione*.

I Presidenti hanno ufficialmente chiesto un incontro urgente al Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** per fornire tutti gli eventuali contributi tecnici per superare eventuali residui ostacoli oltre che essere informati sull'iter del Piano".

30 marzo 2016
© Riproduzione riservata

POLITICA E SANITÀ

mar 30 2016

Piano vaccini in ritardo: Fimmg, Fimp, Sip e Siti chiedono incontro a Lorenzin



ARTICOLI CORRELATI

22-01-2016 | Piano nazionale vaccinale 2016-2018, lss: le novità rispetto al passato

13-11-2015 | Vaccini, al via campagne online di Fimmg. Milillo: diamo il

Un incontro urgente col ministro della Salute Beatrice Lorenzin per fornire tutti gli eventuali contributi tecnici per superare eventuali residui ostacoli oltre che essere informati sull'iter del Piano vaccinale. A chiederlo in una nota congiunta Fimmg, Fimp, Sip e Siti sottolineando come il vecchio Piano vaccini sia scaduto nel 2014 e come la bozza del nuovo Piano da 10 mesi rimbalza tra Conferenza Stato-Regioni, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia. La nota aggiunge come le Regioni, intanto approvino nuovi calendari, tutti diversi, che accentuano le difformità delle offerte vaccinali. Le quattro società e associazioni scientifiche del board del Calendario vaccinale per la vita (Società Italiana di Igiene-SITI, Federazione Italiana medici Pediatri-Fimp, Società Italiana di Pediatria-SIP e Federazione Italiana dei Medici di medicina generale-FIMMG) che stanno lavorando a una nuova versione del Calendario vaccinale che verrà pubblicata prossimamente, nella nota manifestano grandi preoccupazioni per il ritardo nell'approvazione definitiva del nuovo Piano di Prevenzione Vaccinale 2016-18 sottolineando i costi sanitari della non vaccinazione.

M. Mal.

PNPV 2012-2014 → PNPV 2016-2018

Obiettivi generali:

- Mantenere lo stato ***polio-free***
- Raggiungere lo stato ***morbillo-free e rosolia-free***
- Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle **fasce d'età e popolazioni a rischio**
- Aumentare l'**adesione consapevole** alle vaccinazioni
- Contrastare le **disuguaglianze**
- Completare l'**informatizzazione** delle anagrafi vaccinali
- Migliorare la **sorveglianza** delle malattie prevenibili con vaccinazione
- Promuovere la **cultura** delle vaccinazioni nella popolazione e nei professionisti sanitari
- Sostenere il senso di **responsabilità** degli operatori sanitari e l'**adesione** ai programmi vaccinali (interventi sanzionatori per gli inadempienti)
- Revisione e standardizzazione dei criteri per individuare il **nesso di causalità** (Legge 210/1992)
- Favorire **la ricerca e l'informazione scientifica indipendente** sui vaccini (collaborazione tra le Istituzioni Nazionali e le Società Scientifiche)



PNPV 2012-2014 → PNPV 2016-2018

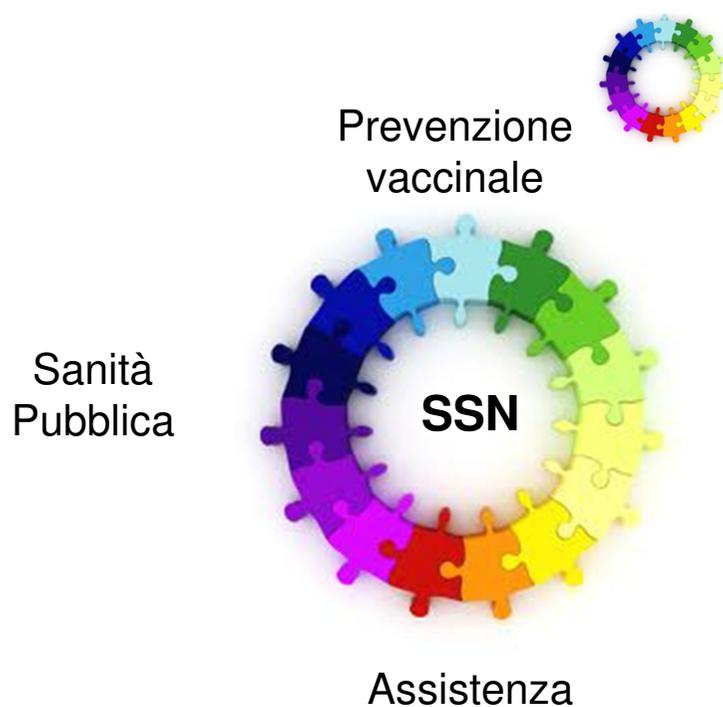
Obiettivi specifici → Indicatori di monitoraggio (CV)

- CV ≥ 95% DTaP, Polio, HBV, Hib, PCV13 e Rotavirus nei nuovi nati
- CV ≥ 95% DTaP, Polio a 5-6 anni
- CV ≥ 90% dTap negli adolescenti (5° dose)
- CV ≥ 95% MPR e Varicella al 24° mese (1 dose), a 5-6 anni e negli adolescenti
- CV ≥ 95% Meningococco nei nuovi nati e negli adolescenti
- CV ≥ 70% HPV nelle dodicenni dalla coorte 2001, CV ≥ 80% dalla coorte 2002, CV ≥ 95% dalla coorte 2003 (ciclo completo)
- CV ≥ 70% HPV nei dodicenni dalla coorte 2003, CV ≥ 80% dalla coorte 2004, CV ≥ 95% dalla coorte 2005 (ciclo completo)
- Donne in età fertile suscettibili alla rosolia <5%
- CV ≥ 75% (obiettivo minimo), CV ≥ 95% (obiettivo ottimale) Influenza e Pneumococco negli over 65 e nei gruppi a rischio
- CV ≥ 50% (obiettivo minimo), (obiettivo ottimale) HZ negli over 65 e nei gruppi a rischio

Criticità

Disponibilità di nuovi vaccini → valutazione HTA:

- opportunità di prevenzione
- fabbisogno di risorse economiche, formazione del personale e informazione al pubblico



Costo e variabilità delle procedure di acquisto

Difficoltà logistiche e organizzative delle ASL

Scarso peso delle vaccinazioni nei LEA

Vincoli normativi, obbligatorietà delle vaccinazioni

Difformità della rilevazione statistica e di certificazione

PNPV 2016-2018

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 Pneumococco		Hib PCV		Hib PCV			Hib PCV	PCV^^			PCV/PPV23 (vedi note)				PCV	
MPRV								MPRV			MPRV					
MPR								MPR			oppure MPR	MPR	MPR +	2 dosi MPR***** + V^ (0-4/8 settimane)		
Varicella									V		+	V				
Meningococco C								Men C o MenACWY congiugato	Men C o MenACWY congiugato							
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°°					Influenza°°			1 dose all'anno	
Herpes Zoster															1 dose#	
Rotavirus		Rotavirus##														
Epatite A									EpA###			EpA###		2 dosi (0-6-12 mesi)		

Cosomministrare nella stessa seduta
Somministrare in seduta separata

Vaccini per categorie a rischio

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^^			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**					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

Tabella 1. Attuazione del PNPV 2012-2014. Disposizioni in tema di aggiornamento del Calendario Vaccinale della Regione Liguria 17 dicembre 2014

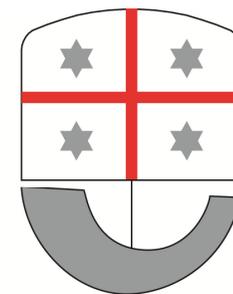
Vaccino	Nascita	3° mese (61° giorno)	3° mese (76° giorno)	4° mese (106° giorno)	5° mese (121° giorno)	6° mese (151° giorno)	12° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	11-17 anni	18-64 anni	≥ 65 anni
DTPa		DTPa			DTPa		DTPa			DTPa ¹	dTpa ¹	1 dose dT ogni 10 anni ²	
IPV		IPV			IPV		IPV			IPV	IPV ³		
HBV	HBV ⁴	HBV			HBV		HBV						
Hib		Hib			Hib		Hib						
Pneumococco		PCV13			PCV13		PCV13			PCV13/PPV23 ⁵			
MenB			Men B ⁶	Men B ⁶		Men B ⁶			Men B ⁶				
MenC								Men C ⁷					
MenACWY								Men ACWY ⁸			Men ACWY ⁸		
MPR								MPR		MPRV ⁹	MPRV ¹⁰		
Varicella									Mono-V				
HPV											HPV ¹¹	HPV ¹²	
HAV								HAV ¹³					
Influenza													Influenza ¹⁴
Herpes Zoster													Herpes Zoster ¹⁵

Legenda:

DTPa: vaccino antidiftto-tetanico-pertossico acellulare
 dTpa: vaccino antidiftto-tetanico-pertossico acellulare per adolescenti e adulti
 dT: vaccino antidiftto-tetanico per adolescenti e adulti
 IPV: vaccino antipolio inattivato
 HBV: vaccino anti epatite B
 Hib: vaccino contro le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae b*

- Offerta attiva e gratuita
- Offerta gratuita ma non attiva
- Offerta in regime di co-payment

PCV13: vaccino antipneumococcico coniugato 13-valente
 PPV23: vaccino antipneumococcico polisaccaridico 23-valente
 Men B: vaccino antimeningococco B coniugato
 Men C: vaccino antimeningococco C coniugato
 Men ACWY: vaccino antimeningococco A,C, W135, Y coniugato
 MPR: vaccino trivalente antimorbillo-parotite-rosolia
 MPRV: vaccino tetravalente antimorbillo-parotite-rosolia-varicella
 Mono-V: vaccino monovalente anti-varicella
 HPV: vaccino antipapilloma virus
 HAV: vaccino anti epatite A



REGIONE LIGURIA

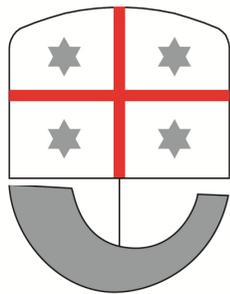
PNPV 2016-2018

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇒	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***	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		PCV		PCV			PCV	PCV^^			PCV/PPV23 (vedi note)				PCV
MPRV								MPRV			MPRV				
MPR								MPR			oppure MPR	MPR	MPR	2 dosi MPR***** + V^ (0-4/8 settimane)	
Varicella									V		+	V			
Meningococco C								Men C o MenACW Y coniugato							
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°°					Influenza°°			1 dose all'anno
Herpes Zoster															1 dose#
Rotavirus		Rotavirus##													
Epatite A									EpA###			EpA###		2 dosi (0-6-12 mesi)	

 <u>Cosomministrare nella stessa seduta</u>
 <u>Somministrare in seduta separata</u>

 Vaccini per categorie a rischio

SCHEMA N.....NP/27373 DEL PROT. ANNO.....2014		 REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale Dipartimento Salute e Servizi Sociali Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore	
OGGETTO : Piano Regionale Prevenzione Vaccinale aggiornamento anno 2015			
DELIBERAZIONE	N.	1701 <small>del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA</small>	IN DATA 22/12/2014
LA GIUNTA REGIONALE			



REGIONE LIGURIA

Nell'attuale revisione del Calendario Vaccinale, le novità riguardano le vaccinazioni dell'infanzia, quelle indirizzate agli adolescenti ed ai giovani adulti e quelle destinate agli anziani, e sono principalmente:

- l'introduzione del vaccino contro la varicella in offerta attiva e gratuita, universale, al 15° mese, a partire dalla coorte di nascita 2014 e completamento del ciclo al 5°-6° anno di vita
- l'introduzione del vaccino contro il meningococco di tipo B in offerta attiva e gratuita, universale, al 3°, 4°, 6° e 15° mese di vita, a partire dalla coorte di nascita 2015;
- l'allargamento della vaccinazione anti-HPV in offerta attiva e gratuita ai maschi 12enni in occasione della vaccinazione delle femmine coetanee, a partire dalla coorte di nascita 2004;
- l'introduzione del vaccino anti-herpes zoster in offerta attiva e gratuita, universale, nella coorte di soggetti 65enni, a partire dall'anno 2015.

Altre variazioni ritenute necessarie al fine del raggiungimento dei suddetti obiettivi e per adeguare l'offerta vaccinale regionale alle più recenti evidenze e indicazioni della comunità scientifica sono elencate di seguito:

- inserimento del vaccino difterite-tetano-pertosse-polio in sostituzione del vaccino difterite-tetano-pertosse per gli adolescenti (14°-15° anni di vita);
- modifica delle indicazioni del vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico 23-valente (PPV23), raccomandato nei soli soggetti a rischio a 6-12 mesi dall'immunizzazione con vaccino anti-pneumococcico coniugato 13-valente (PCV13)

Inoltre si segnala la possibilità di offrire la vaccinazione anti-meningococco con tetravalente coniugato (Men ACWY) in regime di *co-payment* ai nuovi nati al 13° mese di vita.

Vaccino anti-meningococcico

Patologie a rischio

- Emoglobinopatie (talassemia, anemia falciforme)
- Asplenia funzionale o anatomica e candidati alla splenectomia di elezione
- Immunodepressione congenita o acquisita (trapianto d'organo, terapia antineoplastica o terapia sistemica corticosteroidea ad alte dosi)
- Diabete mellito di tipo I
- Insufficienza renale con clearance della creatinina <30 ml/min
- Infezione da HIV
- Epatopatie croniche gravi
- Perdite di liquido cerebrospinale da traumi o intervento
- Difetti congeniti del complemento (C5-C9)
- Difetti dei TLR4
- Difetti della properdina
- Portatori di impianto cocleare

Conviventi di soggetti affetti dalle patologie a rischio

Viaggiatori che si recano in paesi della cintura subsahariana e che si recano in pellegrinaggio a La Mecca



Casi e incidenza di malattia invasiva da Meningococco per età e anno (2011-2015)

	0		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 24		25 - 64		> 64		TOTALE	
	N	Incidenza x 100.000	N	Incidenza x 100.000	N	Incidenza x 100.000	N	Incidenza x 100.000	N	Incidenza x 100.000	N	Incidenza x 100.000	N	Incidenza x 100.000	N	Incidenza x 100.000
2011	18	3,24	23	1,00	19	0,67	11	0,39	32	0,53	36	0,11	13	0,11	152	0,25
2012	17	3,20	25	1,13	13	0,47	8	0,29	22	0,37	35	0,11	18	0,15	138	0,23
2013	21	4,01	27	1,22	11	0,39	13	0,46	26	0,44	51	0,16	23	0,18	172	0,29
2014	21	4,13	25	1,13	11	0,38	15	0,53	18	0,30	52	0,16	21	0,16	163	0,27
2015*	20		18		10		8		36		59		23		174	

* 2015 dati parziali; le incidenze non sono state calcolate essendo i dati parziali.

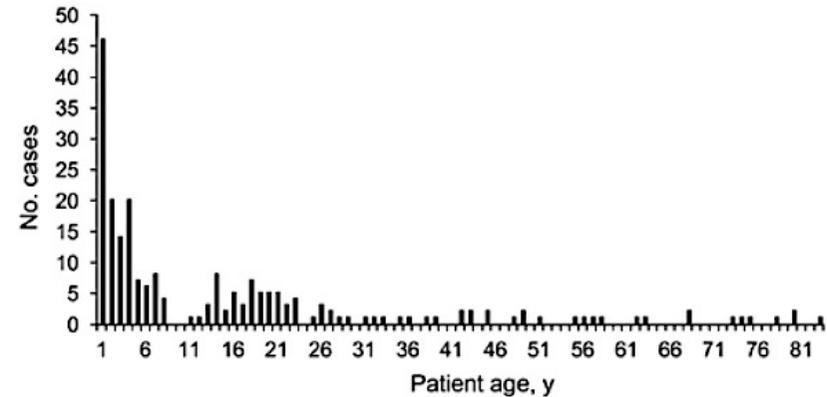
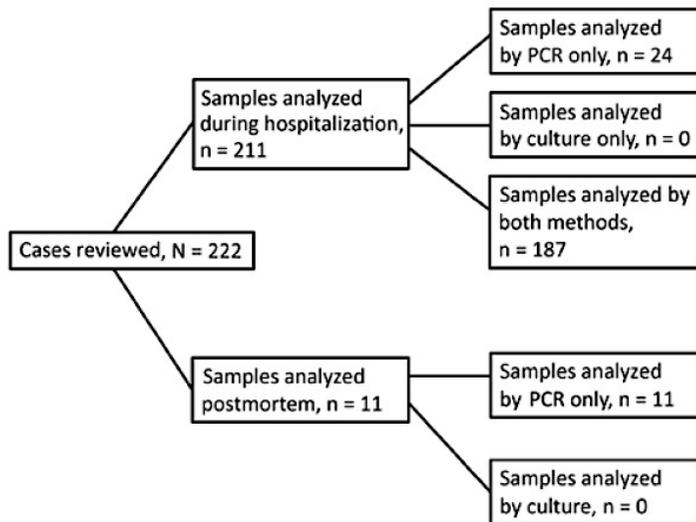


**Casi di malattia
invasiva da
Meningococco per
sierogruppo, età e
anno (2011-2015) e
percentuale di
isolati sierotipizzati
sul totale dei casi
segnalati**

	Sierogruppo	0	1-4	5-9	10-14	15-24	25-64	> 64	TOTALE (N)	TOTALE %
2011	A	0	0	0	1	0	0	0	1	1%
	B	11	15	11	4	16	14	5	76	65%
	C	2	4	2	0	5	4	3	20	17%
	W	0	0	0	1	0	3	0	4	3%
	Y	1	1	3	2	2	6	1	16	14%
	TOTALE tipizzati (N,%)	14	20	16	8	23	27	9	117	78%
2012	A	0	1	0	0	0	0	0	1	1%
	B	10	11	6	3	8	9	8	55	51%
	C	1	4	1	2	7	14	3	32	30%
	W	0	0	0	0	0	1	0	1	1%
	Y	1	1	2	2	3	5	4	18	17%
	TOTALE tipizzati (N,%)	12	17	9	7	18	29	15	107	71%
2013	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	B	12	17	2	2	11	9	3	56	48%
	C	3	5	2	1	3	22	0	36	31%
	W	0	1	0	1	0	1	2	5	4%
	Y	2	1	2	4	3	5	2	19	16%
	TOTALE tipizzati (N,%)	17	24	6	8	17	37	7	116	81%
2014	A	0	0	0	0	1	0	0	1	1%
	B	14	11	5	4	3	15	3	55	48%
	C	3	1	1	3	5	12	11	36	31%
	W	0	1	1	1	3	1	1	8	7%
	Y	1	2	1	1	1	6	3	15	13%
	TOTALE tipizzati (N,%)	18	15	8	9	13	34	18	115	86%
2015*	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	B	10	8	6	3	9	11	7	54	41%
	C	4	1	1	3	13	24	7	53	40%
	W	2	0	0	0	2	0	2	6	5%
	Y	2	1	0	2	3	8	3	19	14%
	TOTALE tipizzati (N,%)	18	10	7	8	27	43	19	132	90%

*2015 Dati parziali

Sottostima dei casi di malattia invasiva meningococcica in Italia



	Positive by rPCR		Negative by rPCR	Not tested by rPCR
	During hospitalization	Postmortem		
Culture positive	49	8	0	10
Culture negative	92	3	12	34
Not tested with culture	123	0	2	0

2 main factors cause underestimation of IMD:

- misdiagnosis
- insufficiently sensitive laboratory methods (the underestimation factor associated with the use of culture alone is 3.28)

Vaccinazione anti-meningococco B

Gruppo di età	Immunizzazione primaria	Intervalli tra le dosi primarie	Richiamo
Lattanti di età compresa tra 2 a 5 mesi	Tre dosi da 0,5 ml ciascuna, con la prima dose somministrata all'età di 2 mesi ^a	Non meno di 1 mese	Sì, una dose tra i 12 e i 15 mesi ^{b, c}
Bambini non precedentemente vaccinati di età compresa tra 6 e 11 mesi	Due dosi da 0,5 ml ciascuna	Non meno di 2 mesi	Sì, una dose nel secondo anno di vita con un intervallo di almeno 2 mesi tra il ciclo primario e la dose di richiamo ^c
Bambini non precedentemente vaccinati di età compresa tra 12 e 23 mesi	Due dosi da 0,5 ml ciascuna	Non meno di 2 mesi	Sì, una dose con un intervallo compreso tra 12 e 23 mesi tra il ciclo primario e la dose di richiamo ^c
Bambini di età compresa tra 2 e 10 anni	Due dosi da 0,5 ml ciascuna	Non meno di 2 mesi	Non è stata stabilita la necessità di una dose di richiamo ^d
Adolescenti (di età pari o superiore agli 11 anni) e adulti*	Due dosi da 0,5 ml ciascuna	Non meno di 1 mese	Non è stata stabilita la necessità di una dose di richiamo ^d

^a La prima dose deve essere somministrata all'età di 2 mesi. La sicurezza e l'efficacia nei lattanti di età <8 settimane di vita non sono state stabilite.

^B In caso di ritardo, la dose di richiamo deve essere somministrata entro i 24 mesi di età.

^C La necessità e la tempistica per ulteriori dosi di richiamo non sono ancora state determinate.

* Non sono disponibili dati in adulti di età pari o superiore ai 50 anni.

Cosomministrabilità con altri vaccini

Difterite, tetano, pertosse acellulare, *Haemophilus influenzae di tipo b*, poliomielite inattivato, epatite B, pneumococcico eptavalente coniugato, **morbillo**, **parotite**, **rosolia e varicella**.

Increased incidence of invasive meningococcal disease of serogroup C / clonal complex 11, Tuscany, Italy, 2015 to 2016



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO V -MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI INTERNAZIONALE

P Stefanelli ¹, A Miglietta ², P Pezzotti ¹, C Fazio ¹, A Neri ¹, P Vacca ¹, F Voller ³, FP D'Ancona ^{4,5}, R Guerra ⁵, S Iannazzo ⁵, MG Pompa ⁵, G Rezza ¹

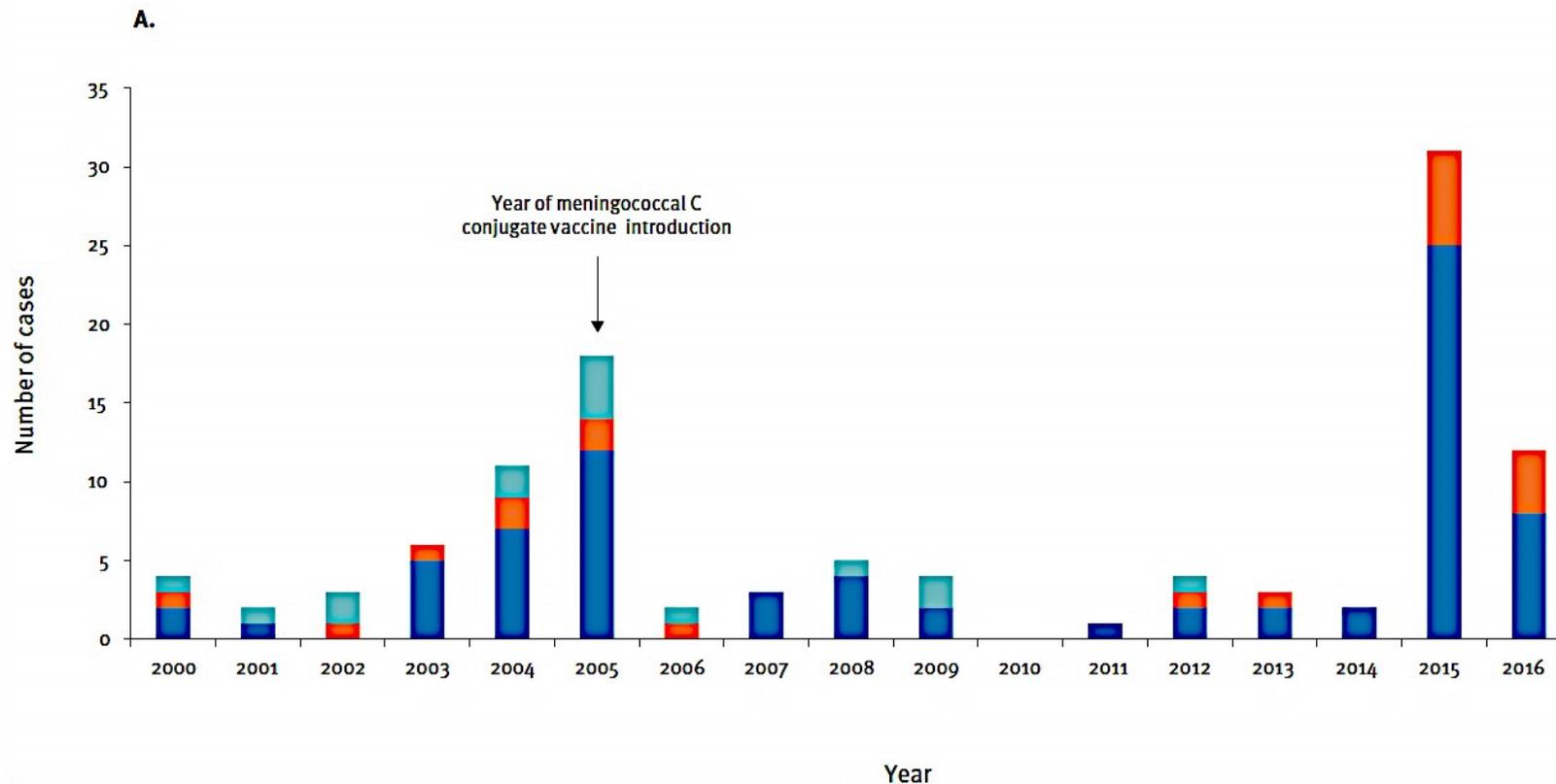
1. Department of Infectious, Parasitic & Immuno-mediated Diseases, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy
2. Epidemiology and Preventive Medicine Unit, Central Tuscany Health Authority, Florence, Italy
3. Health Agency of Tuscany, Florence, Italy
4. National Center for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion - Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy
5. Ministry of Health, Directorate-General of health prevention, Rome, Italy

Lettera circolare

OGGETTO: Malattia invasiva da Meningococco C in Toscana - Potenziamento della segnalazione di casi e indicazioni per chi si reca in Toscana.

FIGURE 1

Annual distribution of serogroup C invasive meningococcal disease cases by outcome, January 2000-February 2016 (n=111 cases) (A) and monthly distribution, January 2015- February 2016 (B) (n=43 cases), Tuscany, Italy



PNPV 2016-2018

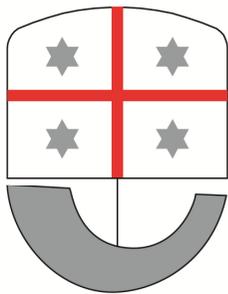
Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇒	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***	dTpaIPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni		
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV				
Epatite B	EpB-EpB*	Ep B		Ep B*			Ep B						3 Dosi: <i>Pre 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		PCV		PCV			PCV	PCV^^			PCV/PPV23 (vedi note)				PCV
MPRV								MPRV			MPRV				
MPR								MPR			oppure MPR	MPR	MPR	2 dosi MPR***** + V^ (0-4/8 settimane)	
Varicella									V		+ V				
Meningo C	13° mese:														
	<ul style="list-style-type: none"> • MPRV + MenB → 4 settimane → MenC o MenACYW135 • MPR + MenC o MenACYW135 → 4 settimane → V + MenB 														
Meningo B*^															
HPV															
Influenza	5-6 anni														
	<ul style="list-style-type: none"> • MPRV + DTP-IPV 														
Herpes															
Rotavirus	11-18 anni														
Epatite A	<ul style="list-style-type: none"> • 2 dosi a distanza ≥ 4 settimane nei soggetti anamnesticamente negativi 														

Cosomministrare nella stessa seduta

Somministrare in seduta separata

Vaccini per categorie a rischio

SCHEMA N.....NP/27373 DEL PROT. ANNO.....2014		 REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale Dipartimento Salute e Servizi Sociali Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore	
OGGETTO : Piano Regionale Prevenzione Vaccinale aggiornamento anno 2015			
DELIBERAZIONE	N.	1701 <small>del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA</small>	IN DATA 22/12/2014
LA GIUNTA REGIONALE			



REGIONE LIGURIA

Nell'attuale revisione del Calendario Vaccinale, le novità riguardano le vaccinazioni dell'infanzia, quelle indirizzate agli adolescenti ed ai giovani adulti e quelle destinate agli anziani, e sono principalmente:

- l'introduzione del vaccino contro la varicella in offerta attiva e gratuita, universale, al 15° mese, a partire dalla coorte di nascita 2014 e completamento del ciclo al 5°-6° anno di vita
- l'introduzione del vaccino contro il meningococco di tipo B in offerta attiva e gratuita, universale, al 3°, 4°, 6° e 15° mese di vita, a partire dalla coorte di nascita 2015;
- l'allargamento della vaccinazione anti-HPV in offerta attiva e gratuita ai maschi 12enni in occasione della vaccinazione delle femmine coetanee, a partire dalla coorte di nascita 2004;
- l'introduzione del vaccino anti-herpes zoster in offerta attiva e gratuita, universale, nella coorte di soggetti 65enni, a partire dall'anno 2015.

Altre variazioni ritenute necessarie al fine del raggiungimento dei suddetti obiettivi e per adeguare l'offerta vaccinale regionale alle più recenti evidenze e indicazioni della comunità scientifica sono elencate di seguito:

- inserimento del vaccino difterite-tetano-pertosse-polio in sostituzione del vaccino difterite-tetano-pertosse per gli adolescenti (14°-15° anni di vita);
- modifica delle indicazioni del vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico 23-valente (PPV23), raccomandato nei soli soggetti a rischio a 6-12 mesi dall'immunizzazione con vaccino anti-pneumococcico coniugato 13-valente (PCV13)

Inoltre si segnala la possibilità di offrire la vaccinazione anti-meningococco con tetravalente coniugato (Men ACWY) in regime di *co-payment* ai nuovi nati al 13° mese di vita.

Vaccino anti-varicella:

Patologie a rischio:

- Leucemia linfatica acuta in remissione (>3 mesi dopo il termine della chemioterapia e con parametri immunologici compatibili)
- Insufficienza renale cronica
- Soggetti in attesa di trapianto d'organo
- Infezione da HIV senza segni di immunodeficienza e con $CD4 \geq 200/ml$
- Diabete
- Malattie polmonari croniche
- Alcoolismo cronico
- Asplenia anatomica o funzionali e candidati alla splenectomia
- Deficienza terminale del complemento
- Epatopatie croniche
- Soggetti riceventi fattori della coagulazione concentrati
- Soggetti conviventi con pazienti affetti dalle patologie sopraelencati

Conviventi di pazienti con immunodepressione severa

- AIDS o altre manifestazioni cliniche dell'infezione da HIV,
- neoplasie che alterano i meccanismi immunitari,
- deficit dell'immunità cellulare,
- disgammaglobulinemia o ipogammaglobulinemia,
- terapia immunosoppressiva a lungo termine)

Personale sanitario

Operatori scolastici a contatto con neonati e bambini

Donne in età fertile

Sieroepidemiologia dell'infezione da VZV in Italia: valutazione dell'impatto della vaccinazione estensiva

Sero-epidemiology of VZV infection in Italy: impact evaluation of extensive vaccination

Giovanni Gabutti,¹ Maria Cristina Rota,² Antonella De Donno,³ Marcello Guido,³ Antonino Bella,² Adele Idolo,³ Silvia Lupi,¹ Giordana Brignole⁴ e il Gruppo di studio sulla sieroepidemiologia⁵

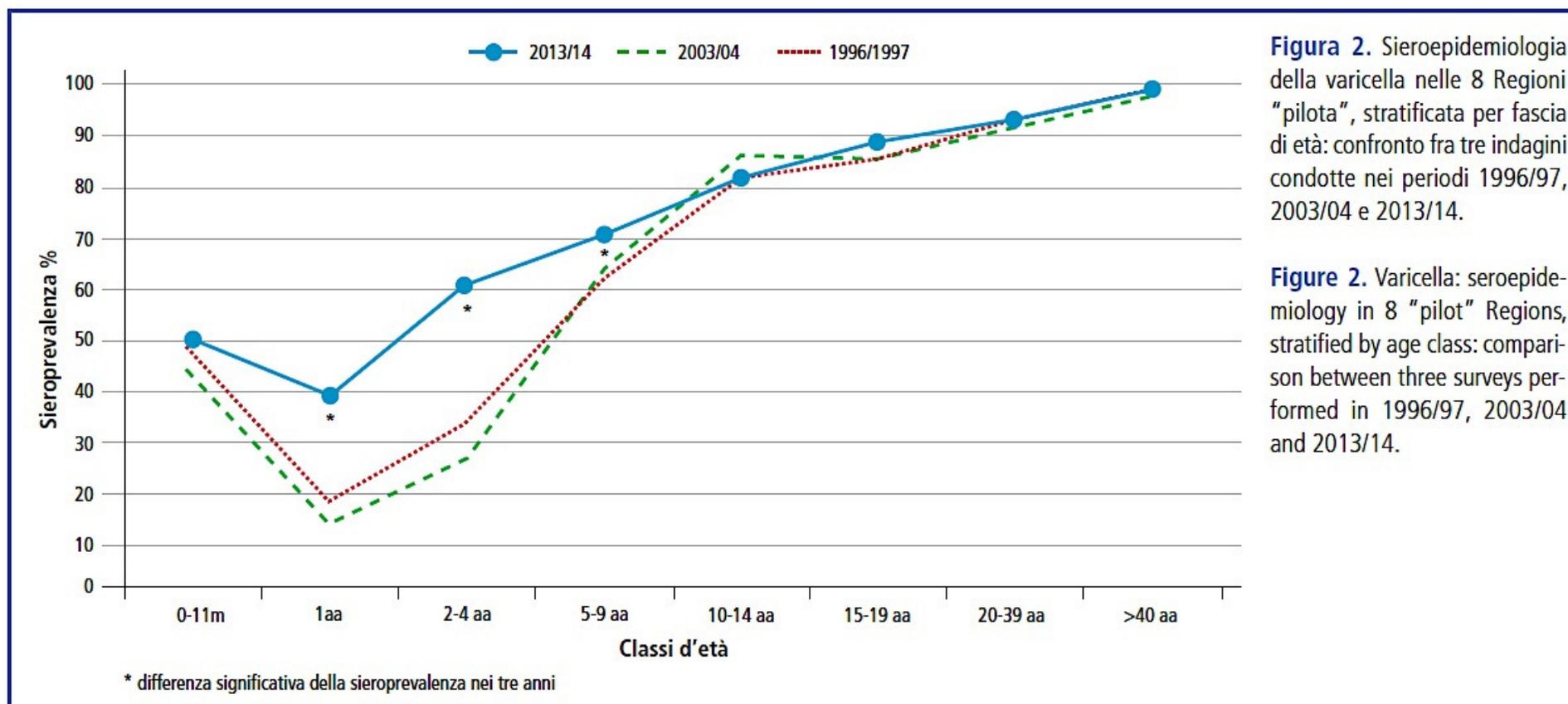
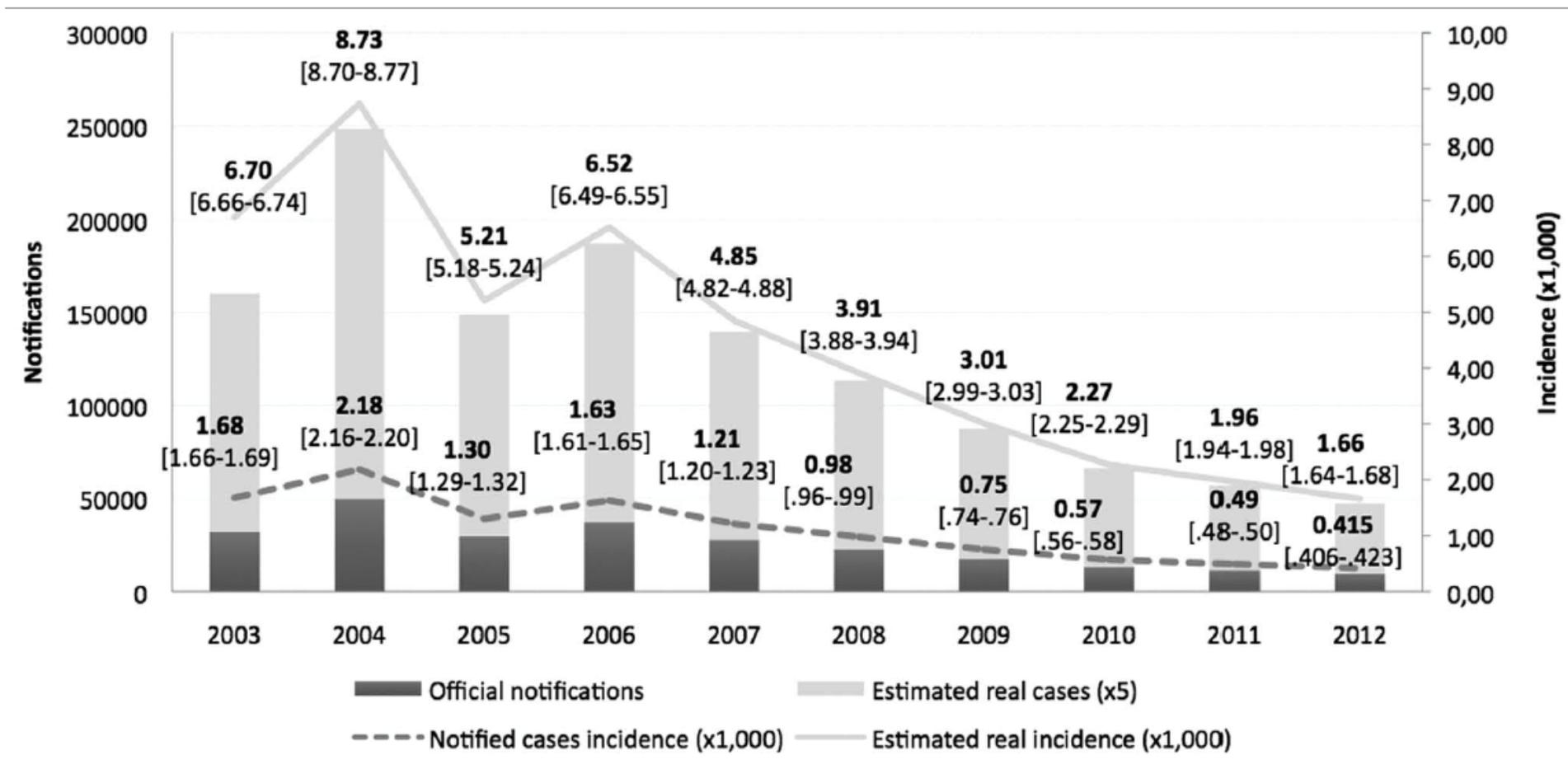


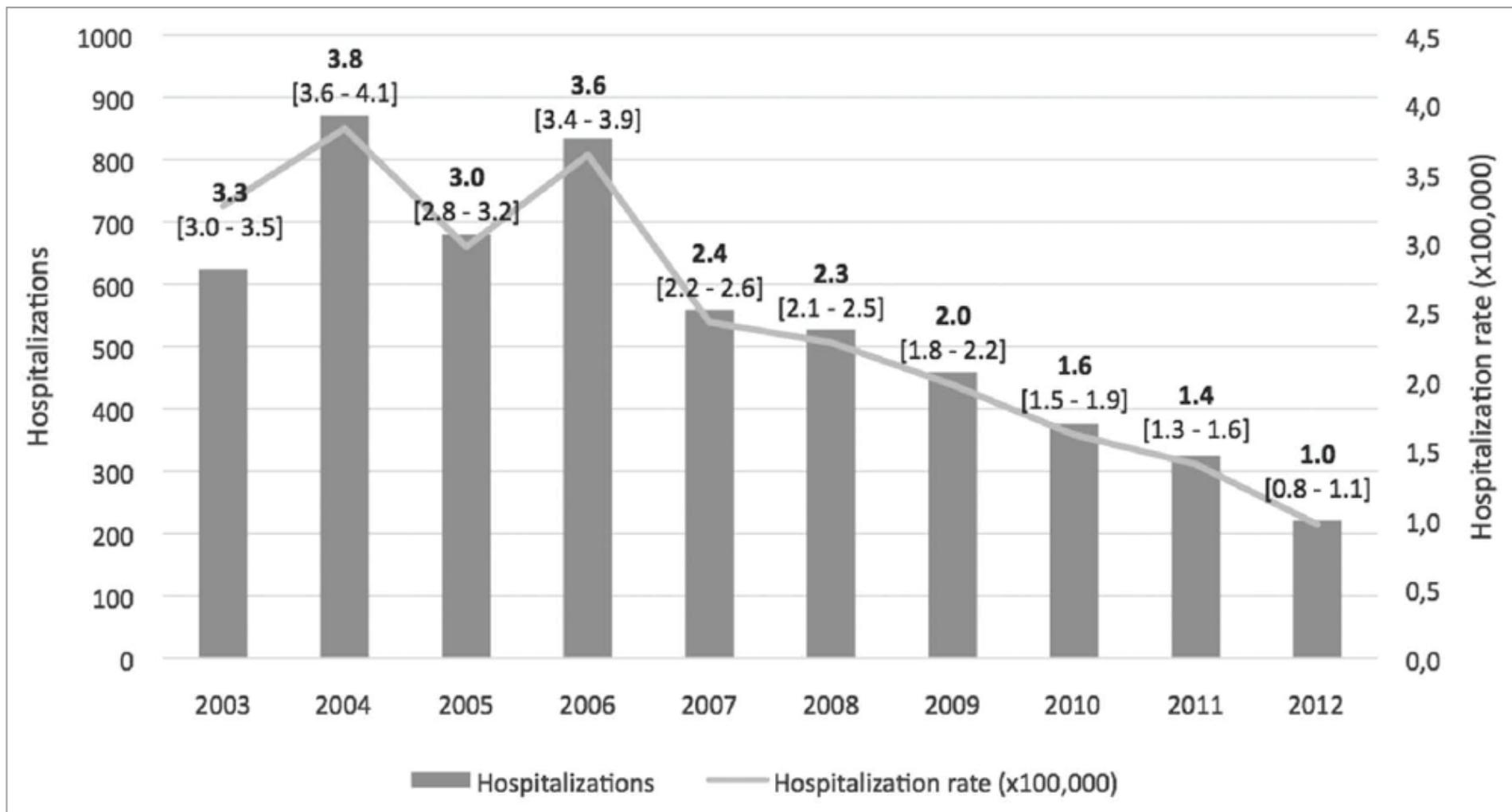
Figura 2. Sieroepidemiologia della varicella nelle 8 Regioni "pilota", stratificata per fascia di età: confronto fra tre indagini condotte nei periodi 1996/97, 2003/04 e 2013/14.

Figure 2. Varicella: seroepidemiology in 8 "pilot" Regions, stratified by age class: comparison between three surveys performed in 1996/97, 2003/04 and 2013/14.

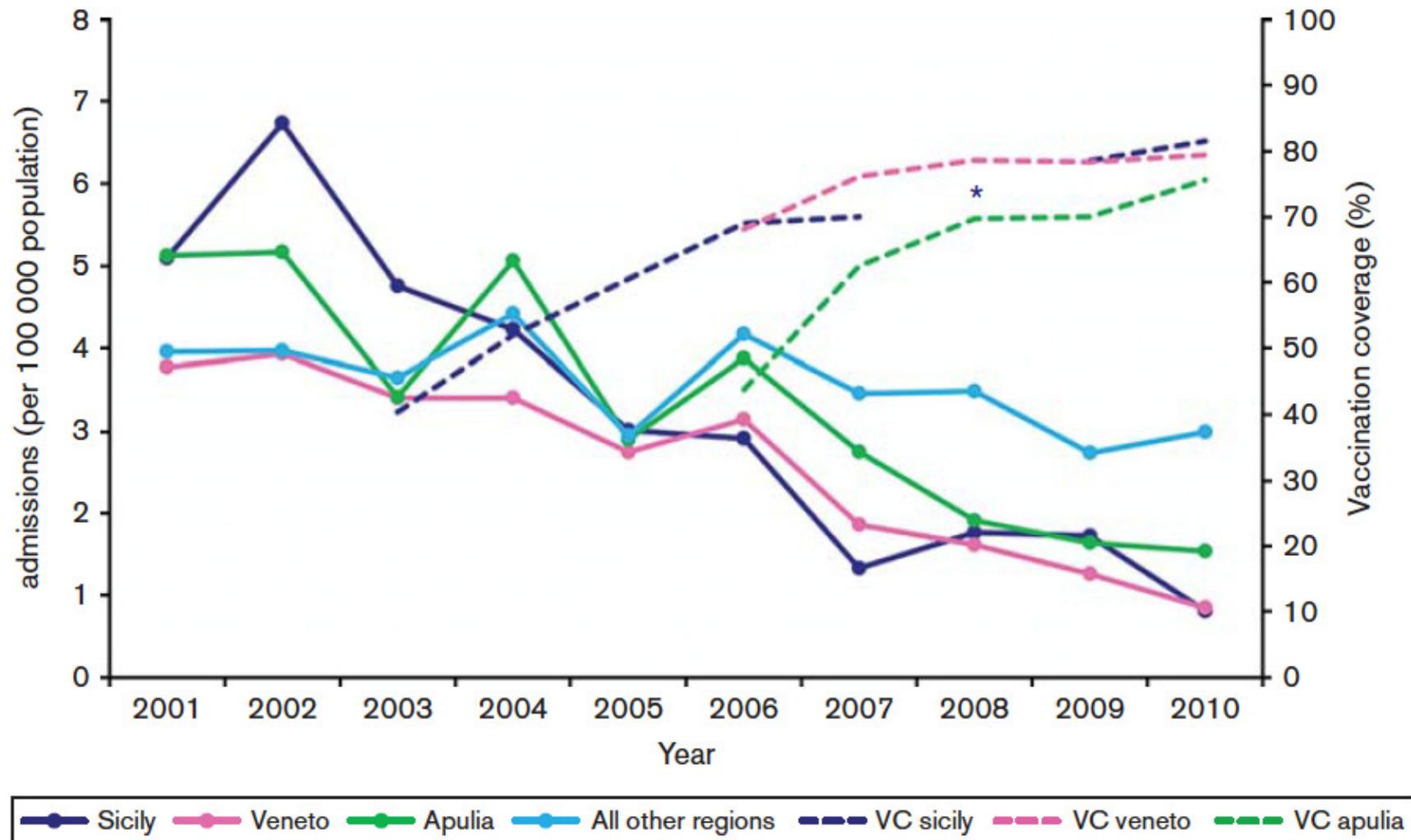
Notifiche, incidenza osservata e stimata di varicella nelle 8 regioni “pilota”, 2003-2012



Ricoveri per complicanze della varicella nelle 8 regioni “pilota”, 2003-2012



Ricoveri per varicella e coperture vaccinali nelle 8 regioni “pilota” e nelle altre regioni, 2001-2010



Varicella vaccination in the European Union

- **Two doses** of monovalent/combined varicella vaccines are efficacious in preventing disease of **any severity**.
- An increased risk of **febrile seizures** after the first dose of a combined MMRV (measles, mumps, rubella and varicella) vaccine at age 12–23 months compared to separate MMR and V administration has been reported, however, MMRV may help achieve **higher vaccination coverage**.
- Evidence from countries that have implemented universal varicella vaccination of infants demonstrates a significant and sustained decrease in the burden of varicella, with **no apparent increases in HZ** in vaccinated populations to date.

Rischio di reintroduzione di Poliovirus selvaggi in Italia

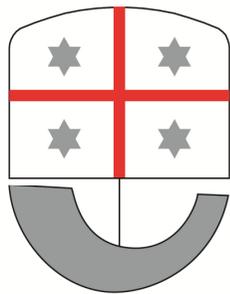
- flusso migratorio da Paesi con polio endemica o con epidemie in corso (soggetti infetti asintomatici eliminano il virus vivo per 6 settimane)
- “gruppi vulnerabili” o “difficili da raggiungere” (immigrati, rifugiati, nomadi) e “soggetti senza fissa dimora”
- Anti-vaccinisti

PNPV 2016-2018

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇒	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***				
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV	dTpa IPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni		

Cosomministrare nella stessa seduta	
Somministrare in seduta separata	Vaccini per categorie a rischio

SCHEMA N.....NP/27373 DEL PROT. ANNO.....2014		 REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale Dipartimento Salute e Servizi Sociali Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore	
OGGETTO : Piano Regionale Prevenzione Vaccinale aggiornamento anno 2015			
DELIBERAZIONE	N.	1701 <small>del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA</small>	IN DATA 22/12/2014
LA GIUNTA REGIONALE			



REGIONE LIGURIA

Nell'attuale revisione del Calendario Vaccinale, le novità riguardano le vaccinazioni dell'infanzia, quelle indirizzate agli adolescenti ed ai giovani adulti e quelle destinate agli anziani, e sono principalmente:

- l'introduzione del vaccino contro la varicella in offerta attiva e gratuita, universale, al 15° mese, a partire dalla coorte di nascita 2014 e completamento del ciclo al 5°-6° anno di vita
- l'introduzione del vaccino contro il meningococco di tipo B in offerta attiva e gratuita, universale, al 3°, 4°, 6° e 15° mese di vita, a partire dalla coorte di nascita 2015;
- l'allargamento della vaccinazione anti-HPV in offerta attiva e gratuita ai maschi 12enni in occasione della vaccinazione delle femmine coetanee, a partire dalla coorte di nascita 2004;
- l'introduzione del vaccino anti-herpes zoster in offerta attiva e gratuita, universale, nella coorte di soggetti 65enni, a partire dall'anno 2015.

Altre variazioni ritenute necessarie al fine del raggiungimento dei suddetti obiettivi e per adeguare l'offerta vaccinale regionale alle più recenti evidenze e indicazioni della comunità scientifica sono elencate di seguito:

- inserimento del vaccino difterite-tetano-pertosse-polio in sostituzione del vaccino difterite-tetano-pertosse per gli adolescenti (14°-15° anni di vita);
- modifica delle indicazioni del vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico 23-valente (PPV23), raccomandato nei soli soggetti a rischio a 6-12 mesi dall'immunizzazione con vaccino anti-pneumococcico coniugato 13-valente (PCV13)

Inoltre si segnala la possibilità di offrire la vaccinazione anti-meningococco con tetravalente coniugato (Men ACWY) in regime di *co-payment* ai nuovi nati al 13° mese di vita.

EVAP 2015-2020

Goal or objective	Indicator	Operational definition	Data source and collection	Baseline	Target	Milestone
Goal 1: Sustain polio-free status	no wild poliovirus transmission re-established in the Region	confirmed absence of re-established transmission of wild poliovirus in the Region by RCC ¹ (based on review of annual country reports on population immunity level and quality of poliovirus surveillance submitted by the NCCs ²)	annual country updates submitted by NCCs for review by RCC	2013: no wild poliovirus transmission re-established in the Region (confirmed by the RCC at meeting in June 2014)	2018: no wild poliovirus transmission re-established in the Region (to be confirmed by the RCC at meeting in 2019)	2015–2018: no wild poliovirus transmission re-established in the Region (to be confirmed by the RCC annually)

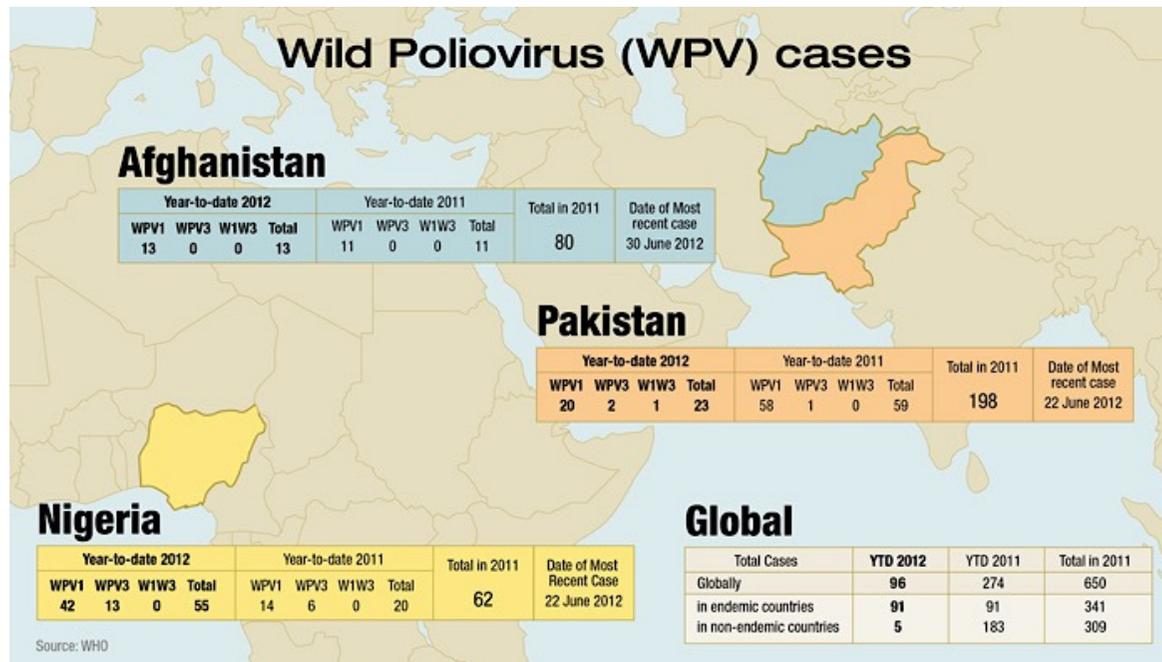
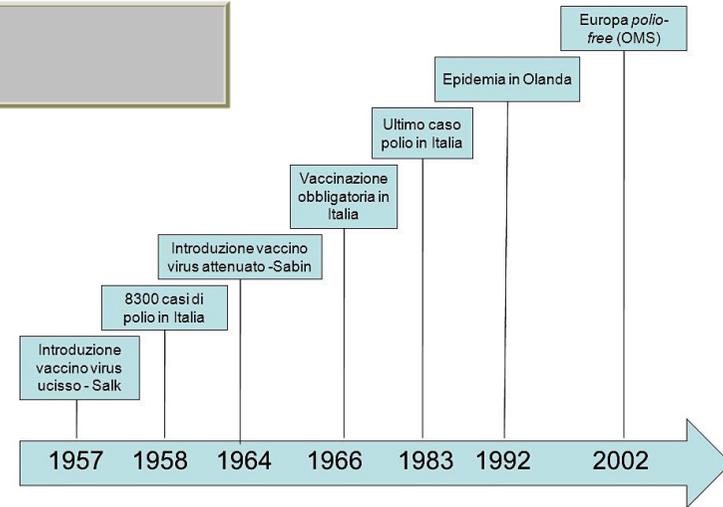
PNPV 2016-2018

Indicatore	Definizione operativa	Fonte e flusso	Baseline	Target
Trasmissione di poliovirus selvaggio non ristabilita nel Paese	Assenza di casi di polio insorti sul territorio nazionale e assenza di isolamento di poliovirus selvaggio nell'ambiente	Sorveglianza Paralisi Flaccida Acuta e Sorveglianza ambientale	Nel 2014 NO casi di polio insorti sul territorio nazionale e NO isolamento di poliovirus selvaggio nell'ambiente	Nel 2018 NO casi di polio insorti sul territorio nazionale e NO isolamento di poliovirus selvaggio nell'ambiente

Obiettivo: mantenere lo stato Polio-free

FORTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY GENEVA, 2-13 MAY 1988
WHA41.28 Global eradication of poliomyelitis by the year 2000

WHA41.28 Global eradication of poliomyelitis by the year 2000



Obiettivo: mantenere lo stato Polio-free

SURVEILLANCE AND OUTBREAK REPORTS

The 2010 outbreak of poliomyelitis in Tajikistan: epidemiology and lessons learnt

M L Yakovenko^{1,2,3}, A P Gmyl^{1,3,4}, O E Ivanova^{1,3}, T P Ereemeeva¹, A P Ivanov¹, M A Prostova¹, O Y Baykova¹, O V Isaeva¹, G Y Lipskaya², A K Shakaryan¹, O M Kew⁵, J M Deshpande⁶, V I Agol (agol.belozersky.msu.ru)^{1,2}

1. M.P. Chumakov Institute of Poliomyelitis and Viral Encephalitides, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia

2. A.N. Belozersky Institute of Physical-Chemical Biology, M.V. Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

3. These authors contributed equally to this study

4. Faculty of Biology, M.V. Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

5. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, United States

6. Enterovirus Research Centre, Indian Council of Medical Research, Mumbai, India



Wild-type poliovirus 1 transmission in Israel – what is the risk to the EU/EEA?

Suspected outbreak of poliomyelitis in Syria: Risk of importation and spread of poliovirus in the EU

23 October 2013

Statement on the 8th IHR Emergency Committee meeting regarding the international spread of poliovirus

WHO statement

1 March 2016

“The Committee unanimously agreed that the international spread of polio remains a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) and recommended the extension of the Temporary Recommendations for a further three months”

- States currently exporting wild poliovirus or cVDPV: Pakistan (last wild poliovirus exportation: 3rd November 2015) and Afghanistan (last wild poliovirus exportation: 6 June 2015).
- States infected with wild poliovirus or cVDPVs but not currently exporting: Currently Nigeria, Guinea, Madagascar, Ukraine, Lao People’s Democratic Republic and Myanmar
- States no longer infected by wild poliovirus or cVDPV, but which remain vulnerable to international spread, and states that are vulnerable to the emergence and circulation of VDPV: Currently Somalia, Iraq, Israel, Equatorial Guinea, Cameroon and South Sudan

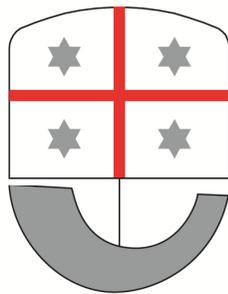
PNPV 2016-2018

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇒	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***	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		PCV		PCV			PCV	PCV^^			PCV/PPV23 (vedi note)				PCV
MPRV								MPRV			MPRV				
MPR								MPR			oppure MPR	MPR	MPR + V^	2 dosi MPR***** + V^ (0-4/8 settimane)	
Varicella									V		+	V			
Meningococco C								Men C o MenACWY coniugato	Men C o MenACWY coniugato						
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°°				Influenza°°			1 dose all'anno
Herpes Zoster															1 dose#
Rotavirus		Rotavirus##													
Epatite A									EpA###			EpA###	2 dosi (0-6-12 mesi)		

 <u>Cosomministrare nella stessa seduta</u>
 <u>Somministrare in seduta separata</u>

 Vaccini per categorie a rischio

SCHEMA N.....NP/27373 DEL PROT. ANNO.....2014		 REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale Dipartimento Salute e Servizi Sociali Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore	
OGGETTO : Piano Regionale Prevenzione Vaccinale aggiornamento anno 2015			
DELIBERAZIONE	N.	1701 <small>del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA</small>	IN DATA 22/12/2014
LA GIUNTA REGIONALE			



REGIONE LIGURIA

Nell'attuale revisione del Calendario Vaccinale, le novità riguardano le vaccinazioni dell'infanzia, quelle indirizzate agli adolescenti ed ai giovani adulti e quelle destinate agli anziani, e sono principalmente:

- l'introduzione del vaccino contro la varicella in offerta attiva e gratuita, universale, al 15° mese, a partire dalla coorte di nascita 2014 e completamento del ciclo al 5°-6° anno di vita
- l'introduzione del vaccino contro il meningococco di tipo B in offerta attiva e gratuita, universale, al 3°, 4°, 6° e 15° mese di vita, a partire dalla coorte di nascita 2015;
- l'allargamento della vaccinazione anti-HPV in offerta attiva e gratuita ai maschi 12enni in occasione della vaccinazione delle femmine coetanee, a partire dalla coorte di nascita 2004;
- l'introduzione del vaccino anti-herpes zoster in offerta attiva e gratuita, universale, nella coorte di soggetti 65enni, a partire dall'anno 2015.

Altre variazioni ritenute necessarie al fine del raggiungimento dei suddetti obiettivi e per adeguare l'offerta vaccinale regionale alle più recenti evidenze e indicazioni della comunità scientifica sono elencate di seguito:

- inserimento del vaccino difterite-tetano-pertosse-polio in sostituzione del vaccino difterite-tetano-pertosse per gli adolescenti (14°-15° anni di vita);
- modifica delle indicazioni del vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico 23-valente (PPV23), raccomandato nei soli soggetti a rischio a 6-12 mesi dall'immunizzazione con vaccino anti-pneumococcico coniugato 13-valente (PCV13)

Inoltre si segnala la possibilità di offrire la vaccinazione anti-meningococco con tetravalente coniugato (Men ACWY) in regime di *co-payment* ai nuovi nati al 13° mese di vita.

Vaccinazione Universale anti HPV: Razionale

- La vaccinazione è la strategia di prevenzione primaria più efficiente¹¹ ed efficace per la protezione contro l'HPV.
- Quando i programmi di prevenzione secondaria non funzionano o non esistono, (come nel caso dei maschi) la vaccinazione universale è la migliore strategia ⁵⁻⁸

La strategia più efficace per prevenire le malattie da HPV, sulla base delle nuove evidenze, sarebbe la vaccinazione universale (ECDC Guidance 2012, page 14)¹⁰

- I programmi di immunizzazione di massa (non di genere) sono l'unica strategia efficace per il controllo delle infezioni (es Rosolia, Epatite B)^{1,2,3,12},
- La vaccinazione universale garantisce una maggiore equità sociale nella prevenzione delle malattie HPV correlate che interessano tanto i maschi quanto le femmine ⁹
- I maschi omosessuali non hanno nessun vantaggio da una vaccinazione di genere
- Anche quando le coperture vaccinali sono inferiori al 50%, la vaccinazione dei maschi, grazie all'immunità di gregge crociata, aumenterebbe l'impatto del programma vaccinale.

1. Giuliano AR and Salmon D. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2008;17:805–808. 2. Robertson SE et al. Bulletin of the World Health Organization. 1997;75):69–80. 3. Kane 2012; 4. Burchell AN et al. Vaccine. 2006;24S3:S3/52–S3/61. 5. Markowitz LE et al. MMWR Recomm Rep. 2007;56(RR-2):1–24. 6. Screening for Penile Cancer. Cancer Research UK website. <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/penile-cancer/about/screening-for-penile-cancer>. Accessed December 5, 2012. 7. Screening for Vulvar Cancer. Cancer Research UK website. <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/vulval-cancer/about/screening-for-vulval-cancer>. Accessed December 5, 2012. 8. Screening for Vaginal Cancer. Cancer Research UK website. <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/vaginal-cancer/about/screening-for-vaginal-cancer>. Accessed December 5, 2012. 9. Hull SC et al. Public Health Genomics. 2009;12:362–367. 10. ECDC Guidance 2012 p 14; 11. Plotkin SL and Plotkin SA. Chapter one: A short history of vaccination. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA eds. Vaccines. 5th Ed. Philadelphia: Saunders; 2008.p1-16; 12. X Bosch, Vaccine 2012

Use of 9-Valent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine: Updated HPV Vaccination Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices

TABLE 1. Characteristics of the three human papillomavirus (HPV) vaccines licensed for use in the United States

Characteristic	Bivalent (2vHPV)*	Quadrivalent (4vHPV) [†]	9-valent (9vHPV) [§]
Brand name	Cervarix	Gardasil	Gardasil 9
VLPs	16, 18	6, 11, 16, 18	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
Manufacturer	GlaxoSmithKline	Merck and Co., Inc.	Merck and Co., Inc.
Manufacturing	<i>Trichoplusia ni</i> insect cell line infected with L1 encoding recombinant baculovirus	<i>Saccharomyces cerevisiae</i> (Baker's yeast), expressing L1	<i>Saccharomyces cerevisiae</i> (Baker's yeast), expressing L1
Adjuvant	500 µg aluminum hydroxide, 50 µg 3-O-desacyl-4' monophosphoryl lipid A	225 µg amorphous aluminum hydroxyphosphate sulfate	500 µg amorphous aluminum hydroxyphosphate sulfate
Volume per dose	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml
Administration	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular

Why are the recommendations being updated now?

9-valent HPV vaccine (9vHPV) was approved by the Food and Drug Administration on December 10, 2014. This vaccine targets HPV types 6, 11, 16, and 18, the types targeted by the quadrivalent HPV vaccine (4vHPV), as well as five additional types, HPV types 31, 33, 45, 52, and 58. ACIP reviewed results of a randomized trial among approximately 14,000 females aged 16 through 26 years that showed noninferior immunogenicity for the types shared by 4vHPV and 9vHPV and high efficacy for the five additional types. Other trials in the 9vHPV clinical

What are the new recommendations?

9vHPV, 4vHPV or 2vHPV can be used for routine vaccination of females aged 11 or 12 years and females through age 26 years who have not been vaccinated previously or who have not completed the 3-dose series. 9vHPV or 4vHPV can be used for routine vaccination of males aged 11 or 12 years and males through age 21 years who have not been vaccinated previously or who have not completed the 3-dose series. ACIP recommends either 9vHPV or 4vHPV vaccination for men who have sex with men and immunocompromised persons (including those with HIV infection) through age 26 years if not vaccinated previously.

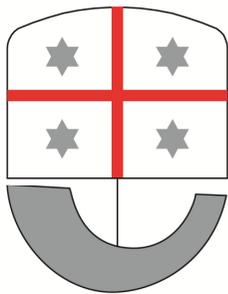
PNPV 2016-2018

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇒	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***	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		PCV		PCV			PCV	PCV^^			PCV/PPV23 (vedi note)				PCV
MPRV								MPRV			MPRV				
MPR								MPR			oppure MPR	MPR	MPR	2 dosi MPR***** + V^ (0-4/8 settimane)	
Varicella									V		+	+			
Meningococco C								Men C o MenACWY congiugato	Men C o MenACWY congiugato						
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°°					Influenza°°			1 dose all'anno
Herpes Zoster															1 dose#
Rotavirus		Rotavirus##													
Epatite A									EpA###			EpA###	2 dosi (0-6-12 mesi)		

 <u>Cosomministrare nella stessa seduta</u>
 <u>Somministrare in seduta separata</u>

 Vaccini per categorie a rischio

SCHEMA N.....NP/27373 DEL PROT. ANNO.....2014		 REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale Dipartimento Salute e Servizi Sociali Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore	
OGGETTO : Piano Regionale Prevenzione Vaccinale aggiornamento anno 2015			
DELIBERAZIONE	N.	1701 <small>del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA</small>	IN DATA 22/12/2014
LA GIUNTA REGIONALE			



REGIONE LIGURIA

Nell'attuale revisione del Calendario Vaccinale, le novità riguardano le vaccinazioni dell'infanzia, quelle indirizzate agli adolescenti ed ai giovani adulti e quelle destinate agli anziani, e sono principalmente:

- l'introduzione del vaccino contro la varicella in offerta attiva e gratuita, universale, al 15° mese, a partire dalla coorte di nascita 2014 e completamento del ciclo al 5°-6° anno di vita
- l'introduzione del vaccino contro il meningococco di tipo B in offerta attiva e gratuita, universale, al 3°, 4°, 6° e 15° mese di vita, a partire dalla coorte di nascita 2015;
- l'allargamento della vaccinazione anti-HPV in offerta attiva e gratuita ai maschi 12enni in occasione della vaccinazione delle femmine coetanee, a partire dalla coorte di nascita 2004;
- l'introduzione del vaccino anti-herpes zoster in offerta attiva e gratuita, universale, nella coorte di soggetti 65enni, a partire dall'anno 2015.

Altre variazioni ritenute necessarie al fine del raggiungimento dei suddetti obiettivi e per adeguare l'offerta vaccinale regionale alle più recenti evidenze e indicazioni della comunità scientifica sono elencate di seguito:

- inserimento del vaccino difterite-tetano-pertosse-polio in sostituzione del vaccino difterite-tetano-pertosse per gli adolescenti (14°-15° anni di vita);
- modifica delle indicazioni del vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico 23-valente (PPV23), raccomandato nei soli soggetti a rischio a 6-12 mesi dall'immunizzazione con vaccino anti-pneumococcico coniugato 13-valente (PCV13)

Inoltre si segnala la possibilità di offrire la vaccinazione anti-meningococco con tetravalente coniugato (Men ACWY) in regime di *co-payment* ai nuovi nati al 13° mese di vita.

Vaccino Pneumococcico Coniugato: dal bambino all'adulto

2000 Vaccino Coniugato approvato in USA

2003 Programma di vaccinazione universale in Liguria

2009 Valutazione dell'efficacia in Liguria [Vaccine 2009]

2011 Effetto della campagna di vaccinazione
sull'epidemiologia dei sierotipi pneumococcici causa di IPD e
non-IPD [Human Vaccin 2011]

2011-12 Effetto della campagna di vaccinazione
sul carriage nei bambini [Vaccine 2012]

2012-13 Effetto della campagna di vaccinazione
sul carriage negli adulti [Human Vaccin 2013]

2014 – Valutazione del potenziale effetto
dell'introduzione del PCV nell'adulto

[Human Vaccin 2015]



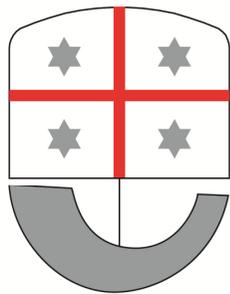
PNPV 2016-2018

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇒	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***	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		PCV		PCV			PCV	PCV^^			PCV/PPV23 (vedi note)				PCV	
MPRV								MPRV			MPRV					
MPR								MPR			oppure MPR	MPR	MPR	2 dosi MPR***** + V^ (0-4/8 settimane)		
Varicella									V		+	+				
Meningococco C								Men C o MenACWY conjugato	Men C o MenACWY conjugato							
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°°					Influenza°°			1 dose all'anno	
Herpes Zoster															1 dose#	
Rotavirus		Rotavirus##														
Epatite A									EpA###			EpA###	2 dosi (0-6-12 mesi)			

 <u>Cosomministrare nella stessa seduta</u>
 <u>Somministrare in seduta separata</u>

 Vaccini per categorie a rischio

SCHEMA N.....NP/27373 DEL PROT. ANNO.....2014		 REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale Dipartimento Salute e Servizi Sociali Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore	
OGGETTO : Piano Regionale Prevenzione Vaccinale aggiornamento anno 2015			
DELIBERAZIONE	N.	1701 <small>del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA</small>	IN DATA 22/12/2014
LA GIUNTA REGIONALE			



REGIONE LIGURIA

Nell'attuale revisione del Calendario Vaccinale, le novità riguardano le vaccinazioni dell'infanzia, quelle indirizzate agli adolescenti ed ai giovani adulti e quelle destinate agli anziani, e sono principalmente:

- l'introduzione del vaccino contro la varicella in offerta attiva e gratuita, universale, al 15° mese, a partire dalla coorte di nascita 2014 e completamento del ciclo al 5°-6° anno di vita
- l'introduzione del vaccino contro il meningococco di tipo B in offerta attiva e gratuita, universale, al 3°, 4°, 6° e 15° mese di vita, a partire dalla coorte di nascita 2015;
- l'allargamento della vaccinazione anti-HPV in offerta attiva e gratuita ai maschi 12enni in occasione della vaccinazione delle femmine coetanee, a partire dalla coorte di nascita 2004;
- l'introduzione del vaccino anti-herpes zoster in offerta attiva e gratuita, universale, nella coorte di soggetti 65enni, a partire dall'anno 2015.

Altre variazioni ritenute necessarie al fine del raggiungimento dei suddetti obiettivi e per adeguare l'offerta vaccinale regionale alle più recenti evidenze e indicazioni della comunità scientifica sono elencate di seguito:

- inserimento del vaccino difterite-tetano-pertosse-polio in sostituzione del vaccino difterite-tetano-pertosse per gli adolescenti (14°-15° anni di vita);
- modifica delle indicazioni del vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico 23-valente (PPV23), raccomandato nei soli soggetti a rischio a 6-12 mesi dall'immunizzazione con vaccino anti-pneumococcico coniugato 13-valente (PCV13)

Inoltre si segnala la possibilità di offrire la vaccinazione anti-meningococco con tetravalente coniugato (Men ACWY) in regime di *co-payment* ai nuovi nati al 13° mese di vita.

Herpes Zoster vaccine recommendation around the world

-  National Reco & funding
-  Regional Reco & funding
-  National Reco

UK
 Reco (March 2010) 70-79
 Public funding (Sept 2013)
 Cohort 70 + catch-up

France
 Reco (Dec 2013)
 & reimbursement (June 2015)
 65-74 + 2-year catch-up 75-79

Germany
 Reco in 4 regions : Saxony,
 Mecklenburg-Pomerania, Thuringia
 and Brandenburg ≥ 50
 Voluntary funding by ~ 30 sick funds

Austria
 Reco: ≥ 50 (since 2007)
 No funding (by law)

Spain
 1 regional pilot programmes in
 Castilla-Leon (COPD and diabetics
 60-69)

Italy: Reco & funding in 5 regions (since 2014):
 Liguria for cohort 65,
 Sicilia for risk group 50+ , and at least 1 cohort
 among 65-75
 Calabria for risk group 50+, and 65 and 70 cohorts,
 Friuli Venezia Giulia and Veneto for risk group 50-59

Greece
 Reco (Dec 2011)
 Reimbursement (May 2014)
 ≥ 60

Canada
 Reco: ≥ 60 (Jan 2010/2014)
 Regional public funding on
 going

US
 Reco: ≥ 60 (since June 2007)
 Funding both private &
 public

Australia (2014)
 Reco: Cohort 70 + catch-up
 71-79 (5 years)
 Funding from Nov 2016

Korea
 Reco: ≥ 60 (2013)

Israel
 Reco : ≥ 60 (2012)

45

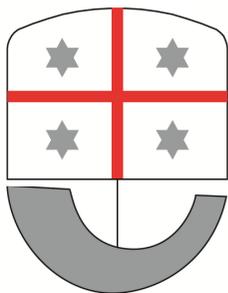
PNPV 2016-2018

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇒	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***	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		PCV		PCV			PCV	PCV^^			PCV/PPV23 (vedi note)				PCV	
MPRV								MPRV			MPRV					
MPR								MPR			oppure MPR	MPR	MPR + V^	2 dosi MPR***** + V^ (0-4/8 settimane)		
Varicella									V		+	V				
Meningococco C								Men C o MenACWY coniugato	Men C o MenACWY coniugato							
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°°					Influenza°°			1 dose all'anno	
Herpes Zoster															1 dose#	
Rotavirus		Rotavirus##														
Epatite A									EpA###			EpA###		2 dosi (0-6-12 mesi)		

 <u>Cosomministrare nella stessa seduta</u>
 <u>Somministrare in seduta separata</u>

 Vaccini per categorie a rischio

SCHEMA N.....NP/27373 DEL PROT. ANNO.....2014		 REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale Dipartimento Salute e Servizi Sociali Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore	
OGGETTO : Piano Regionale Prevenzione Vaccinale aggiornamento anno 2015			
DELIBERAZIONE		N. 1701 <small>del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA</small>	IN 22/12/2014 <small>DATA</small>
LA GIUNTA REGIONALE			



REGIONE LIGURIA



Grazie per l'attenzione!