

assis

associazione di studi e
informazione sulla salute

**L'IMPORTANZA DI UNA
INFORMAZIONE PUNTUALE,
CORRETTA, COMPLETA,
INDIPENDENTE.**

Tab. I. Obiettivi generali selezionati dei Piani Vaccinali emanati nel 1999, nel 2005 e nel 2012.

Piano 1999	Piano 2005	Piano 2012
Rendere omogenee le attività di vaccinazione ed incrementare la copertura vaccinale		Armonizzazione delle strategie vaccinali
Migliorare la sorveglianza degli eventi avversi dopo vaccinazione	Indicazioni specifiche per la sorveglianza degli eventi avversi dopo vaccinazione	
Migliorare le strategie informative e formative		Progettare e realizzare azioni per potenziare l'informazione e la comunicazione sui vaccini
Rinforzare le attività di sorveglianza epidemiologica	Indicazioni per i servizi informativi per fini di sorveglianza	Mantenere e sviluppare le attività di sorveglianza epidemiologica. Integrazione con la sorveglianza di laboratorio. Informatizzazione dei servizi
Incrementare la qualità dei servizi	Indicazioni per gli standard di qualità dei servizi	Indicazione degli standard di sicurezza e qualità dei servizi vaccinali
Monitorare i risultati raggiunti attraverso opportuni sistemi informativi	Valutazione dei programmi di vaccinazione	Valutazione dei programmi di vaccinazione
Superamento dell'obbligo e obiezione alle vaccinazioni	Superamento dell'obbligo nelle Regioni che hanno raggiunto elevati livelli di controllo delle malattie prevenibili	Superamento dell'obbligo vaccinale alla luce delle esperienze regionali
	Vaccinazione dei lavoratori	Vaccinazione degli operatori sanitari
		Strategie per migliorare l'offerta vaccinale nei gruppi a rischio
		Disponibilità di altri vaccini presso le Regioni da offrire in co-payment

DALL'OBBLIGO AL CONSENSO INFORMATO

È evidente che in un prossimo futuro si renderà necessaria nel nostro Paese la scelta per tutte le Regioni di passare dall'obbligatorietà alla liberalizzazione del ricorso alle vaccinazioni.

- Esistono d'altra parte delle buone ragioni per abolire l'obbligo vaccinale (F. Giovanetti, 2004).
- L'attuale obbligo vaccinale è puramente virtuale.
- Esisterà sempre una minoranza che rifiuta la vaccinazione: la loro scelta va rispettata perché ogni azione di tipo repressivo produce un effetto opposto a quello desiderato.
- L'Italia con la Legge 28 marzo 2001, n.145 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio di Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina e della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, Oviedo 4 aprile 1997) ha recepito queste indicazioni, secondo le quali nessun intervento di natura sanitaria può essere messo in atto senza il consenso informato dell'interessato, salvo situazioni di emergenza.
- L'orientamento prevalente negli Stati dell'Unione Europea è la raccomandazione vaccinale, non l'obbligo.
- Se esiste una minima possibilità che i genitori, che rifiutano la vaccinazione cambino idea, tale possibilità è legata al fatto che la porta del dialogo non sia stata chiusa e che non siano state comminate sanzioni

CONSENSO INFORMATO



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

Trascina il cursore attorno all'area da acquisire.

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 22-05-2006 (punto N. 24)

Delibera N.369 del 22-05-2006

Proponente
ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione per estratto

Dirigente Responsabile: Emanuela Balocchini

Estensore: Lucia Pecori

Oggetto:

Approvazione delle "Linee di indirizzo per la gestione dei casi di inadempienza all'obbligo vaccinale"

Presenti:

CLAUDIO MARTINI

MARINO ARTUSA

ANNA RITA BRAMERINI

RICCARDO CONTI

AGOSTINO FRAGAI

FEDERICO GELLI

ENRICO ROSSI

GIANNI SALVADORI

GIANFRANCO SIMONCINI

MARIA CONCETTA ZOPPI

è lo strumento volto a tutelare il fondamentale diritto alla salute della persona assistita/utente che si realizza consentendo allo stesso di esercitare **l'autodeterminazione in merito alle cure proposte** come declinato dall'art. 32 della Costituzione, cioè di esercitare il diritto alla scelta.

Consapevole,
Personale,
Manifesto,
Specifico,
Preventivo,
Attuale,
Revocabile.

L'acquisizione del consenso informato non si esaurisce con la sottoscrizione del singolo modulo ma è il risultato di un **processo di comunicazione e informazione finalizzata alla promozione dell'adesione consapevole** all'atto vaccinale sia nell'ambito delle vaccinazioni obbligatorie che quelle raccomandate

La corretta informazione è presupposto imprescindibile perché l'adesione alle vaccinazioni sia ragionata e consapevole

- benefici attesi dalla vaccinazione
- possibili complicanze della malattia che si intende prevenire con la vaccinazione
- eventuali rischi legati alla vaccinazione
- tipologie di vaccini disponibili e loro caratteristiche
- consapevolezza delle resistenze alle vaccinazioni.

Per l'affermarsi di una politica di adesione volontaria alle vaccinazioni raccomandate, le ASL devono porre particolare attenzione alla gestione della parte informativa e formativa del **consenso libero e informato** degli utenti all'offerta vaccinale.



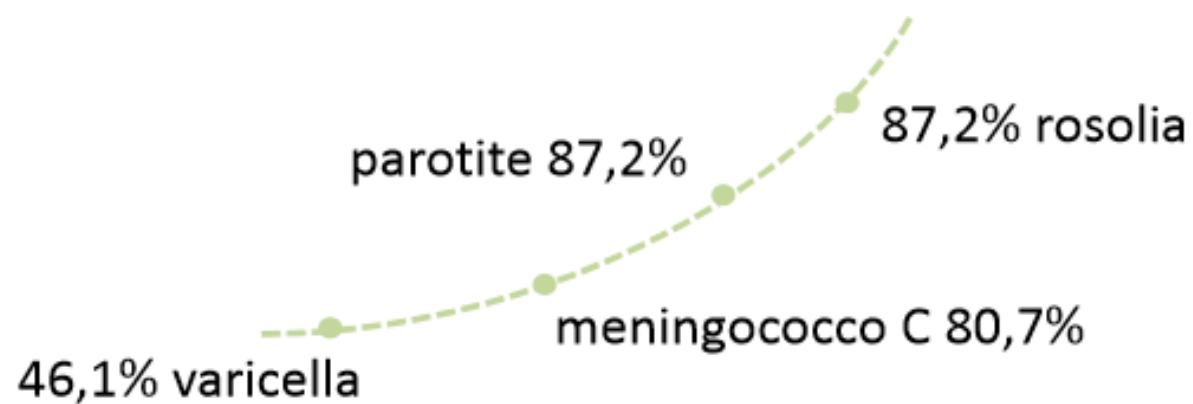
DAL CONSENSO INFORMATO ALL'OBBLIGATORIETA'

Riduzione delle coperture vaccinali, perdita di herd immunity

In tale Piano si evidenzia che il successo dei programmi vaccinali si fonda sia sulla protezione del singolo sia sul raggiungimento ed il mantenimento, nella popolazione, delle coperture di cicli vaccinali completi a livelli tali da controllare efficacemente la circolazione del virus o batterio e, quindi, la diffusione delle rispettive malattie infettive prevenibili con vaccino, sull'intero territorio nazionale (Relazione illustrativa)

Epidemia di morbillo e ricomparsa di malattie debellate

E' stato registrato, in questi mesi, un preoccupante aumento del numero dei casi di morbillo in Italia (dal 1° gennaio al 14 maggio 2017, sono stati registrati 2395 casi, con un aumento di oltre il 500% rispetto allo stesso periodo dello scorso anno), oltre alla ricomparsa di malattie ormai da tempo debellate anche in ragione del consistente fenomeno migratorio che interessa, ormai da diversi anni, il nostro Paese (Relazione illustrativa)



Dall'inizio del 2017 sono stati segnalati **2851 casi di morbillo**, con un incremento di oltre il 500% rispetto allo stesso periodo dello scorso anno, nonostante la sotto-notifica.



HERD IMMUNITY

- **L'immunità di gregge** è una forma di protezione indiretta che si verifica quando la immunizzazione di una parte significativa di una popolazione fornisce una protezione anche agli individui non immunizzati

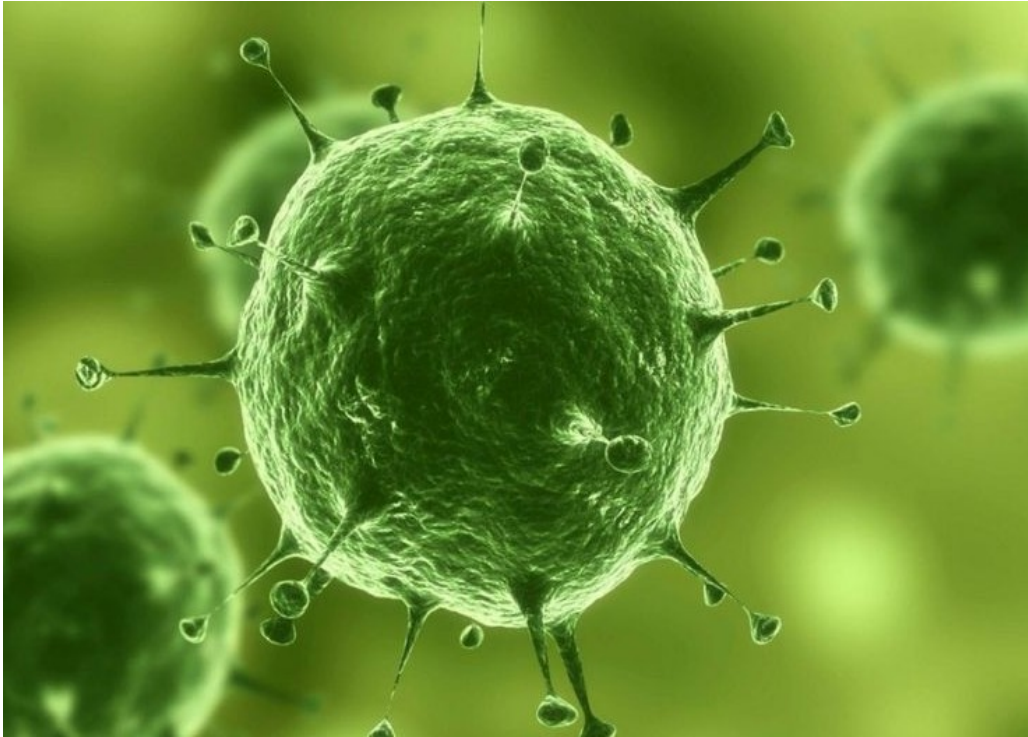
TETANO



MALATTIA INFETTIVA NON TRASMISSIBILE

NON ESISTE IMMUNITA' DI GREGGE

EPATITE B

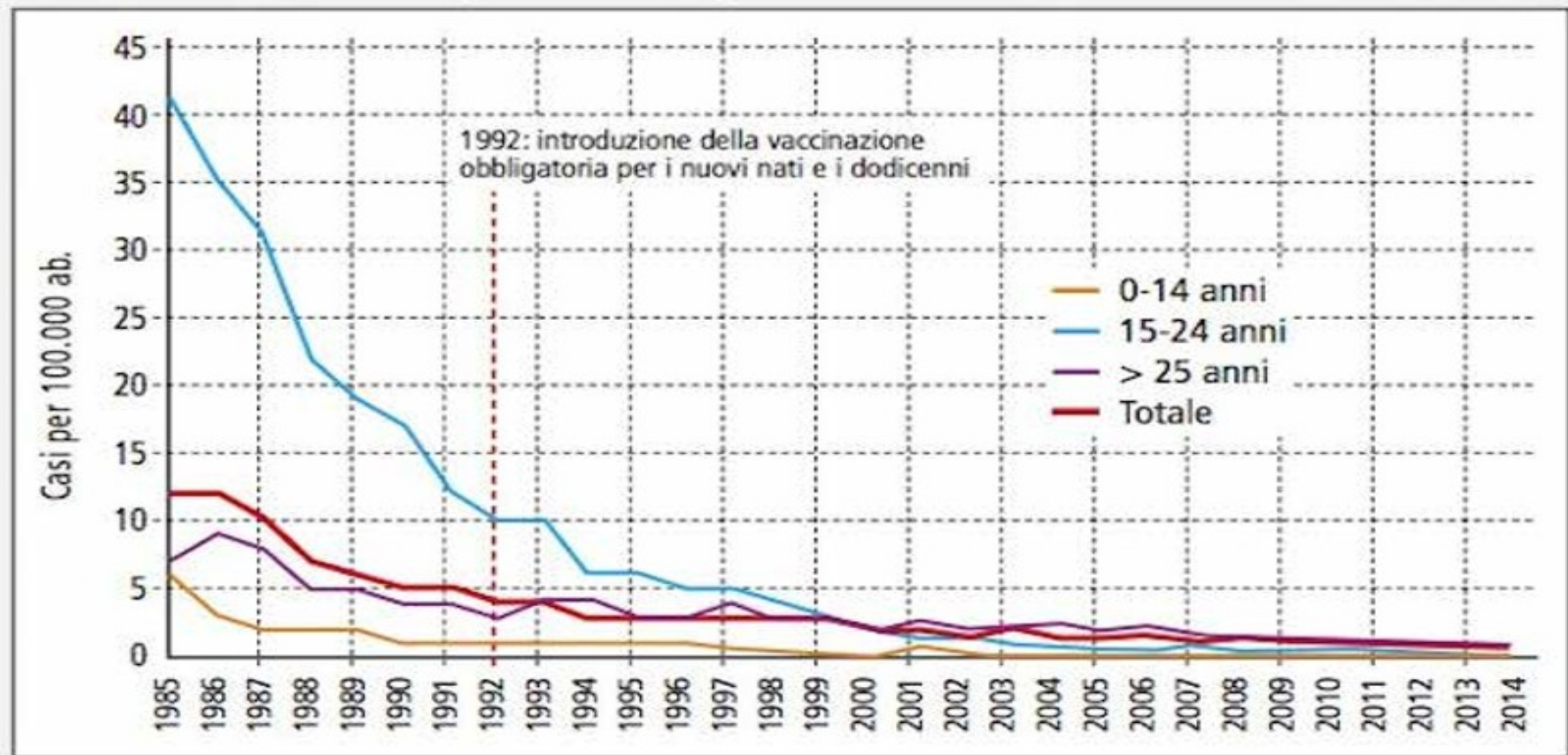


TRASMISSIONE:

- SANGUE
- RAPPORTI SESSUALI
- VERTICALE

(DA MAMMA A FIGLIO AL MOMENTO DEL PARTO)

EPATITE B Incidenza di epatite B in Italia per anni e classi di età, 1985 - 2014



HERD IMMUNITY

$$V_c \text{ (o H, Herd)} = (1 - 1 / R_0)$$

In cui:

V_c (o H)= Proporzione della popolazione che deve essere vaccinata in modo da raggiungere una soglia di immunità di gregge, assumendo che la vaccinazione avvenga a caso in una popolazione omogenea

R_0 = Numero di riproduzione di base, cioè il numero di casi secondari generati da un tipico soggetto infettato e infettante quando il resto della popolazione è suscettibile

HERD IMMUNITY

Infection	Serial interval (range)	R_0^*	H^* (%)
Diphtheria†	2–≥30 days	6–7	85
Influenza‡	1–10 days	?	?
Malaria§	≥20 days	5–100	80–99
Measles	7–16 days	12–18	83–94
Mumps	8–32 days	4–7	75–86
Pertussis¶	5–35 days	12–17	92–94
Polio#	2–45 days	5–7	80–86
Rubella	7–28 days	6–7	83–85
Smallpox	9–45 days	5–7	80–85
Tetanus	NA*	NA	NA
Tuberculosis**	Months–years	?	?

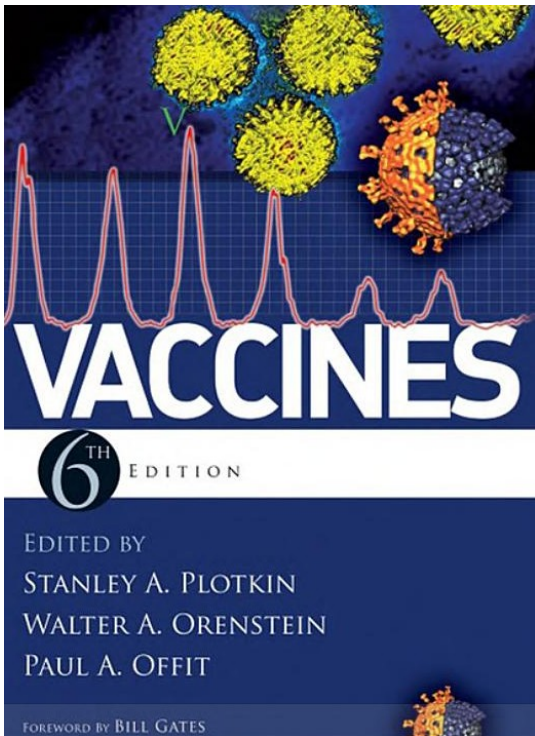
HERD IMMUNITY

Table 5.1 Approximate estimates of the vaccination coverage (the degree of herd immunity) required to eradicate a variety of viral, bacterial, and protozoan infections in developed and developing countries (eqn (5.2) in the main text)

Infectious disease	Critical proportions (p_c) of the population to be immunized for eradication
Malaria (<i>P. falciparum</i> in a hyperendemic region)	99%
Measles	90–95%
Whooping cough (pertussis)	90–95%
Fifth disease (human parvovirus infection)	90–95%
Chicken pox	85–90%
Mumps	85–90%
Rubella	82–87%
Poliomyelitis	82–87%
Diphtheria	82–87%
Scarlet fever	82–87%
Smallpox	70–80%

Anderson & May (1991)

HERD IMMUNITY NEI PAESI OCCIDENTALI



Infection	Basic reproduction number (R_0)	Crude herd immunity threshold, H (%)
Diphtheria	6-7	83-85
Influenza [†]	1.4-4	30-75
Measles [†]	12-18	92-94
Mumps	4-7	75-88
Pertussis	5-17	82-94
Polio ^{††}	2-20	50-95
Rubella	6-7	83-85
Smallpox	5-7	80-85
Tetanus	Not applicable	Not applicable
Tuberculosis [†]	?	?
Varicella ^{**}	8-10?	?



I vaccini come strumento di prevenzione

Stefania Salmaso

Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute
Istituto Superiore di Sanità

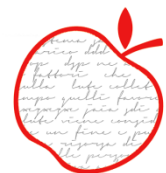
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Coperture vaccinali critiche

Morbillo	95%
Poliomielite	80-86%
Parotite	75-86%
Difterite	85%
Rosolia	83-85%
Vaiolo	80-85%
Hib	70%

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute



assis
associazione di studi e
informazione sulla salute

EFFETTO GREGGE

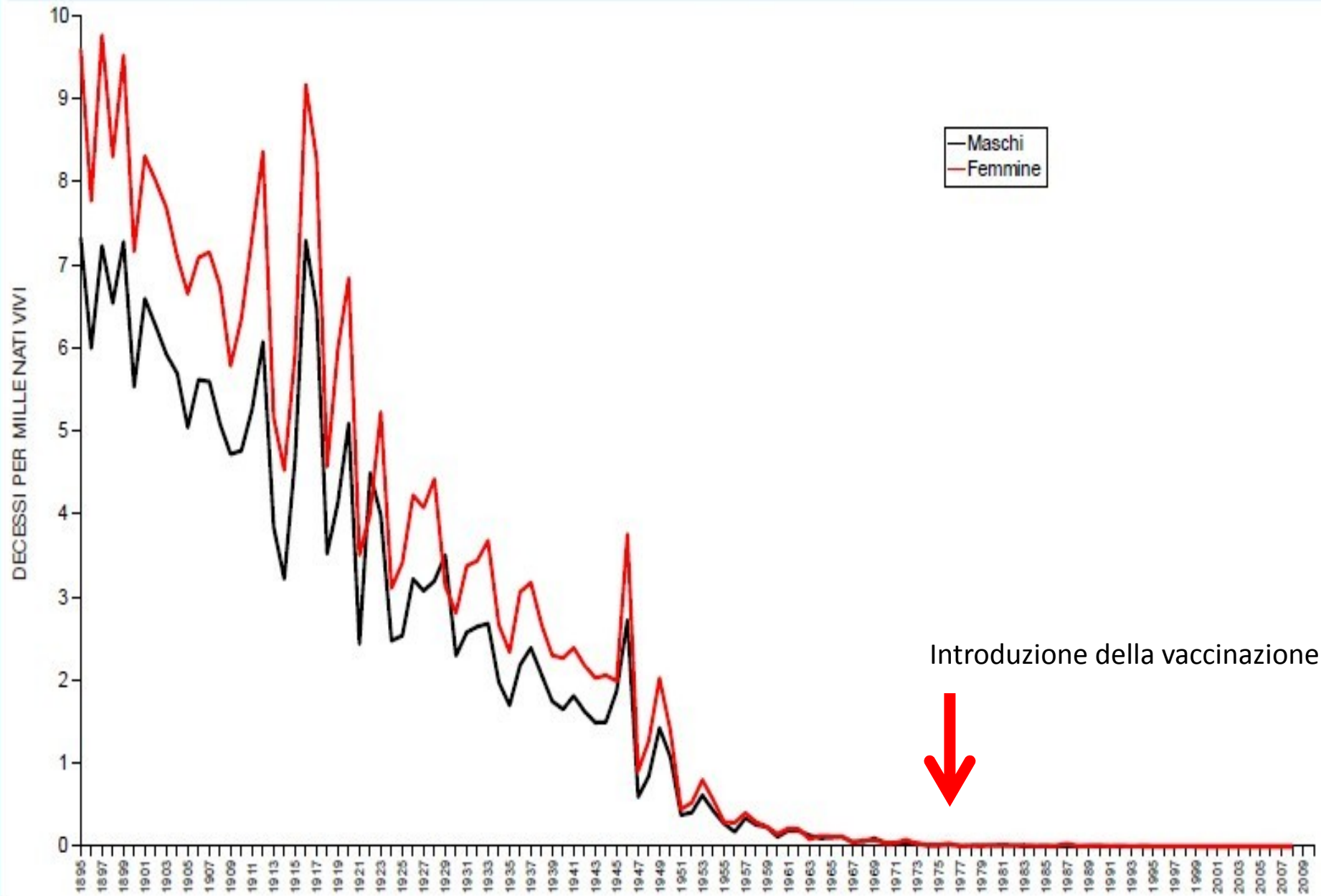
Misura la riduzione dell'incidenza di infezione o malattia nel segmento non vaccinato di una popolazione in cui è istituito un programma di immunizzazione.

Tale “effetto” dipende

- **dalla copertura vaccinale**
- **dall'efficacia del vaccino**
- **dall'incidenza reale della malattia**
- **dall'omogeneità di distribuzione dei vaccinati**
- **dalla patogenicità e virulenza del microrganismo**
- **dai serbatoi naturali**
- **dai movimenti della popolazione in un certo territorio.**

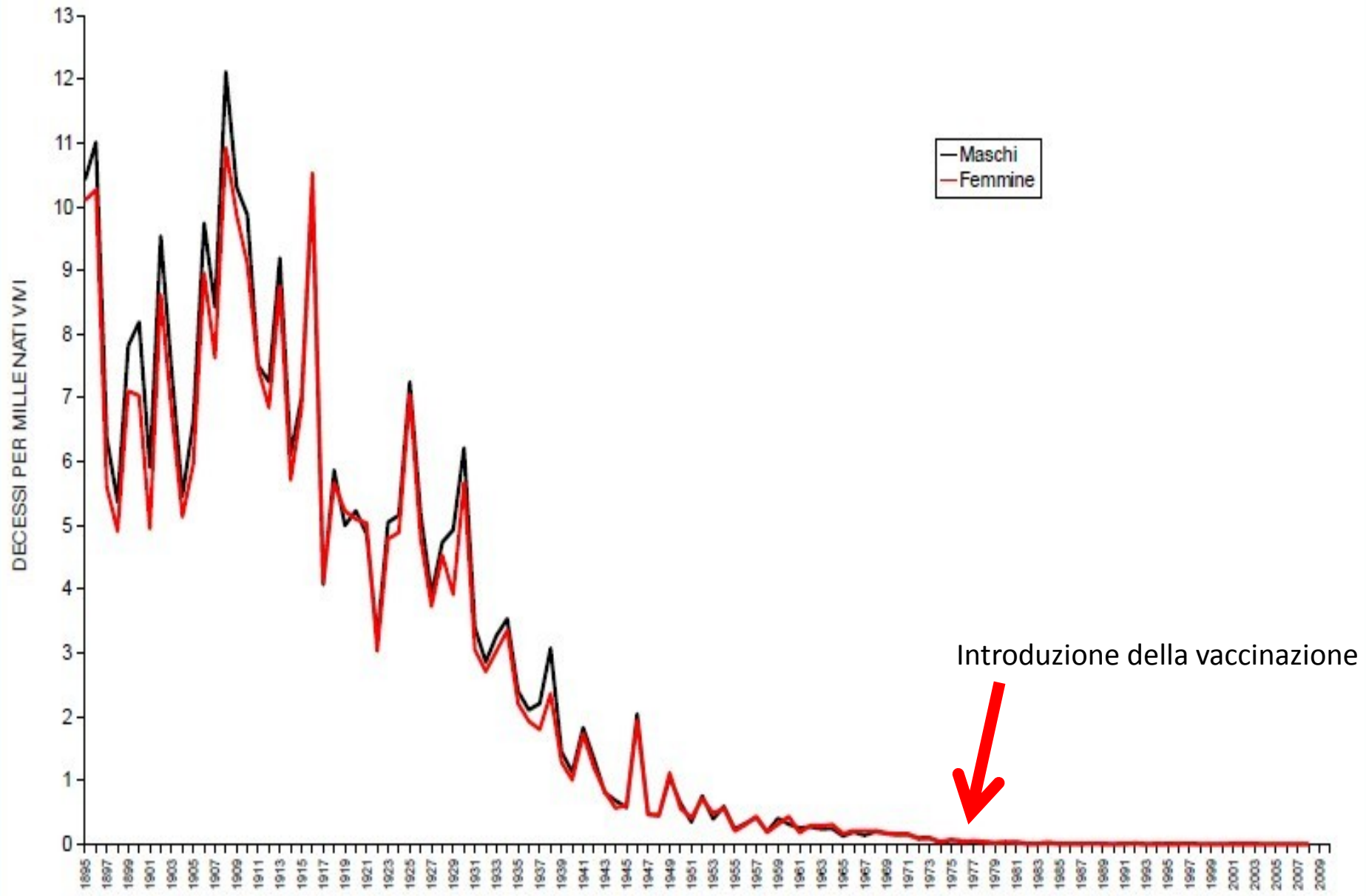
Questi parametri possono variare geograficamente e cronologicamente.

Grafico 6. Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Pertosse



Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

Grafico 10. Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Morbillo



Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide

FE Andre,^a R Booy,^b HL Bock,^c J Clemens,^d SK Datta,^c TJ John,^e BW Lee,^f S Lolekha,^g H Peltola,^h TA Ruff,ⁱ M Santosham^j & HJ Schmitt^k

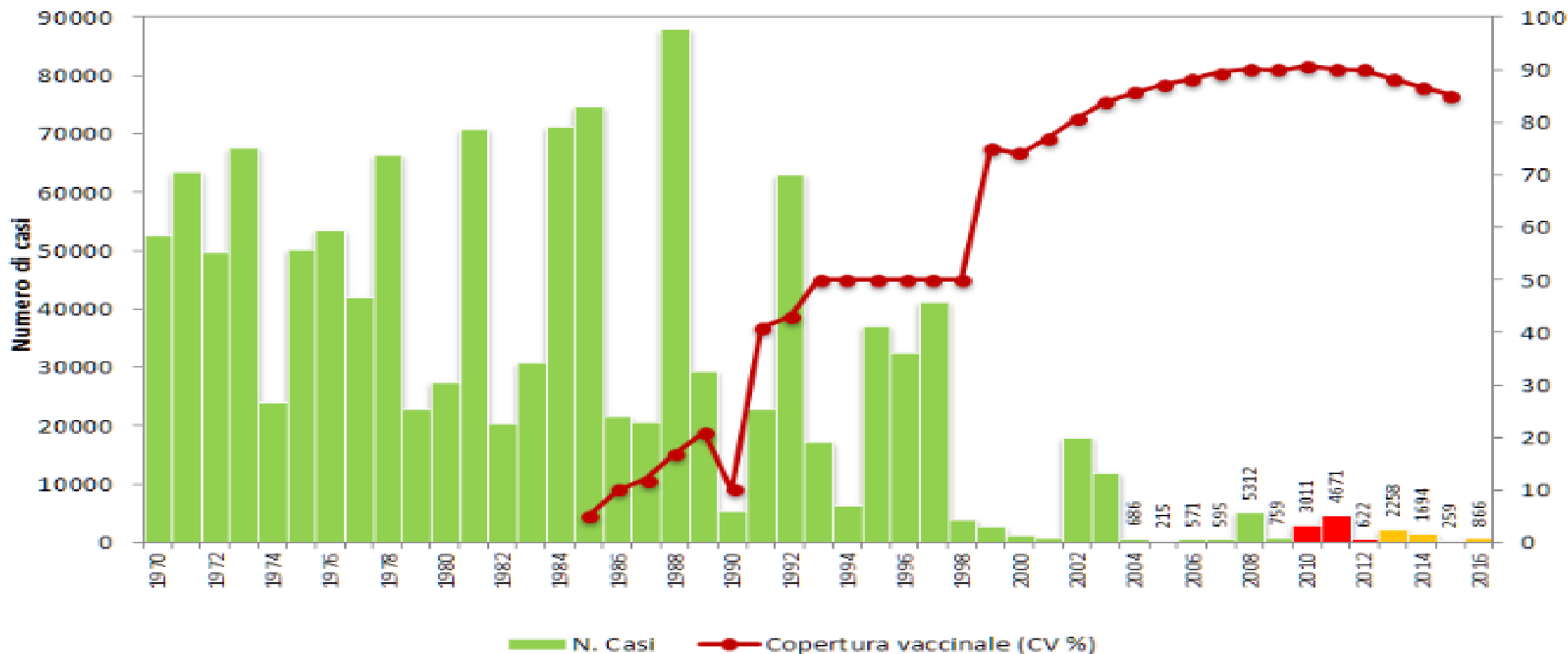
Abstract In low-income countries, infectious diseases still account for a large proportion of deaths, highlighting health inequities largely caused by economic differences. Vaccination can cut health-care costs and reduce these inequities. Disease control, elimination or eradication can save billions of US dollars for communities and countries. Vaccines have lowered the incidence of hepatocellular carcinoma and will control cervical cancer. Travellers can be protected against “exotic” diseases by appropriate vaccination. Vaccines are considered indispensable against bioterrorism. They can combat resistance to antibiotics in some pathogens. Noncommunicable diseases, such as ischaemic heart disease, could also be reduced by influenza vaccination.

Immunization programmes have improved the primary care infrastructure in developing countries, lowered mortality in childhood and empowered women to better plan their families, with consequent health, social and economic benefits.

Vaccination helps economic growth everywhere, because of lower morbidity and mortality. The annual return on investment in vaccination has been calculated to be between 12% and 18%. Vaccination leads to increased life expectancy. Long healthy lives are now recognized as a prerequisite for wealth, and wealth promotes health. Vaccines are thus efficient tools to reduce disparities in wealth and inequities in health.

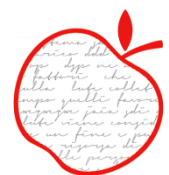
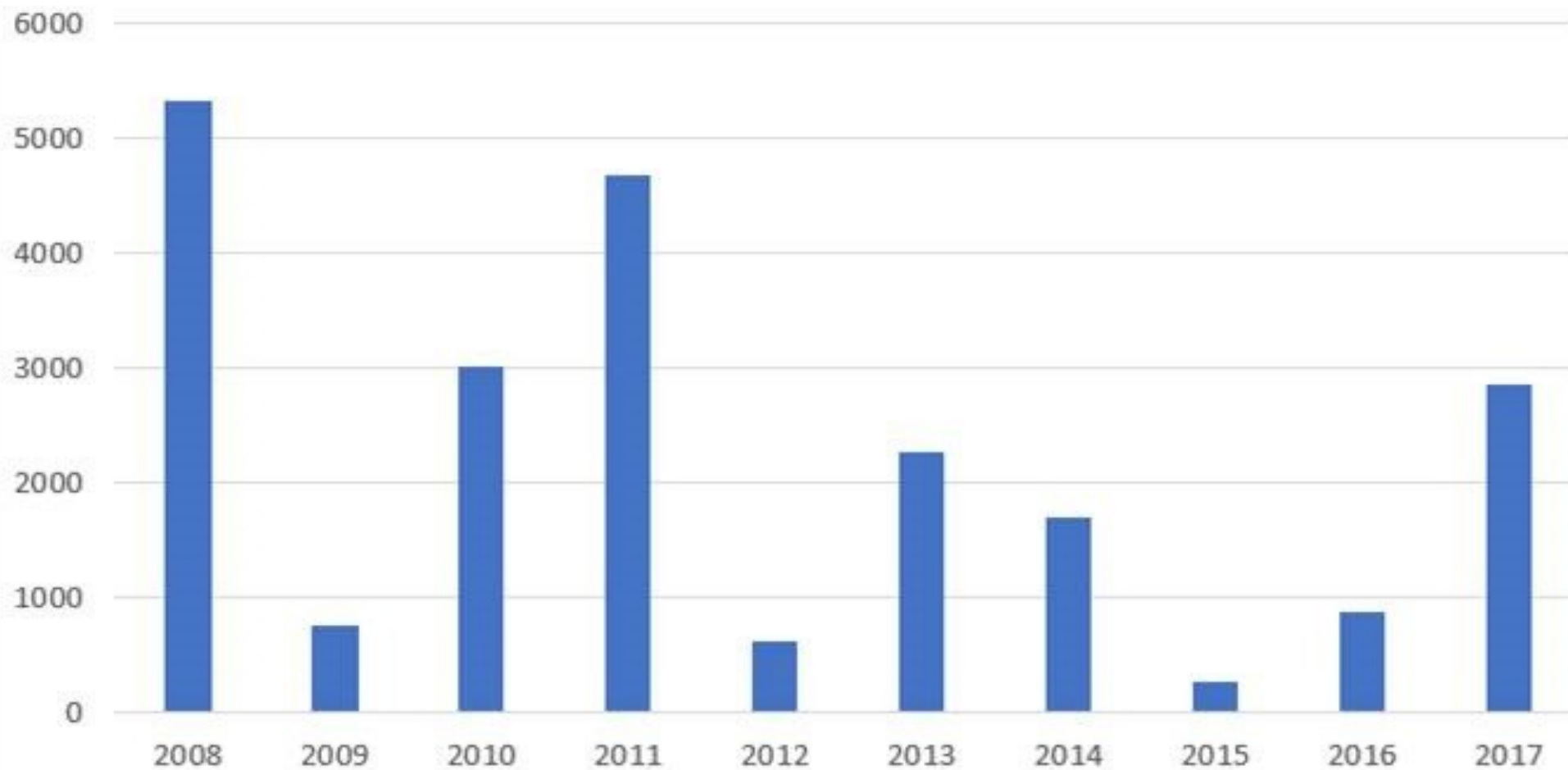
The coverage rate necessary to stop transmission depends on the basic reproduction number (R_0), defined as the average number of transmissions expected from a single primary case introduced into a totally susceptible population.³⁴ Diseases with high R_0 (e.g. measles) require higher coverage to attain herd protection than a disease with a lower R_0 (e.g. rubella, polio and Hib).

Figura 1. N. casi di morbillo notificati per anno e coperture vaccinali per una dose di vaccino antimorbillo a 24 mesi. Italia, 1970-2016



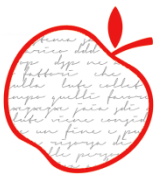
- Fonte: ministero della Salute, notifiche obbligatorie (1970-2007)
- Fonte: Iss, sorveglianza speciale del morbillo (2008-2012)
- Fonte: Iss, sorveglianza integrata morbillo-rosolia (2013 – 2016)

Morbillo 2008-2017



DISPONIBILITA' DI VACCINI SINGOLI

Aumenterebbe significativamente la copertura vaccinale contro il morbillo se fosse disponibile il vaccino singolo?



DISPONIBILITA' DI VACCINI SINGOLI

Il recupero dei non vaccinati o dei vaccinati parzialmente, a cura delle ASL competenti, necessita di una valutazione da parte del sanitario, che dovrà, in particolare, tenere in considerazione diversi elementi, quali: vaccini e numero di dosi già somministrati, età del minore, numero di dosi necessarie a completare ciascun ciclo a seconda dell'età e della presenza di eventuali condizioni cliniche, intervallo tra le dosi raccomandato in scheda tecnica e tra vaccini diversi, esistenza di prodotti combinati, possibilità di associare nella stessa seduta più vaccini.

(Circolare del Ministero della salute)

Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2016 (coorte 2014)
Coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene)

REGIONE/P.A.	POL	DIF	TET	PER	EP B	HIB	MOR	PAR	ROS	VAR	Men C	PNC	EP A	ROTA	Men B	Men ACYW
Piemonte	95,13	95,14	95,44	95,12	94,72	94,33	91,06	91,06	91,06	1,86	89,33	91,84	0,87	6,39	0,00	0,00
Valle d'Aosta	90,86	90,77	91,32	90,77	90,67	90,86	83,38	82,92	83,10	0,74	84,67	87,35	0,18	0,00	0,28	0,09
Lombardia	92,80	94,23	94,42	94,22	91,85	92,90	93,40	93,27	93,33	n.d.	88,24	85,72	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Prov. Aut. Bolzano	85,05	85,25	85,34	85,20	84,93	84,84	67,52	67,43	67,45	5,83	63,24	80,51	1,50	0,91	0,09	0,05
Prv. Aut. Trento	92,98	92,87	93,26	92,83	92,61	92,38	87,43	87,25	87,31	51,02	86,03	89,24	2,07	0,00	0,21	0,92
Veneto	91,97	91,99	92,46	92,00	91,40	91,26	89,19	89,07	89,14	85,53	90,64	84,46	11,72	2,53	7,28	88,97
Friuli-Venezia Giulia	89,42	89,31	89,76	89,31	88,74	88,66	83,24	83,13	83,19	74,51	85,41	81,40	0,71	2,01	0,00	1,69
Liguria	94,33	94,32	94,38	94,28	94,17	93,67	82,15	82,06	82,11	48,74	77,57	91,79	3,26	16,76	20,75	8,81
Emilia-Romagna	93,26	93,09	93,48	93,08	92,73	92,23	87,47	87,25	87,34	1,35	87,72	90,58	3,37	3,76	0,69	31,42
Toscana	94,37	94,41	94,61	94,41	94,09	93,96	89,38	89,30	89,35	75,28	90,66	88,97	0,87	8,14	54,76	16,28
Umbria	94,54	94,46	94,59	94,46	93,96	94,27	89,86	89,83	88,42	0,93	89,19	91,55	0,19	0,00	1,15	0,14
Marche	92,35	92,25	92,63	92,24	92,04	91,77	83,04	83,00	83,01	36,63	80,76	89,42	0,98	0,53	4,48	1,45
Lazio	96,86	96,83	96,84	96,83	96,72	96,69	87,94	87,94	87,94	9,35	81,11	93,81	0,22	7,01	21,62	28,45
Abruzzo	97,10	97,06	97,07	97,05	97,04	97,03	87,56	87,56	87,56	12,21	62,57	89,32	0,30	0,52	8,97	9,39
Molise	97,30	97,30	97,30	97,30	97,30	97,30	73,51	73,51	73,51	49,98	71,70	91,45	0,00	0,00	0,00	1,97
Campania	92,71	92,71	92,71	92,71	92,72	92,68	83,87	83,87	83,64	44,50	60,99	82,09	0,02	0,33	0,97	2,16
Puglia	93,34	93,32	93,34	93,32	93,35	93,29	85,88	85,88	85,88	82,37	78,64	91,44	60,54	21,12	57,84	0,06
Basilicata	97,35	97,35	97,35	97,35	97,35	97,35	90,56	90,56	90,56	82,55	88,06	97,00	0,00	1,35	68,16	0,00
Calabria	95,84	95,84	95,84	95,84	95,84	95,75	86,49	86,49	86,49	64,47	70,74	90,01	0,39	14,64	10,74	19,77
Sicilia	91,63	91,63	91,63	91,63	91,63	91,62	81,11	81,10	81,11	78,28	67,23	88,54	0,01	45,06	9,03	4,64
Sardegna	95,66	95,63	95,64	95,61	95,63	95,60	90,29	90,29	90,27	77,91	87,87	94,21	0,05	13,55	3,34	0,03
Italia	93,33	93,56	93,72	93,55	92,98	93,05	87,26	87,20	87,19	46,06	80,67	88,35	6,58	10,55	14,72	18,28

Legenda:

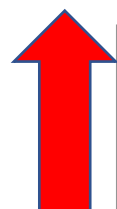
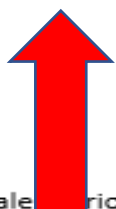
(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età

(c) 1a dose entro 24 mesi

(d) Ciclo completo secondo il prodotto o il calendario

n.d. Non disponibile



POL	Polio(a)	ROS	Rosolia (c)
DIF	Difterite (a)	VAR	Varicella (c)
TET	Tetano (a)	Men C	Meningococco C coniugato (b)
PER	Pertosse (a)	PNC	Pneumococco coniugato (b)
EP B	Epatite B(a)	EP A	Epatite A (d)
HIB	Hib(b)	ROTA	Rotavirus (d)
MOR	Morbillo(c)	Men B	Meningococco B (d)
PAR	Parotite (c)	Men ACYW	Meningococco ACYW coniugato (c)

Fonte: Dati comunicati dalle regioni

Elaborazioni: Ufficio 5, Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale. DG Prevenzione Sanitaria, MINISTERO della SALUTE

Aggiornamento 5 giugno 2017



Vaccine_ 1987 Sep;5(3):211-4. Prevalence of hyperimmunization against tetanus in a national sample of 18-26 year old immune subjects in Italy

Prevalenza di Iper-immunizzazione contro il tetano in un campione nazionale di soggetti immuni di 18-26 anni in Italia

Wirz M, Gentili G, Rosmini F, Collotti C, Paná A Terzi I, Conti S, Pasquini P.

Laboratorio di Immunologia, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia.

Prevalenza di iperimmunizzazione per il tetano è stata stimata tra i 3.217 soggetti ed è pari a circa **11%**. Iperimmunizzazione è stata associata con l'età, l'area di residenza e la disponibilità di assistenza sanitaria.

La politica di vaccinazione per quanto riguarda le dosi di richiamo dovrebbe essere basata su elementi di fatto e non su rigide raccomandazioni



Infection. 1993 Mar-Apr;21(2):80-2 Prevalence of hyperimmunization against tetanus in Italians born after the introduction of mandatory vaccination of children with tetanus toxoid in 1968

Prevalenza di Iper-immunizzazione contro il tetano in italiani nati dopo l'introduzione della vaccinazione obbligatoria dei bambini con tossoide tetanico nel 1968.

*Gentili G D'Amelio R, Wirz M Matricardi PM, Nisini R, Collotti C, Pasquini P, Stroffolini T
Laboratorio di Immunologia, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia.*

L'immunizzazione sistematica e obbligatoria dei bambini contro il tetano è stata avviata in Italia nel 1968 . La prevalenza **di Iperimmunizzazione** al tetano (**> 5 IU / ml**) in soggetti nati dopo il 1968 e risultata essere del **17,3%**. Questa cifra è significativamente più elevata ($p < 0.01$) rispetto al **10,8%** trovato in un precedente studio su soggetti nati prima del 1968.

La Somministrazione indiscriminata di dosi di vaccino **e inutili richiami** di vaccino contro il tetano in soggetti iperimmuni potrebbe causare **reazioni di ipersensibilità.**

Reazioni avverse alla vaccinazione

Anatossina: utilizzata fin dal 1936 (e dal 1953 preparata secondo le regole attuali)

Nessun caso di anafilassi direttamente attribuibile al tossoide

Incidenza correlata a diversi fattori:

- **Numero di dosi precedenti** (\uparrow reazioni locali, \downarrow reazioni sistemiche lievi)
- **Dosaggio del tossoide**
- **Modalità e sede** di somministrazione
- Presenza di **adiuvanti** o altri antigeni estranei

Reazioni locali: dolore, senso di tensione (50-80%), eritema-edema (20-30%). Da 2 a 8 ore dopo l'iniezione (48-72h in caso di reazioni tipo ritardato, da 6 h a 5 gg in caso di reazioni tipo-Arthus)

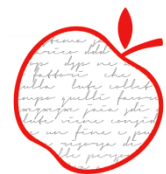
Reazioni sistemiche: febbre, astenia, agitazione, anoressia. Autolimitanti

Manifestazioni di ipotonia-iporesponsività: 1: 2.500 dosi, autorisolventisi

Complicanze neurologiche severe: convulsioni prolungate, encefalopatia, Guillan-Barrè (Rare)

Differimento vaccinale: manifestazioni neurologiche conseguenti alla somministrazione, ipersensibilità immediata (controindicazioni assolute), febbre $> 38^{\circ}\text{C}$, cortisonici ad alto dosaggio per uso sistemico, etc

NB: è fortemente raccomandato di **non indurre uno stato iperimmune** (problema: categorie lavorative per le quali la legge prevede un ciclo vaccinale completo)



DISPONIBILITA' DEI VACCINI SINGOLI

- l'effettiva disponibilità di prodotti va opportunamente commisurata all'intera offerta vaccinale proposta dal SSN in vista dell'ottimale ed efficiente perseguimento dei fini medico-sanitari, così come stabiliti dalle autorità competenti sull'auspicata base di rigorose valutazioni di policy epidemiologica e di sostenibilità economica.



CRITICITA'

- La circolare esplicativa del Ministero afferma che devono sottostare all'obbligo i bambini da 0 a 16 anni specificando tra parentesi 16 anni + 364 giorni (quindi teoricamente anche alcuni nati nel 2000) e di seguito elenca le coorti di età parte dai nati nel 2001.
- Il dato 16 anni +364 giorni contraddice la relazione tecnica che fa riferimento alla coorte di nascita dal 2001 e non ai nati precedentemente.

CRITICITA'

- Possibilità di certificazione dell'esonero per motivi di salute estesa non solo al medico curante, in ragione del principio di non discriminazione fra regime intra ed extra moenia e di più ampia tutela dell'attività medica in regime libero professionale;
- Individuazione di controlli preventivi di biocompatibilità;
- Esclusione della segnalazione automatica degli obiettori al Tribunale dei minori, limitando detta pratica ai casi di mancata allegazione delle ragioni specifiche su cui si fonda il dissenso, in seguito al colloquio con l'autorità sanitaria.

VERITA' E RISPETTO PER I PAZIENTI



BMJ 2017;356:j661 doi: 10.1136/bmj.j661 (Published 2017 February 07)

Page 1 of 2



FEATURE



MEDICINE AND THE MEDIA

Medical response to Trump requires truth seeking and respect for patients

Donald Trump's war with the media shows why medical journalists must acknowledge that not everyone thinks as they do, says **Peter Doshi**

Peter Doshi *associate editor, The BMJ*

REAZIONI AVVERSE

Come ogni farmaco anche i vaccini possono avere delle reazioni avverse.
Per ogni vaccino queste reazioni sono classificate,

secondo la tipologia, come:

- Lievi
- Moderate
- Gravi

secondo la frequenza come:

- Molto comuni (1/10)
- Comuni (1/100)
- Non Comuni (1/1.000)
- Rare (1/10.000)
- Molto rare (1/100.000)

REAZIONI AVVERSE

MMRV VACCINE SIDE-EFFECTS (MEASLES, MUMPS, RUBELLA, AND VARICELLA)

What are the risks from MMRV vaccine?

A vaccine, like any medicine, is capable of causing serious problems, such as severe allergic reactions. The risk of MMRV vaccine causing serious harm, or death, is extremely small.

Getting MMRV vaccine is much safer than getting measles, mumps, rubella, or chickenpox.

Most children who get MMRV vaccine do not have any problems with it.

Mild problems

- Fever (about 1 child out of 5).
- Mild rash (about 1 child out of 20).
- Swelling of glands in the cheeks or neck (rare).

If these problems happen, it is usually within 5-12 days after the first dose. They happen less often after the second dose.

Moderate problems

- Seizure caused by fever (about 1 child in 1,250 who get MMRV), usually 5-12 days after the first dose. *They happen less often when MMR and varicella vaccines are given at the same visit as separate shots (about 1 child in 2,500 who get these two vaccines), and rarely after a 2nd dose of MMRV.*
- Temporary low platelet count, which can cause a bleeding disorder (about 1 child out of 40,000).

Severe problems (very rare)

Several severe problems have been reported following MMR vaccine, and might also happen after MMRV. These include severe allergic reactions (fewer than 4 per million), and problems such as:

- Deafness.
- Long-term seizures, coma, lowered consciousness.
- Permanent brain damage.

Lievi

Moderate

Gravi

Home | About IAC | Contact | A-Z Index | Donate | Shop | [SUBSCRIBE](#)

For Health Professionals | For the Public | For Coalitions

Immunization Action Coalition

Handouts for Patients & Staff | Clinic Resources | Vaccine Information Statements | Diseases & Vaccines | Talking about Vaccines | Topics

Vaccine Policy and Licensing **Food and Drug Administration**

▶ IAC Home
▶ Vaccine Policy Home

ACIP Recommendations

▶ Chronological
▶ Vaccine Index
▶ Additional Information

FDA Product Approval

FDA Product Approval: Vaccine index

Adenovirus	Hepatitis B	Pneumococcal - PCV	Tdap
Anthrax	HPV	Pneumococcal - PPSV	Typhoid
BCG	Influenza	Polio - IPV	Varicella (chickenpox)
Cholera	Japanese encephalitis	Rabies	Yellow fever
DT	Measles	Rotavirus	Zoster (shingles)
DTaP	Meningococcal ACWY	Rubella	
Hib	Meningococcal B	Smallpox	
Hepatitis A	Mumps	Td	

FDA Food and Drug administration

I vaccini possono causare reazioni avverse che possono essere comuni, non comuni o rare e non confermate ma possibili

<http://www.immunize.org/fda/>

[Basics](#)[Diseases](#)[Who & When](#)[Getting Vaccinated](#)[Travel](#)[More Info](#)[Home](#) > [Basics](#) > [Safety](#) > Possible Side Effects

Safety

- Be Informed
- Possible Side Effects
- What's in Vaccines
- Who Should and Should Not be Vaccinated

Effectiveness

Prevention

Protection

How Vaccines Work

Types of Vaccines

Text Size: [A](#) [A](#) [A](#)

Possible Side-effects from Vaccines

ON THIS PAGE

- [Adenovirus](#)
- [Anthrax](#)
- [DTaP](#)
- [Hepatitis A](#)
- [Hepatitis B](#)
- [Hib \(*Haemophilus influenzae* type b\)](#)
- [HPV \(Gardasil-9\)](#)
- [HPV \(Gardasil\)](#)



REAZIONI AVVERSE E D.L. 73/2017

L'aspettativa dei nuovi nati secondo l'ISTAT per il 2017 è di 475000 bambini

Secondo il DL i nati dal 2017 in poi dovranno rispettare il Calendario vaccinale quindi dovranno fare, oltre alle 4 vaccinazioni già obbligatorie, anche anti-morbillo, anti-parotite, anti-rosolia, anti-pertosse, anti-Haemophilus influenza tipo B, anti-meningococcica C, anti-meningococcica B e anti-varicella.

Un bambino a 15 mesi di vita avrà fatto:

3 dosi di Esavalente + 1 Mprv + 4 per Meningococco B + 1 per Meningococco C

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								
Hib		Hib		Hib			Hib								
Pneumococco		PCV		PCV			PCV						PCV+PPSV		
MPRV									MPRV		MPRV				
MPR											oppure MPR + V				
Varicella											oppure MPR + V				
Meningococco C									Men C ^s			Men ACWY coniugato			
Meningococco B [^]		Men B	Men B		Men B			Men B							
HPV												HPV ^o : 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)			
Influenza													1 dose all'anno		
Herpes Zoster													1 dose#		
Rotavirus		Rotavirus## (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)													
Epatite A															

Se consideriamo la frequenza delle reazioni avverse riportate nelle schede tecniche di ciascuno di questi vaccini, otteniamo che l'applicazione del Decreto potrà causare tra i nuovi nati del 2017 un totale di

2.074.800 reazioni avverse

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E RACCOMANDATE IN 29 PAESI EUROPEI

IN 15 PAESI
NON C'È ALCUN
VACCINO OBBLIGA-
TORIO:

Portogallo, Spagna,
Irlanda, Islanda,
Regno Unito, Olanda,
Germania, Au-
stria, Danimarca,
Finlandia, Svezia,
Estonia, Lituania,
Cipro, Lussemburgo

