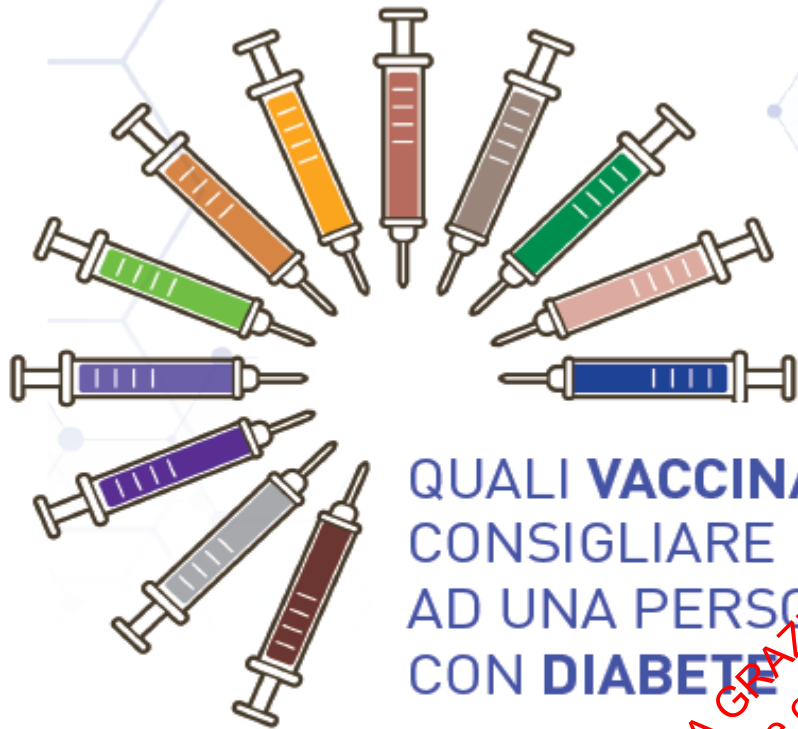




**QUALI VACCINAZIONI
CONSIGLIARE
AD UNA PERSONA
CON DIABETE**

ROMA | 4 OTTOBRE 2022 | STARRHOTELS METROPOLE

con la collaborazione scientifica di

**Vaccinazione malattie
invasive batteriche
meningococciche**
Maria Grazia Santini

A
re

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

DICHIARAZIONE

Dichiaro di non aver ricevuto negli ultimi due anni alcun finanziamento da aziende farmaceutiche o diagnostiche

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

IL PATOGENO: NEISSERIA MENINGITIDIS

Classificazione



- Presenti 12 sierogruppi distinti in base alla capsula polisaccaridica
- Più del **90%** dei casi di malattia invasiva son causati da 5 sierogruppi:

A, B, C, Y and W

CASO TOSCANA

Anni 2015-2016



Il caso Toscana, si è caratterizzato per un'ampia diffusione del batterio meningococco C (MenC), ed in particolare

ceppo iper-virulento ed iper-trasmissibile ST -11

61 casi di meningite e/o sepsi da meningococco con 13 decessi (letalità: 21,3%).



Casi di meningococco in Toscana
nel 2000-2014

Soprattutto di **tipo B**, stabili e con **incidenza bassa**:
0,1 casi ogni 100mila abitanti (a parte un eccesso di
casi nel 2004-2005, come in tutte le regioni italiane)



Casi nel 2015-2016

Soprattutto di **tipo C**, ceppo **ST11** (ipervirulento e iper-
trasmissibile), diffusi in maniera anomala fra gli adulti
(Invece che fra bambini e adolescenti). In questo biennio
proviene **dalla Toscana il 50% dei casi** di malattia da
MenC in Italia

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale scrivere a siditalia@siditalia.it

Indagine sui portatori sani

Risultati

Sul campione indagato la **prevalenza totale di portatori sani** (cioè mettendo insieme tutti i sierotipi di meningococco rilevati) è risultata pari al **2,5%** (58 casi totali). La **maggior parte dei positivi** era portatore del **sierotipo B** (37 casi = 1,6%); seguono Y (n=11 casi; 0,5%), **C** (n=4 casi; 0,2%), E (n=3 casi; 0,1%) e Z (n=1 caso; 0,04%). Per 2 portatori non è stato possibile effettuare la tipizzazione.

Portatori sani per fascia di età

11 - 19 anni

principale sierotipo: **B** 21 casi @ 1,9%
altri sierotipi: **Y** 8 casi @ 0,7% **C** 8 casi @ 0,4%
E 2 casi @ 0,2% **Z** 1 caso @ 0,1%
non tip 2
totale: 38 casi @ 3,5%

20 - 44 anni

principale sierotipo: **B** 16 casi @ 1,3%
altri sierotipi: **Y** 3 casi @ 0,5%
E 1 caso @ 0,2%
non tip 2
totale: 20 casi @ 1,7%

Portatori sani per ex AUSL

Empoli

20 (3,4%)
B @ 10 (1,7%)
C @ 3 (0,7%)
Y @ 4 (0,7%)
Z @ 1 (0,2%)
E @ 1 (0,2%)
non tip @ 1 (0,2%)

Grosseto

11 (1,8%)
B @ 6 (1%)
C @ 1 (0,2%)
Y @ 3 (0,5%)
E @ 1 (0,2%)

Siena

15 (3%)
B @ 11 (1,7%)
Y @ 4 (0,8%)

Firenze

12 (2%)
B @ 10 (1,7%)
E @ 1 (0,2%)
non tip @ 1 (0,2%)

Indagine sui portatori sani

Conclusioni

Lo studio ha rilevato una **bassa prevalenza di portatori sani di meningococco C: 0,2%**. Il dato è in linea con quanto riportato in letteratura da simili recenti studi condotti a seguito di importanti incrementi di casi di meningococco C: 0.2% in San Salvador (Brasile), 0.3% in uno studio multicentrico condotto in Inghilterra, 1.3% in Galicia (Spagna), 1% in Olanda, 1% Danimarca.

Questo non significa che la prevalenza di portatori di meningococco C sia bassa: c'è invece **un'intrinseca difficoltà nell'individuare i portatori sani di meningococco C a causa delle caratteristiche di questo sierotipo**. Come riportato in letteratura, in particolare il sierotipo C-ST11 si caratterizza per una breve durata dello stato di portatore, oltre che per un alto tasso di trasmissibilità (che bilancia la sua incapacità di creare un rapporto commensale duraturo con l'organismo ospite).

VACCINAZIONE

unica arma di prevenzione
ad oggi disponibile

La **vaccinazione** rappresenta ad oggi l'unica arma a disposizione per interrompere la catena dei portatori e quindi dei casi. L'utilizzo massivo di **profilassi antibiotica a tutta la popolazione è invece un intervento sconsigliato** dagli *US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* perché si potrebbero creare ceppi di meningococco farmaco-resistenti.

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it



Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

SURVEILLANCE REPORT

Invasive meningococcal disease

Annual Epidemiological Report for 2018

Key facts

- In 2018, 3 233 confirmed cases of invasive meningococcal disease (IMD), including 324 deaths, were reported in 30 European Union/European Economic Area (EU/EEA) Member States.
- France, Germany, Spain, and the United Kingdom accounted for 59% of all confirmed cases in 2018.
- The notification rate of IMD was 0.6 cases per 100 000 population, similar to the 2015-2017 period.
- Age-specific rates were highest in infants, followed by 1-4-year-olds, with a second peak in 15-24-year-olds.
- Serogroup B remains the major cause of IMD. It caused 51% of cases overall and was the dominating serogroup in all age groups below 65 years. Incidence remained stable between 2014 and 2018.
- The incidence of serogroups W and Y has been increasing. Serogroup W is now the second cause of IMD reported in 18% of cases.
- The continued strengthening of disease surveillance for IMD is essential to evaluate the impact of ongoing immunisation programmes and support decision-makers concerning vaccination strategies.

Methods

This report is based on data for 2018 retrieved from The European Surveillance System (TESSy) on 11 August 2020. TESSy is a system for the collection, analysis and dissemination of data on communicable diseases.

For a detailed description of methods used to produce this report, refer to the *Methods* chapter [1].

An overview of the national surveillance systems is available online [2].

Additional data on this disease are accessible from ECDC's online *Surveillance atlas of infectious diseases* [3].

Thirty EU/EEA Member States reported data on invasive meningococcal disease (IMD) to ECDC. The majority of Member States used the EU case definition (Commission Implementing Decision 2015/506/EU of 18 August 2015 of the European Parliament and of the Council) or a case definition compatible with the EU case definition for confirmed cases [2]. The majority of Member States reported data from comprehensive, passive surveillance systems with national coverage. Belgium reported data from a sentinel surveillance system. Bulgaria and Croatia reported aggregate data in 2018.

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Invasive meningococcal disease. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2022.

Stockholm, June 2022

© European Centre for Disease Prevention and Control, 2022. Reproduction is authorised, provided the source is acknowledged.

Sorveglianza delle Malattie Batteriche Invasive in Italia

RAPPORTO 2020

DIPARTIMENTO MALATTIE INFETTIVE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Pubblicazione: novembre 2021

Periodo di riferimento: 2018-2020

(dati aggiornati al 21 ottobre 2021)

Il tasso di notifica in Europa nel 2017 è stato di 0,6 casi per 100.000 abitanti ed è in linea con i dati degli anni precedenti Tasso di letalità 8,7%

Il tasso di notifica maggiore è stato registrato per le patologie causate dal sierogruppo B

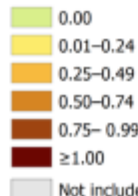
SURVEILLANCE REPORT

Annual epidemiological report for 2018

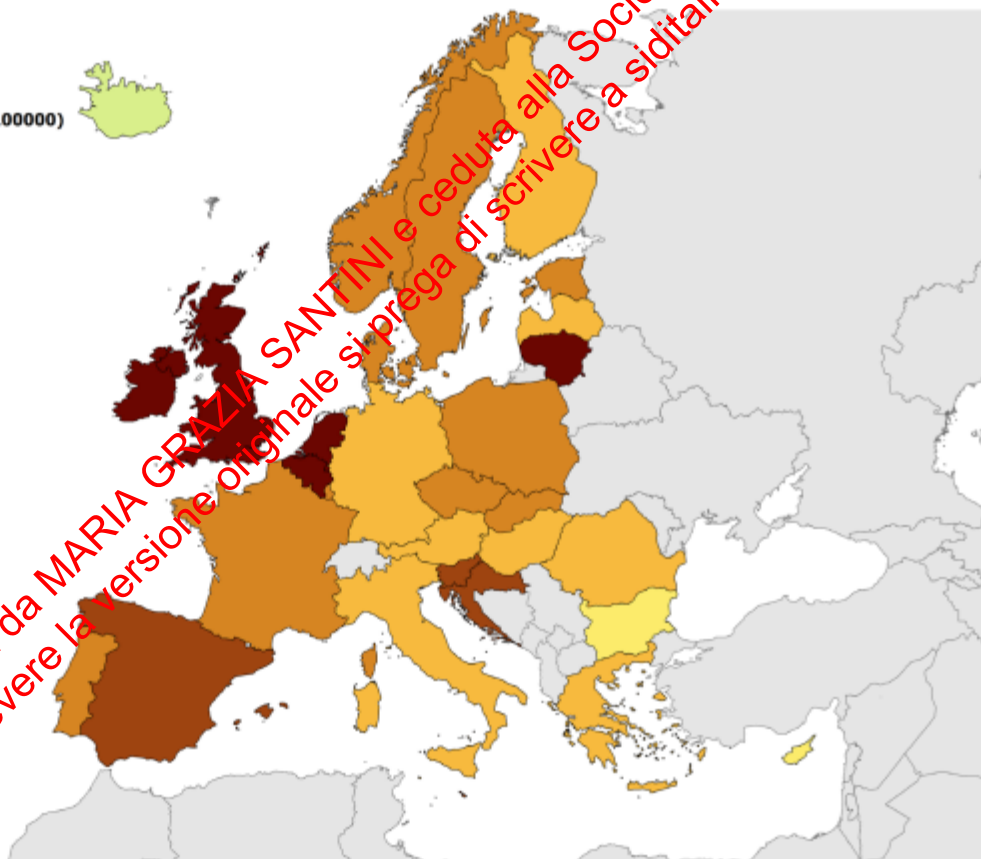
Figure 1. Distribution of confirmed invasive meningococcal disease cases per 100 000 population by country, EU/EEA, 2018



Notification rate (N/100000)



Countries not visible in the main map extent



ECDC. Map produced on: 25 Mar 2020

Source: Country reports from Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, and the United Kingdom.

Age and sex

Serogroup

Of the 3 233 confirmed IMD cases reported in 2018, 3 025 (93%) had a known serogroup. The majority belonged to serogroup B (51%), followed by serogroups W and C (18% and 15% respectively) (Table 2).

Serogroup B caused the highest proportion of cases in all age groups below 65 years and accounted for 71% of IMD in children under the age of five years, but only 25% of cases aged 65 years and above (Figure 5). Serogroup C was most prominent in 25-49-year-olds, accounting for 24% of cases in this age group. Serogroups W and Y were most prominent in those aged 65 years and above, causing 33% and 25% of IMD cases respectively in this age group.

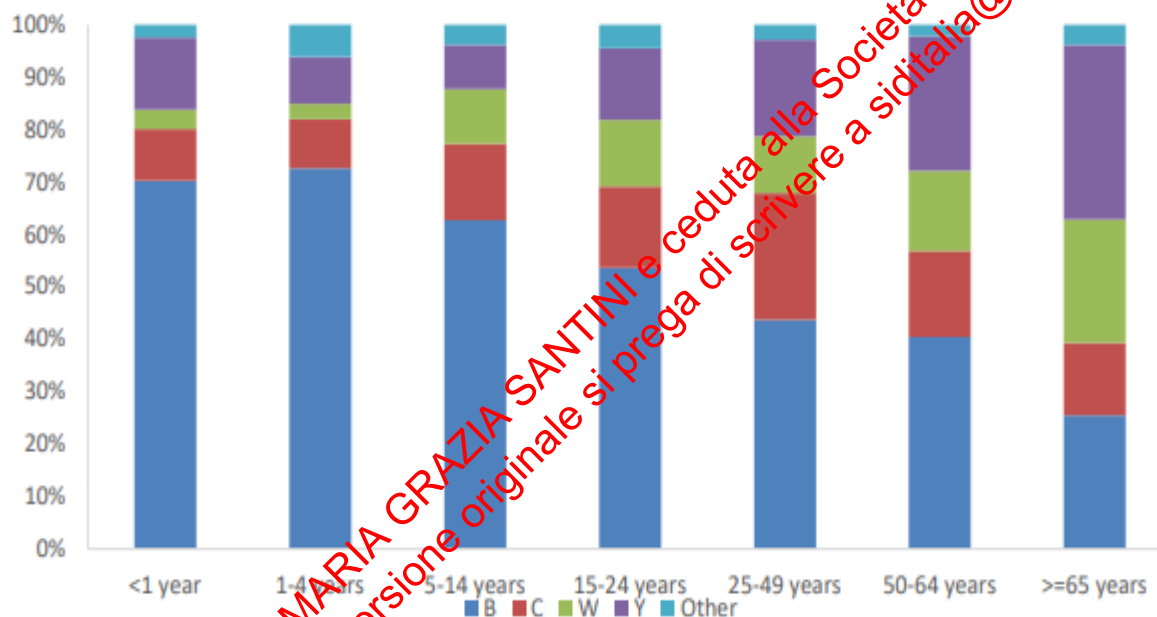
Table 2. Serogroup distribution of confirmed cases of invasive meningococcal disease, EU/EEA, 2018

Serogroup	Cases	%
B	1543	51
W	561	18
C	444	15
Y	363	12
Other	114	4
Total	3025	100

'Other' refers to all cases reported as serogroups A, X, Z, 29E, non-groupable or 'other'.

Source: Country reports from Austria, Belgium, Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Malta, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, and the United Kingdom.

Figure 5. Percentage distribution of serogroup among confirmed cases of invasive meningococcal disease by age group, EU/EEA, 2018

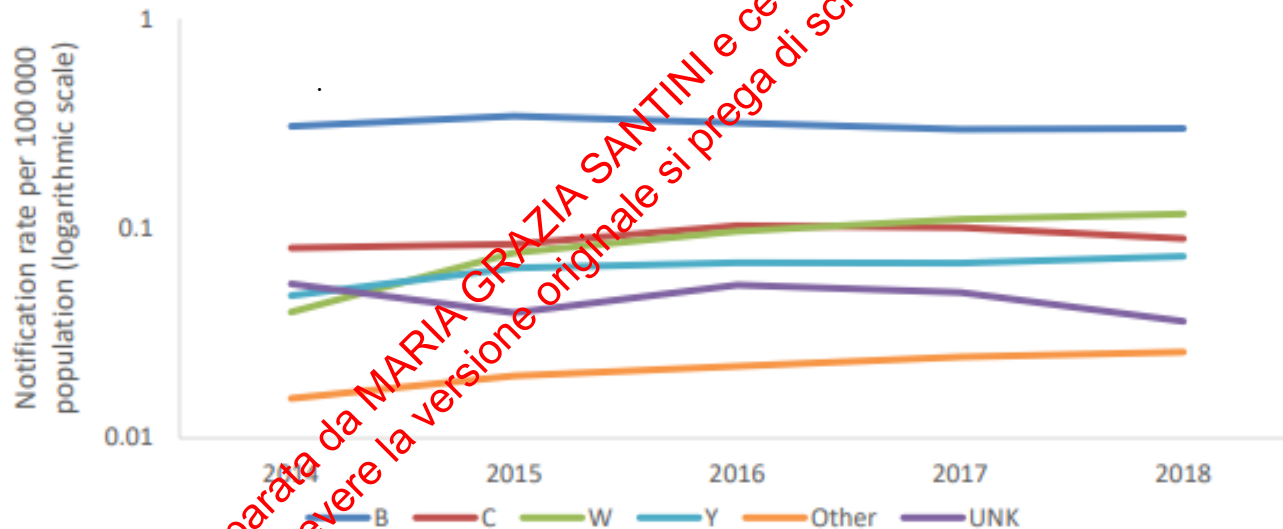


'Other' refers to all cases reported as serogroup A, X, Z, 29E, non-groupable or 'other'.

Source: Country reports from Austria, Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Malta, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, and the United Kingdom.

Dal 2014 sono in aumento i casi causati dal sierogruppo Y e W.
 Nel 2017 il sierogruppo Y ha causato il 12% dei casi confermati e
 il sierogruppo W il 17%,
 una percentuale pressochè uguale a quella dei casi da sierogruppo C, 16%

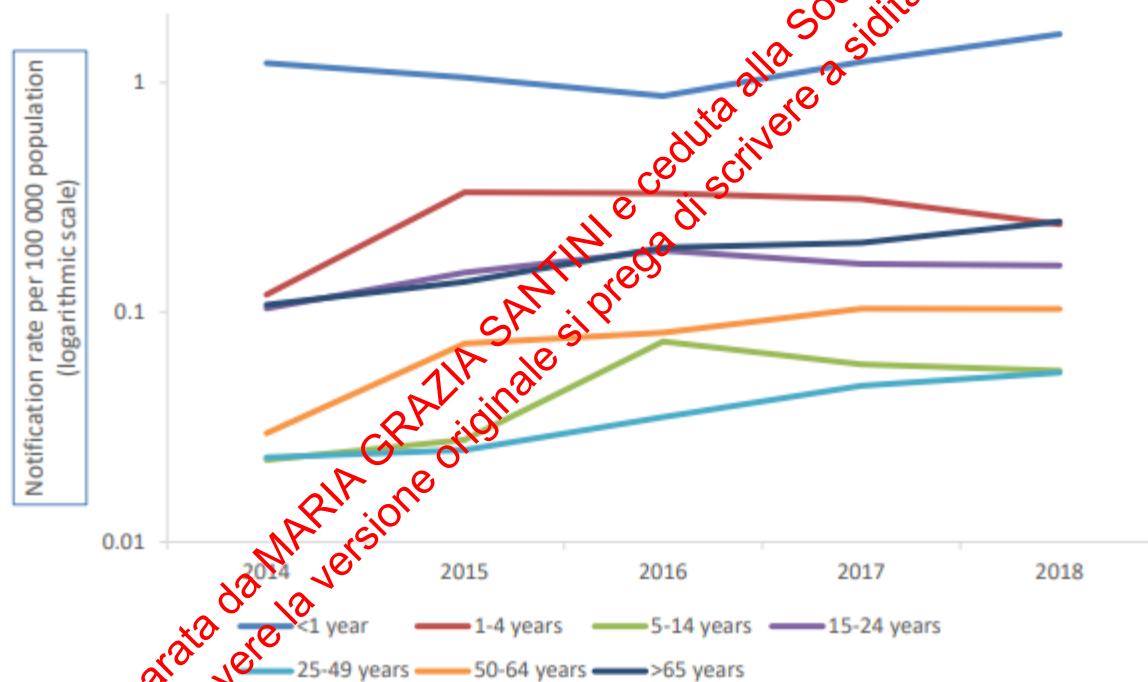
Figure 6. Notification rate of confirmed cases of invasive meningococcal disease by serogroup and year, EU/EEA, 2014–2018



'Other' refers to all cases reported as serogroup A, X, Z, 29E, non-groupable or 'other'.

Source: Country reports from Austria, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Malta, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, and the United Kingdom.

Figure 7. Notification rate of confirmed cases of invasive meningococcal disease caused by serogroup W by age group and year, EU/EEA, 2014–2018

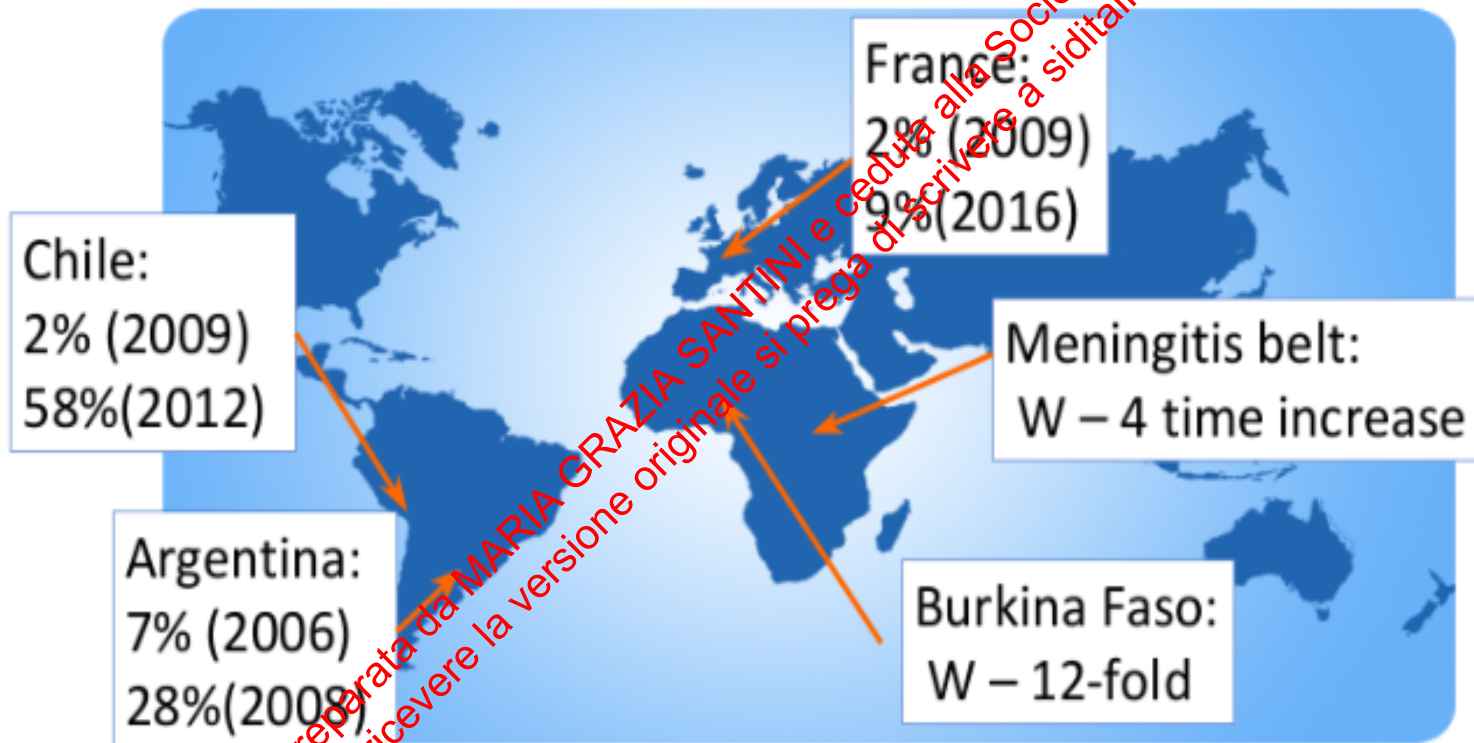


Source: Country reports from Austria, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Malta, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, and the United Kingdom.

Recent changes in the epidemiology of *Neisseria meningitidis* serogroup W across the world, current vaccination policy choices and possible future strategies

Robert Booy^{a,b}, Angela Gentile^c, Michael Nissen^d, Jane Whelan^e, and Véronique Abithy^f

HUMAN VACCINES & IMMUNOTHERAPEUTICS 2019, VOL. 19, NO. 2, 470–480



Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Societa Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Increase of invasive meningococcal serogroup W disease in Europe, 2013 to 2017

Krone M et al., Euro Surveill. 2019; 24 (14):pii=1800245
doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.14.1800245

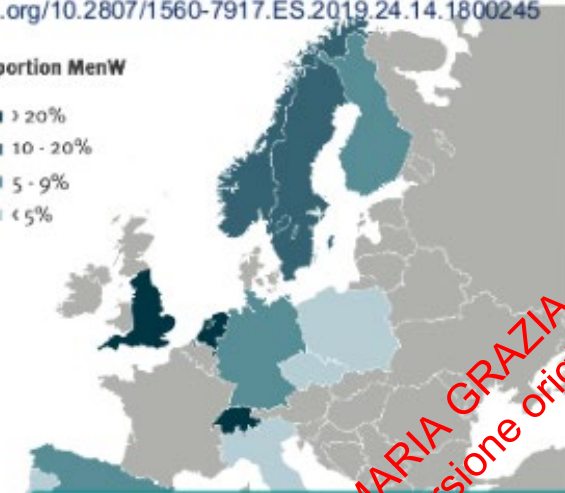


Proporzione di casi di IMD dovuti a MenW in 13 paesi europei, 2013–2017

Krone M et al., Euro Surveill. 2019; 24 (14):pii=1800245
doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.14.1800245

Proportion MenW

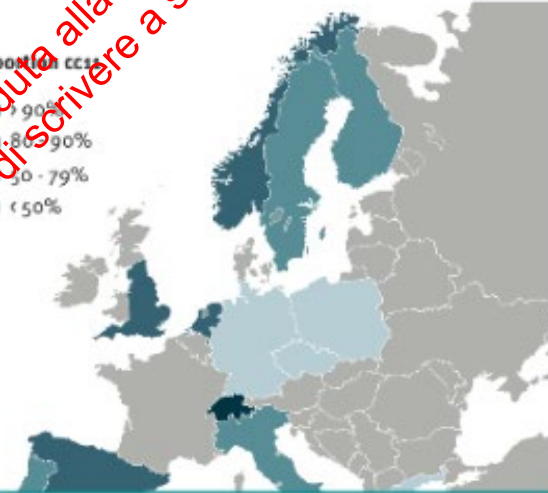
- > 20%
- 10 - 20%
- 5 - 9%
- ≤ 5%



Proporzione di casi di IMD dovuti al clonal complex 11 in 13 paesi europei, 2013–2017

Proportion cc11

- > 90%
- 80 - 90%
- 50 - 79%
- ≤ 50%



I dati dimostrano un preoccupante trend in aumento dell'incidenza di MenW in numerosi paesi europei

.....Per contestare l'andamento bisognerà prendere in considerazione la revisione dei calendari vaccinali in ciascun singolo paese.

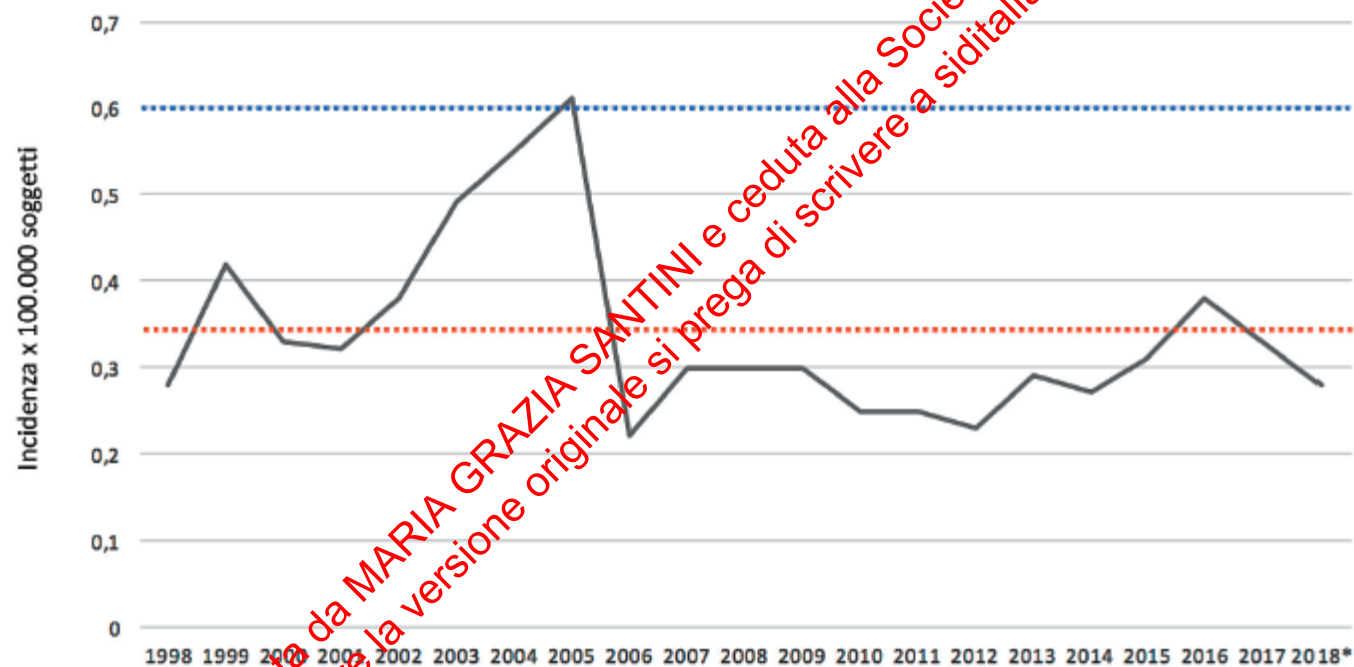
Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Sistemi di sorveglianza in Italia



- **DAL 1994** In Italia la sorveglianza della malattia meningococcica
- e condotta **dall'Istituto Superiore di Sanita,**
- insieme alla sorveglianza delle altre malattie batteriche invasive (MaBI, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* type B).
-
- Uno studio di Martinelli et al., considerando 3 differenti sistemi di sorveglianza a livello nazionale
- 1) Sistema di notifica obbligatoria,
- 2) MaBI, e
- 3) consultazione DRG)
-
- **Ha evidenziato nel periodo tra il 2001 e il 2013 una sottostima di malattia meningococcica pari a circa 28 casi/anno**
- È responsabilità esclusiva del **servizio di igiene pubblica** convertire la "segnalazione" in "notifica", dopo aver effettuato le indagini epidemiologiche previste per legge e controllata l'adequatezza della segnalazione, in base ai criteri di caso previsti.

Fig 1. Incidenza della malattia meningococcica in Italia, negli ultimi 10 anni. La linea tratteggiata blu indica il tasso di notifica in Europa nel 2017, la linea tratteggiata rossa indica il tasso di notifica medio in Italia negli anni 1998-2018 [6].



Casi di malattia invasiva da meningococco per sierogruppo, età e anno (2018-2020) 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 %
2018	A	0	0	0	0	1	0	0	1	0,6
	B	7	11	5	3	15	6	4	71	44,9
	C	2	2	2	0	10	13	14	43	27,2
	W	0	2	0	0	5	7	3	15	9,5
	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Y	2	0	4	1	0	12	6	28	17,7
	TOTALE tipizzati (N,%)	11	15	11	7	29	58	27	158	
		91,7	83,3	100,0	100,0	96,7	96,7	84,4	92,9	
2019	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	B	8	13	7	1	14	31	9	83	51,2
	C	3	0	0	2	10	20	9	45	27,8
	W	0	0	0	0	2	4	2	8	4,9
	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Y	0	1	1	1	5	11	7	26	16,0
	TOTALE tipizzati (N,%)	11	15	8	4	31	66	27	162	
		84,6	88,2	80,0	66,7	91,2	85,7	81,8	85,3	
2020	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	B	10	3	1	0	7	11	2	34	66,7
	C	0	1	0	1	1	6	2	11	21,6
	W	1	0	0	0	0	0	0	1	2,0
	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Y	0	1	1	0	0	1	2	5	9,8
	TOTALE tipizzati (N,%)	11	5	2	1	8	18	6	51	
		84,6	62,5	100,0	100,0	61,5	66,7	60,0	68,9	

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Epidemiologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a sisiditalia@siditalia.it

Fig.2. Incidenza della malattia meningococcica in Italia nelle differenti fasce di età nel triennio 2016-2018 su 100.000 soggetti [6].

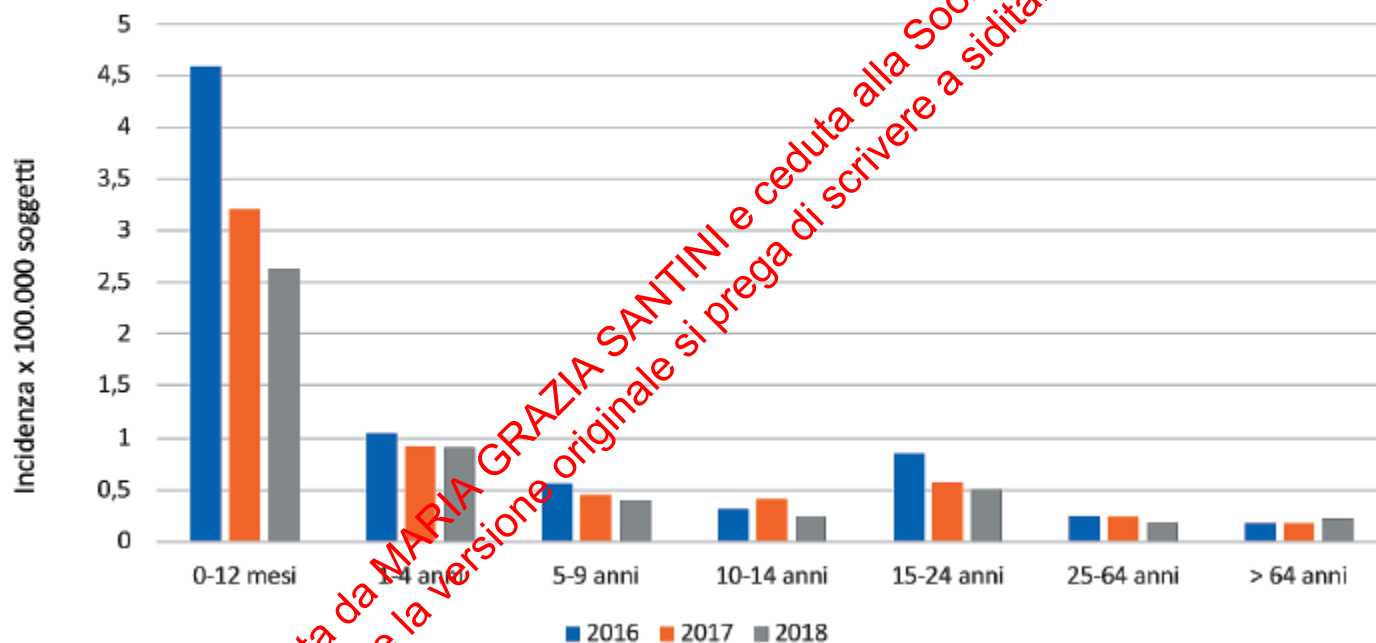


Fig. 3. Casi di malattia meningococcica nel triennio 2016-2018: rappresentazione percentuale per sierogruppi causa di malattia nei tre anni [6].

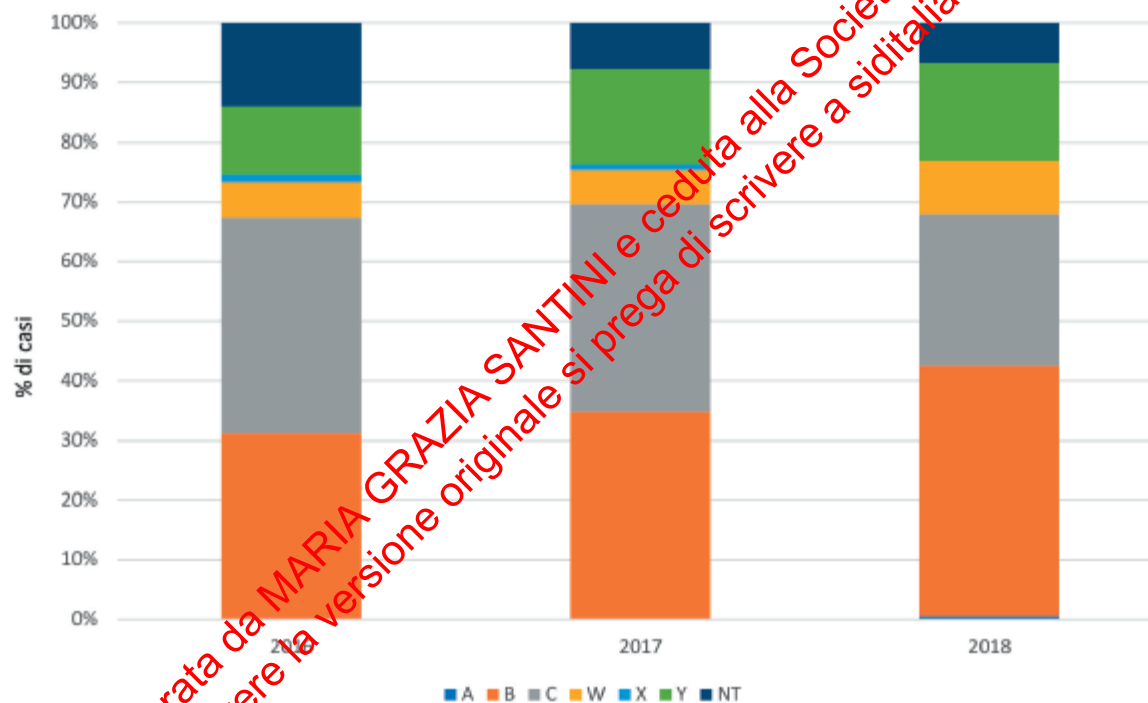
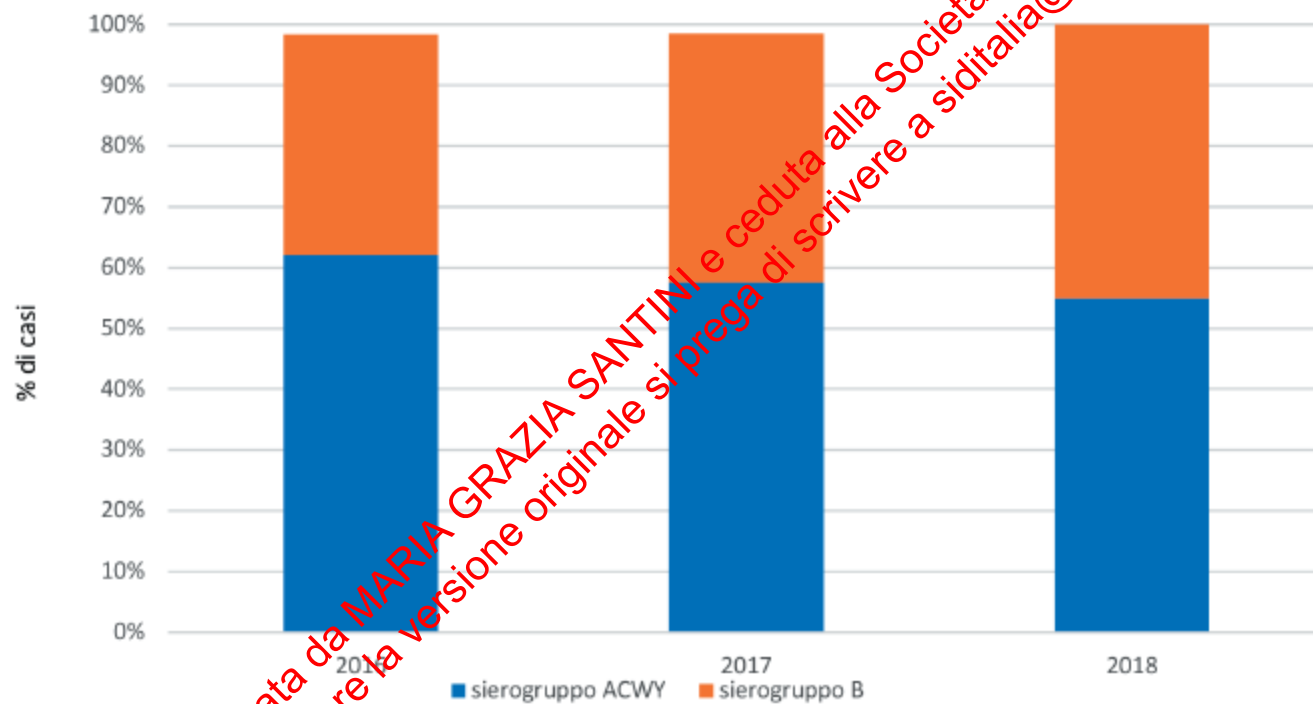


Fig. 4. Rappresentazione dei casi di malattia meningococcica suddivisi per sierogruppo B vs sierogruppi ACWY tra il 2016 il 2018 in Italia [6].



Conclusioni di carattere Epidemiologico

il tasso di incidenza di malattia meningococcica in Italia è minore rispetto a quello riportato in Europa.

Tuttavia, il limitato uso delle tecniche molecolari in Italia, come ci suggerisce la letteratura, potrebbe portare ad una **sottostima del reale numero di casi di malattia meningococcica di circa tre volte.**

Inoltre, si può ipotizzare che la sottostima sia anche dovuta al **basso tasso di notifica, che si verifica in particolare in alcune regioni**

- Il sierogruppo B e quello più frequentemente
- responsabile di malattia invasiva, mentre i sierogruppi C, W, Y e X soprattutto in alcune fasce di età, causano la maggior parte dei casi, confermando i dati già noti in letteratura per gli anni 2011-2017
- .

Sebbene l'incidenza della malattia non sia particolarmente elevata, essa determina un elevato impatto clinico, sociale ed economico dovuto alla sua alta letalità e al gran numero di soggetti che sopravvivono con sequele transitorie e/o permanenti.

vol. n.
62/1

Cited in Index Medicus / Medline
NLM ID 921440 (Pub-Med)

March
2021

Supplemento 1

Health Technology Assessment (HTA)
sull'introduzione di coorti aggiuntive per la vaccinazione
contro il meningococco con vaccini quadrivalenti coniugati in Italia

Health Technology Assessment (HTA)
of the introduction of additional cohorts for anti-meningococcal
vaccination with quadrivalent conjugated vaccines in Italy

JOURNAL
OF PREVENTIVE
Medicine
AND Hygiene



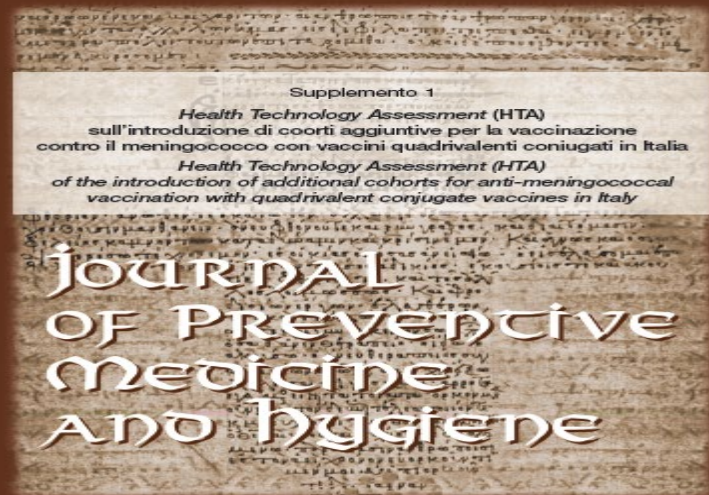
SIMP

The Journal has been accredited,
on occasion of the 17th December
2004 Meeting of the Executive
and Scientific Staff Council, by the
Italian Society of Preventive
Medicine and Public Health.



the original document of the Proceedings of the

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e edita dalla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it



SIMP

The Journal has been accredited
by the Italian Society of Preventive
Medicine and Hygiene (SIMP) and
is a member of the European
Association of Preventive Medicine
(EAPM).

PACINE
EDITORE
MEDICINA

the original document of Vaccines (MDPI)

La rapidità con cui il meningococco può condurre a stadi di malattia irreversibili, sottolinea l'importanza della prevenzione attraverso la vaccinazione.

casi di malattia e di morte evitati grazie all'introduzione di specifici programmi di vaccinazione sono stati calcolati dopo aver stimato i casi che ci si sarebbe aspettati in assenza di vaccinazione. Tuttavia, sia le migliori condizioni igieniche che il crescente uso di antibiotici, possono aver contribuito ad abbassare i tassi di morbosità e mortalità. Inoltre prima della vaccinazione sottodiagnostics e sottoregistra

Tabella 1. Tassi di mortalità e stima dei morti evitati dalla vaccinazione

Malattie prevenibili da	Periodo di valutazione pre-	Periodo di valutazione post-	Tassi di mortalità pre-vaccinazione	Tassi di mortalità post-vaccinazione	Numero di morti evitati
Meningococco	1976-2004	2005-2015	0,84	0,27	1563 (1235-1936)

VACCINI Antimeningococcici quadrivalenti AUTORIZZATI

Attualmente, in Italia, sono autorizzati **3 vaccini meningococcici quadrivalenti coniugati**.

Tutti contengono polisaccardi capsulari di MenA, MenC, MenW e MenY ma differiscono nel tipo di proteina *carrier*.

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

- **MenACWY-CRM197**

- MenACWY-CRM197 è stato autorizzato nel **2010 in USA e in Europa**, ed è attualmente utilizzato in oltre 64 Paesi
- con più di 37 milioni di dosi distribuite.
- Nell'Unione Europea è approvata la somministrazione di una **singola dose**
- **a partire dai 2 anni d'età**,
- mentre negli Stati Uniti e in molti altri Paesi, tra cui Argentina, Australia e Arabia Saudita è autorizzato l'utilizzo dai 2 mesi ai 55 anni d'età

- La tossina mutante del batterio *Corynebacterium diphtheriae* (CRM197)
- contribuisce al miglioramento della risposta immunitaria, e atossica, e di conseguenza non richiede l'uso di formaldeide o di altra denaturazione prima della coniugazione.
- La coniugazione del polisaccaride/oligosaccaride capsulare batterico con una proteina *carrier* determina una Risposta immunitaria T-dipendente, che consente la produzione di anticorpi ad alta affinità e la formazione di cellule B memoria, specifiche per gli antigeni.

Eccipienti

- **Polvere: saccarosio, potassio fosfato monobasico**
- **Soluzione: Sodio fosfato monobasico monoidrato, sodio fosfato dibasico diidrato, sodio cloruro, acqua per preparazioni iniettabili**

MENACWY-TT

- **MenACWY-TT è stato approvato nel 2012, in Europa, per l'uso in soggetti d'età ≥ 6 settimane senza limiti superiori di età'.**
- **MenACWY-TT contiene 5 μ g di ciascun polisaccaride**
- **capsulare purificato di MenA, MenC, MenW e MenY**
- **coniugato a 44 μ g di tossina tetanica (TT).**

Eccipienti Sodio cloruro, saccarosio, trometamolo e acqua per preparazioni iniettabili

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

MenACWY-TT un vaccino quadrivalente coniugato con il tossoide tetanico,

- **Il vaccino è stato autorizzato in Europa (18 novembre 2020) e in Italia (27 gennaio 2021) per l'immunizzazione attiva di soggetti di età ≥ 12 mesi.**
- **Gli studi clinici controllati hanno dimostrato la capacità di stimolare la produzione di anticorpi verso tutti e quattro i sierogruppi (ACWY).**
- **Gli anticorpi anti-capsulari stimolati dal vaccino proteggono dalla malattia meningococcica tramite attività battericida mediata dal complemento.**
- **Inoltre, durante tutte le fasi di sviluppo clinico si è stato osservato un profilo di sicurezza ottimale.**

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Persistenza della risposta immunitaria

La persistenza di anticorpi funzionali e fondamentale per il mantenimento della protezione contro la malattia invasiva da meningococco.

negli studi clinici controllati è stata osservata una diminuzione dei titoli anticorpali nel tempo per tutti i sierogruppi.

Di conseguenza, deve essere presa in considerazione la somministrazione di una dose di richiamo in soggetti vaccinati nella prima infanzia che rimangano ad alto rischio di esposizione alla malattia meningococcica causata dai sierogruppi A, C, W e Y [

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Vaccinations for Adults with Diabetes

The table below shows which vaccinations you should have to protect your health if you have diabetes. Make sure you and your healthcare provider keep your vaccinations up to date.

Vaccine	Do you need it?
COVID-19	Yes! All adults are recommended to get a primary series of COVID-19 vaccine plus booster doses when eligible.
Hepatitis A (HepA)	Maybe. You need this vaccine if you have a specific risk factor for hepatitis A* or simply want to be protected from this disease. The vaccine is usually given in 2 doses, 6–18 months apart.
Hepatitis B (HepB)	Yes! All adults younger than 60 are recommended to complete a 2- or 3-dose series of hepatitis B vaccine, depending on the brand. If you are 60 or older, you or your healthcare provider may decide you should be vaccinated because people with diabetes are at increased risk for hepatitis B.
Hib (Haemophilus influenzae type b)	Maybe. Some adults with certain high-risk conditions,* for example, lack of a functioning spleen, need vaccination with Hib. Talk to your healthcare provider to find out if you need this vaccine.
Human papillomavirus (HPV)	Yes! You should get this vaccine if you are 26 years or younger. Adults age 27 through 45 may also be vaccinated against HPV after a discussion with their healthcare provider. The vaccine is usually given in 2 or 3 doses (depending on the age at which the first dose was given) over a 6-month period.
Influenza (Flu)	Yes! You need to be vaccinated against influenza every fall (or even as late as winter or spring) for your protection and for the protection of others around you.
Measles, mumps, rubella (MMR)	Maybe. You need at least 1 dose of MMR vaccine if you were born in 1957 or later. You may also need a second dose.* People with weakened immune systems should not get MMR vaccine.
Meningococcal ACWY (MenACWY)	Maybe. You may need MenACWY vaccine if you have one of several health conditions,* for example, if you do not have a functioning spleen, and also boosters if your risk is ongoing. You need MenACWY if you are age 21 or younger and a first-year college student living in a residence hall and you either have never been vaccinated or were vaccinated before age 16.
Meningococcal B (MenB)	Maybe. You may need MenB if you have one of several health conditions,* for example, if you do not have a functioning spleen, and also boosters if your risk is ongoing. You may also consider getting the MenB vaccine if you are age 23 or younger (even if you don't have a high-risk medical condition) after a discussion with your healthcare provider.
Pneumococcal (PPSV23; PCV15, PCV20)	Yes! Adults with diabetes need to get either PCV20 alone, or PCV15 followed 1 year later by PPSV23. If you have previously received either PCV13 and/or PPSV23, your healthcare provider can determine what additional doses you may need.
Tetanus, diphtheria, whooping cough (pertussis) (Tdap, Td)	Yes! If you have not received a dose of Tdap during your lifetime, you need to get a Tdap shot now. After that, you need a Tdap or Td booster dose every 10 years. Consult your healthcare provider if you haven't had at least 3 tetanus- and diphtheria-toxoid-containing shots sometime in your life or if you have a deep or dirty wound.
Varicella (Chickenpox)	Maybe. If you have never had chickenpox, were vaccinated, or were vaccinated but only received 1 dose, talk to your healthcare provider to find out if you need this vaccine.*
Zoster (shingles)	Yes! If you are 19 or older and have a weakened immune system or are 50 or older, you should get a 2-dose series of the Shingrix brand shingles vaccine, even if you were already vaccinated with Zostavax.

* Consult your healthcare provider to determine your level of risk, infection and your need for this vaccine.

Are you planning to travel outside the United States? Visit the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) website at www.cdc.gov/travel/destinations/list for travel information, or consult a travel clinic.



GUIDA ALLE CONTROINDICAZIONI ALLE VACCINAZIONI

Giugno 2017

A cura di Giovanni Gallo, Rosanna Mei, Elisa Ros e Maria Cristina Rota

Malattie epatiche croniche gravi	Insufficienza renale cronica, riceventi fattori della coagulazione concentrati	Operatori sanitari
----------------------------------	--	--------------------

Vaccino	infezione da HIV		Diabete (con complicanze o non controllato), malattie polmonari croniche, alcolismo, emicrania	Asplenia anatomica o funzionale, candidati alla splenectomia, deficienza minima del complemento	Malattie epatiche croniche gravi	Insufficienza renale cronica, ricevitori di fattori della coagulazione concentrati	Operatori sanitari
	conta dei linfociti T CD4+						
	< 200/μL	≥ 200/μL					
	Immunodeficienza congenita ¹ , condizioni associate a immunodepressione ²⁻³ (es. trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi) perdita di fluidi cerebrospinali						
dTpa	1 DOSE BOOSTER OGNI 10 ANNI						
MPR	CONTROINDICATO (1)		2 DOSI (0, 4-8 SETTIMANE)				
Varicella	CONTROINDICATO (1)		2 DOSI (0, 4-8 SETTIMANE)				
Influenza	1 DOSE ANNUALE						
Pneumococco	2 DOSI (INIZIALE PCV13+PPV23 A NON MENO DI 8 SETT.)						
Epatite B	3 DOSI (0,1,6 MESI)						
Epatite A	2 DOSI (0, 6-12 MESI)						
Meningococco coniugato ACWY135	2 dosi a distanza di almeno 8 settimane una dall'altra (vedi note specifiche per i soggetti ad alto rischio)						
Meningococco B	2 ^a DOSI (vedi note specifiche per i soggetti ad alto rischio) - per gli intervalli tra le dosi in base all'età, vedi quanto riportato nella scheda tecnica						
HPV	2/3 a seconda dell'età						
MM	1 DOSE						

	perdita di fluidi cerebrospinali		
	1 DOSE BO		
	CONTROINDICATO (1)		
	CONTROINDICATO (1)		
	1 DO		
ico	2 DOSI (INIZIALE PCV13+PPV2		
	3 DOSI (0,1,6 MESI)		
	2 DOSI (0, 6-12 MESI)		
icco	2 dosi a distanza di almeno 8 settimane una dall'altra		
co B	2 dosi (vedi note specifiche per i soggetti ad alto rischio) riportato nella sc		
	2/3 a seconda dell'età		

Copertura vaccinale 24 mesi

Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2020 (coorte 2018)																
Coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e P.A.A. (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	94,08	94,10	94,10	94,09	94,04	93,95	93,04	92,90	93,09	96,69	88,32	90,56	0,00	75,81	78,42	1,17
Valle d'Aosta	95,51	95,39	95,39	95,39	95,39	95,39	93,93	93,82	93,93	87,30	89,55	90,56	0,00	23,71	68,76	0,11
Lombardia	94,71	94,12	94,80	94,79	94,80	94,66	94,99	93,86	93,89	90,94	90,64	92,43	3,79	74,21	25,63	4,04
Prov. Aut. Bolzano	80,83	80,79	80,77	80,79	80,79	80,72	77,12	77,12	77,28	75,74	68,74	76,21	0,13	41,69	49,87	0,82
Prov. Aut. Trento	95,48	95,48	95,50	95,48	95,45	95,43	95,34	95,34	95,34	92,64	90,86	92,18	1,32	72,89	80,94	4,01
Veneto	93,82	93,79	93,82	93,79	93,70	93,58	93,28	93,07	93,18	93,36	91,25	93,82	13,93	80,95	91,39	90,58
Friuli-Venezia Giulia	93,63	93,63	93,64	93,63	93,34	93,35	93,27	92,22	92,26	90,79	84,63	87,52	1,68	66,57	77,66	3,38
Liguria	93,30	93,32	93,32	93,30	93,27	93,19	90,48	90,37	75,99	87,73	86,65	90,68	1,30	58,08	87,60	11,54
Emilia-Romagna	95,52	95,52	95,51	95,51	95,45	95,13	93,27	94,17	94,25	91,37	91,21	92,91	5,56	73,45	87,02	90,44
Toscana	96,87	96,89	96,88	96,88	96,80	97,21	95,67	95,61	95,66	94,08	90,10	91,48	0,51	43,95	78,01	2,17
Umbria	95,54	95,77	95,77	95,75	95,90	95,86	94,87	94,70	94,82	90,66	86,96	93,66	0,30	27,62	73,30	0,62
Marche	93,82	93,60	93,62	93,60	93,44	93,35	92,66	92,62	92,62	89,98	84,54	89,78	0,78	58,99	72,35	84,06
Lazio	95,96	96,02	96,02	95,90	95,94	96,45	95,21	95,21	95,21	95,21	87,30	86,62	0,20	43,73	70,67	86,72
Abruzzo	93,09	93,09	93,09	93,09	93,09	92,96	62,16	62,16	62,16	55,59	42,57	88,53	0,17	44,46	66,35	36,83
Molise	96,67	96,67	96,67	96,67	96,67	96,67	91,95	91,95	91,95	86,53	1,61	96,14	0,00	73,97	64,63	72,57
Campania	95,09	95,09	95,09	95,09	95,09	95,09	93,52	93,51	93,52	88,48	67,31	88,99	0,04	39,89	58,15	66,50
Puglia	93,72	93,73	93,73	93,73	93,73	93,67	93,29	93,28	93,29	92,63	0,30	91,48	67,65	69,57	69,55	84,43
Basilicata	92,94	92,94	92,94	92,94	92,94	92,94	90,30	90,30	90,30	89,37	32,04	91,31	0,25	65,12	83,35	86,84
Calabria	91,69	91,69	91,69	91,69	91,69	91,69	88,97	88,98	88,99	88,91	87,87	90,81	0,09	79,91	86,82	87,87
Sicilia	89,19	89,19	89,19	89,19	89,18	89,15	90,82	90,81	90,82	88,68	5,22	85,50	0,02	59,83	66,85	71,32
Sardegna	95,48	95,48	95,48	95,48	95,48	95,48	93,92	93,92	93,92	91,59	47,80	94,37	7,10	79,19	79,15	74,96
Italia	94,02	94,02	94,04	94,03	94,01	94,00	92,70	92,47	92,21	90,28	70,96	90,58	6,87	62,80	66,30	51,27

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Dietologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a socialita@siditalia.it

COPERTURA VACCINALE 18 anni

Vaccinazioni dell'adolescente. Anno 2020 (coorte 2002 - 18 anni)													
Coperture vaccinali (per 100 abitanti) per vaccinazioni dell'adolescente, calcolate sui rischiodati inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene)													
REGIONE/P.A.	DIF	TET	PER	MOR 1	MOR 2	PAR 1	PAR 2	ROS 1	ROS 2	MEN C	Polio	EP A	Men ACYW
Piemonte	83,11	83,32	81,86	94,72	92,93	93,62	92,91	92,25	93,76	86,21	49,68	0,15	79,11
Valle d'Aosta	87,95	88,40	86,51	94,87	92,81	94,69	92,55	94,69	91,82	84,17	87,50	1,71	83,45
Lombardia	82,77	83,08	80,44	94,59	91,81	94,25	90,81	94,31	90,56	82,67	70,25	4,92	78,57
Prov. Aut. Bolzano	69,62	70,16	66,57	89,61	84,64	89,46	80,27	89,46	84,31	64,15	72,81	3,84	0,37
Prov. Aut. Trento	86,92	87,34	84,66	94,47	92,87	93,34	92,16	94,36	92,38	85,52	6,47	4,32	84,68
Veneto	86,45	87,16	85,09	95,44	92,92	95,26	91,67	95,33	91,92	70,03	87,16	10,18	69,59
Friuli-Venezia Giulia	82,38	83,48	81,08	93,47	91,31	93,61	90,65	90,57	90,79	2,15	81,71	3,99	73,94
Liguria	73,48	73,57	72,82	82,50	77,48	79,75	66,05	70,15	66,53	56,64	82,59	3,36	59,93
Emilia-Romagna	88,34	88,83	85,71	97,74	94,93	97,56	93,87	97,62	94,07	89,19	96,87	8,10	85,06
Toscana	77,87	78,62	76,42	86,61	86,28	86,50	86,00	86,63	86,17	29,02	43,38	2,73	27,08
Umbria	91,11	91,20	89,70	96,88	92,83	96,45	94,61	96,55	94,75	86,09	49,95	2,51	61,33
Marche	86,37	86,53	85,20	94,74	94,67	97,23	93,02	97,22	93,02	32,64	86,11	3,16	60,59
Lazio	71,46	71,68	71,39	94,01	86,89	93,81	86,04	93,88	86,24	50,73	45,59	1,17	45,07
Abruzzo	77,88	77,92	78,35	72,32	86,75	72,32	86,75	72,32	86,75	35,99	53,70	0,69	53,65
Molise	63,10	63,10	64,61	94,61	94,61	94,61	94,61	94,61	94,61	49,25	52,32	1,12	32,41
Campania	54,97	55,02	64,17	91,96	84,41	91,94	84,29	91,96	84,32	26,58	44,27	0,82	0,00
Puglia	74,60	74,63	74,63	96,03	91,58	96,00	91,43	96,03	91,48	28,63	73,70	77,36	73,75
Basilicata	70,50	70,50	70,46	93,91	87,81	93,91	87,81	93,91	87,81	15,81	70,31	0,73	74,94
Calabria	64,86	64,86	64,86	79,30	71,33	79,02	71,33	79,30	71,33	43,47	61,07	0,10	35,04
Sicilia	47,48	47,51	47,07	93,94	80,79	93,91	80,62	93,93	80,70	26,34	49,97	0,39	42,00
Sardegna	76,39	76,41	74,22	91,43	87,76	91,38	87,61	91,40	87,71	49,31	59,81	1,01	43,76
Italia	74,41	74,41	72,99	92,87	88,36	92,35	87,47	92,26	87,73	53,95	62,90	8,59	55,10

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

GRUPPI A RISCHIO

- I documenti di riferimento ci sono ma da soli non bastano
- NECESSARIE STRATEGIE CONDIVISE E SEMPLIFICAZIONE DELL'ACCESSO VACCINALE
- PROMOZIONE ED EFFETTUAZIONE DELLE VACCINAZIONI LA' DOVE I SOGGETTI ACCEDONO PER LA PATOLOGIA DI RIFERIMENTO
- UTILIZZARE LA RELAZIONE DI "FIDUCIA "



Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTULLI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

STRATEGIE DI SANITA' PUBBLICA

I DOCUMENTI DI RIFERIMENTO SONO IMPORTANTI

MA da soli NON BASTANO!!!

ESPERIENZA MENINGOCOCCO C IN TOSCANA

STRATEGIE CONDIVISE E MESSAGGI OMOGENEI

RETE DELLE STRUTTURE E DEGLI OPERATORI

IGIENE PUBBLICA e DELLA NUTRIZIONE

Dipartimento Rete Ospedaliera

Dipartimento delle Specialistiche Mediche

Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche

☐ **Dipartimento rete sanitaria territoriale**

☐ **Dipartimento Medicina Generale**

☐ **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie .**

☐ **Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche**



Occasione di lavoro insieme

OBIETTIVI

- **1) FORMAZIONE**

migliorare le conoscenze
sul tema delle
vaccinazioni

- 2) OFFRIRE
INFORMAZIONI**

**CORRETTETTE ED
OMOGENEE**

- 3) RENDERE
PIU' SEMPLICI LE
PROCEDURE**

per
facilitare l'accesso alle
misure di Prevenzione



Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

PROCEDURA SOGGETTI SPLENECTOMIZZATI

Omogenea in tutto il Territorio AUSL Toscana Centro = AOUC

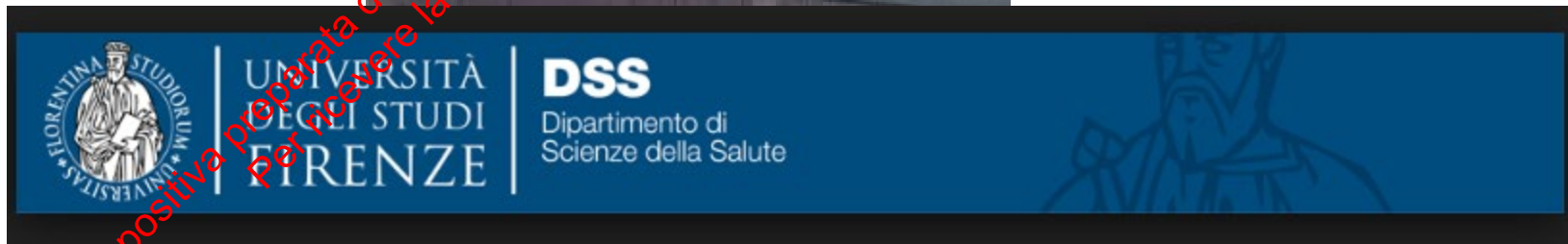
Collaborazione con

❑ UNIVERSITA' Dipartimento Scienza della Salute

Prof Paolo Bonanni

❑ AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI CAREGGI

❑ Dipartimento MMG



	Direzione Sanitaria	Codice	Revisione	Pagina
	Protocollo GESTIONE VACCINAZIONE IN SOGGETTI ADULTI CON ASPLENIA ANATOMICA O FUNZIONALE	PC.DS.02	0	1 di 8

GESTIONE VACCINAZIONE IN SOGGETTI ADULTI CON ASPLENIA ANATOMICA O FUNZIONALE

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
11/09/2019	Referente gruppo di redazione Maria Grazia Santini	Processo Direttore Area chirurgica Sandro Giannessi Direttore Area Igiene Sanità Pubblica e della Nutrizione Giorgio Garofalo S.O.S.D. Attività di Assistenza Sanitaria di Firenze Responsabile Giovanna Mereu S.O.S.D. Attività di assistenza Sanitaria di PO EMPOLI PISTOIA Responsabile Marinella Chiti	Direttore Sanitario Emanuele Croppi Direttore del Dipartimento di Prevenzione Renzo Berti Direttore Rete Ospedaliera Luca Nardi Direttore Specialistiche chirurgiche Stefano Michelagnoli Direttore Dipartimento Specialistiche mediche Giancarlo Landini Direttore Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari Giuseppe Nottoli
		SGQ Direttore S.O.S.D. Governance Clinico Assistenziale Mauro Romilio	Direttore Dipartimento di assistenza infermieristica e Ostetrica Paolo Zoppi Direttore Dipartimento della Medicina Generale Emanuele Croppi Direttore del Dipartimento della Rete Sanitaria Territoriale Daniele Mannelli

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Soggetti diabetici Sedute vaccinali	indicazioni	Note
PRIMA POSSIBILE	COVID 19	Offrire le altre vaccinazioni preferibilmente a distanza di 15 gg
Dopo 15gg giorni dalla precedente vaccinazione	-Antipneumococco 13 valente -1° dose Antimeningococco coniugato ACW135Y	
Dopo 5-7 giorni dalla precedente vaccinazione	-1° dose Antimeningococco coniugato B** + Antihaemophilus Influenzae b	
Dopo 1 mese dalla prima dose di antimeningococco coniugato B	2° dose Antimeningococco coniugato B *** +dTTP	dTTP inizio ciclo o richiamo a seconda dello stato immunitario
Dopo 8 settimane dalla prima dose di Antimeningococco coniugato ACW135Y	2° dose Antimeningococco coniugato ACWY + 1° dose di MPR o MPRV o V	MPR o MPRV o V per coloro che non sono immunizzati e se le condizioni immunitarie consentono la somministrazione di vaccini vivi attenuati Fare richiamo di antimeningococco ACWY ogni 5 anni
Dopo almeno 4 settimane dalla prima dose di MPR o MPRV o V	2° dose di MPR o MPRV o V	MPR o MPRV o V per coloro che non sono immunizzati e se le condizioni immunitarie consentono la somministrazione di vaccini vivi attenuati
Dopo almeno 8 settimane dalla dose di Antipneumococco coniugato 13 valente**	Antipneumococco 23 valente	
Dopo 4 settimane dalla seconda dose di MPR o MPRV o V	Anti Varicella Zoster	Da preferire l'utilizzo del nuovo vaccino ricombinante adiuvato con precisa indicazione per i soggetti immunodepressi . Da effettuarsi in due dosi a distanza di 2-6 mesi
Ogni anno nel periodo indicato dalla circolare ministeriale	Vaccinazione antinfluenzale	Seguendo le indicazioni della circolare ministeriale per la tipologia di vaccino da utilizzare. Si può associare a tutti i vaccini

dTTP -vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse tipo adulti

❑ **PROGETTO PILOTA EX ASL DI FIRENZE PER LE
VACCINAZIONI EFFETTUATE DURANTE LA SEDUTA
DIALITICA**

❑ **COINVOLTI 4 Presidi ospedalieri e 1 territoriale**

❑ **Esperienza pilota a livello Toscano**

Stretta collaborazione

fra personale sanitario dei reparti e

il personale della SOS

Assistenza Sanitaria in ambito preventivo

di Firenze

Azienda Sanitaria Firenze



- **1) Incontri con il personale sanitario di ogni reparto per illustrare il PSNV e concordare la strategia**



Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

- **2) effettuazione di un censimento /aggiornamento dei soggetti afferenti alle Nefrologie in /dialisi /predialisi o candidati al trapianto**

- verificare lo stato vaccinale in modo da avere un elenco di tutti i pazienti di pertinenza
- pianificare le sedute necessarie



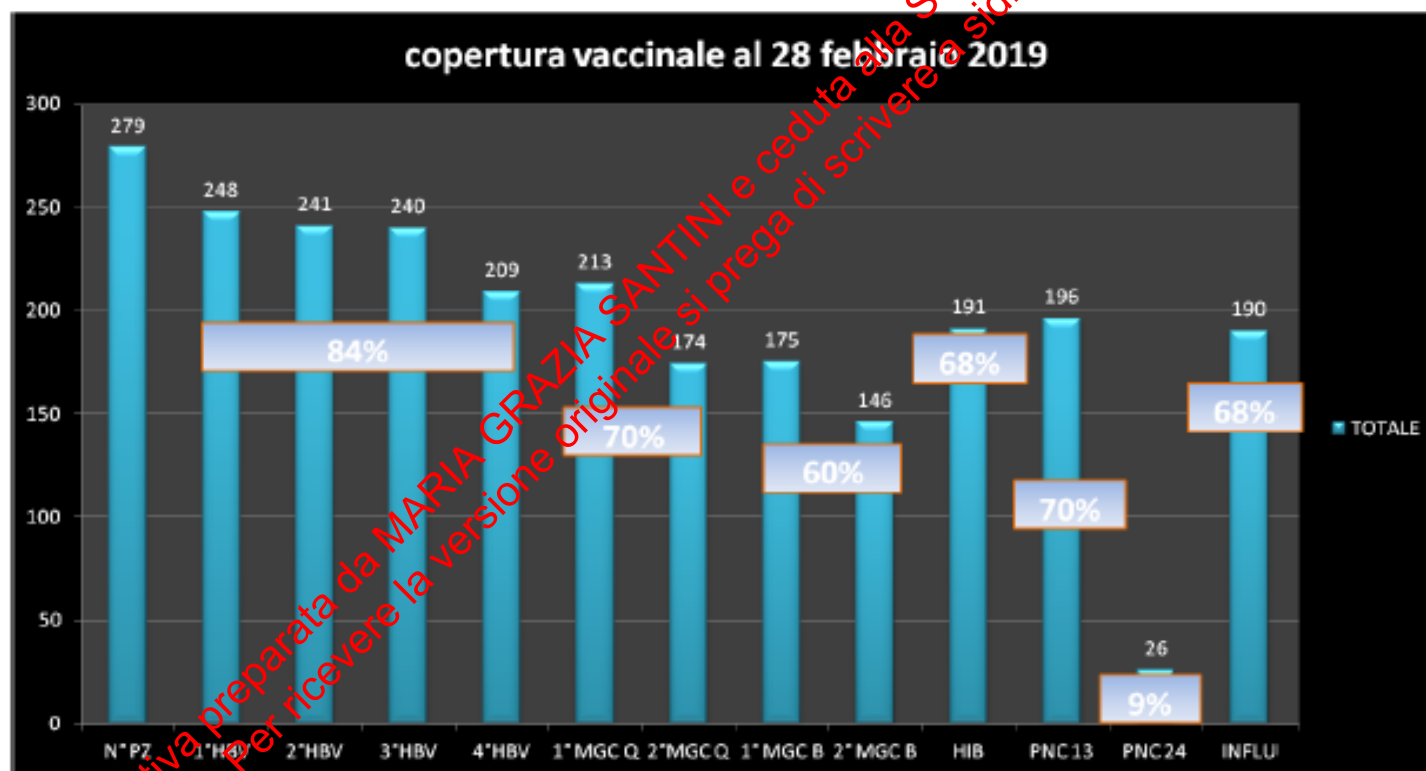
Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e redatta dalla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Seduta vaccinale

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

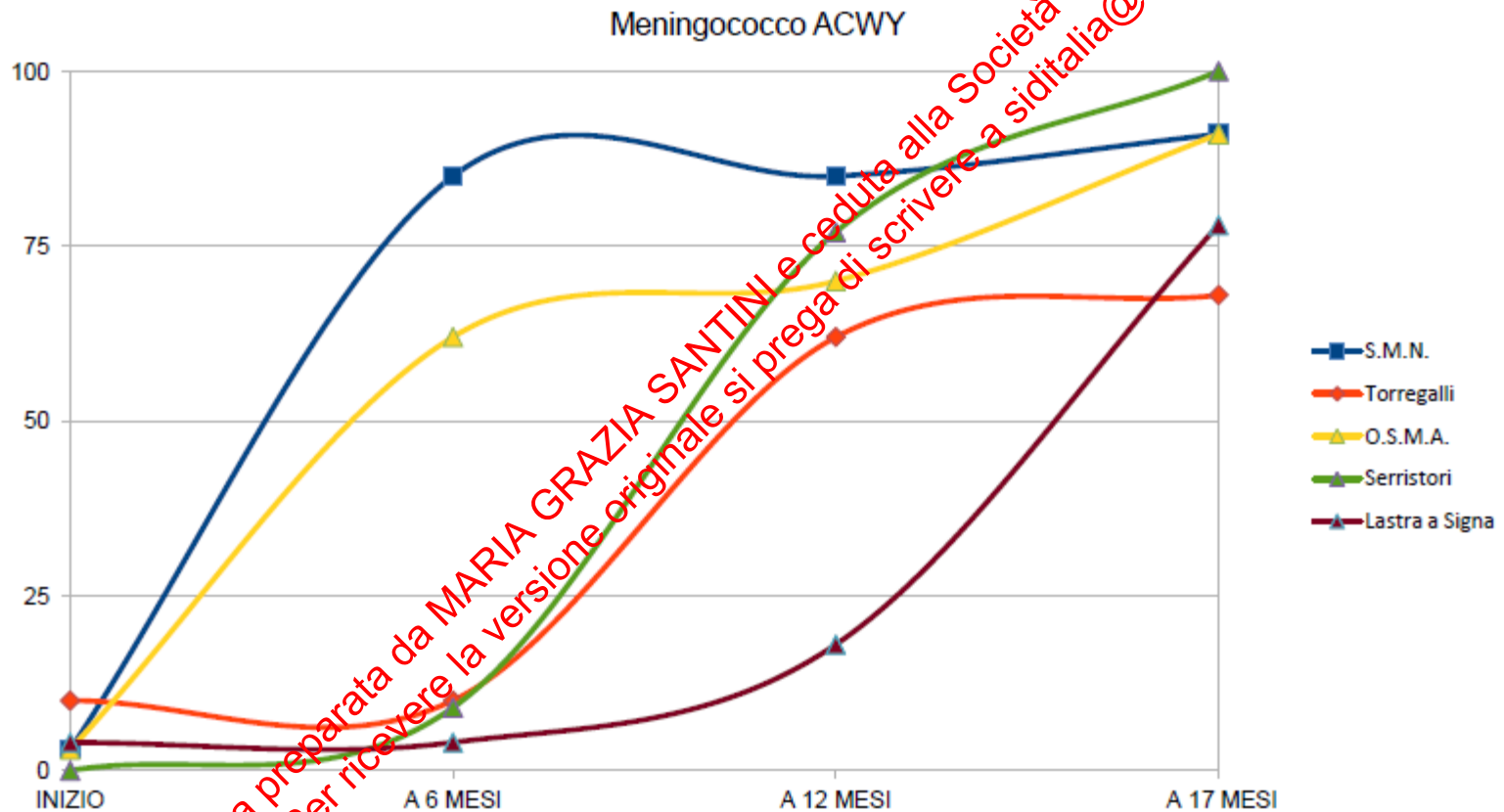


Soggetti in HD vaccinati ex Asl 10 FI



Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

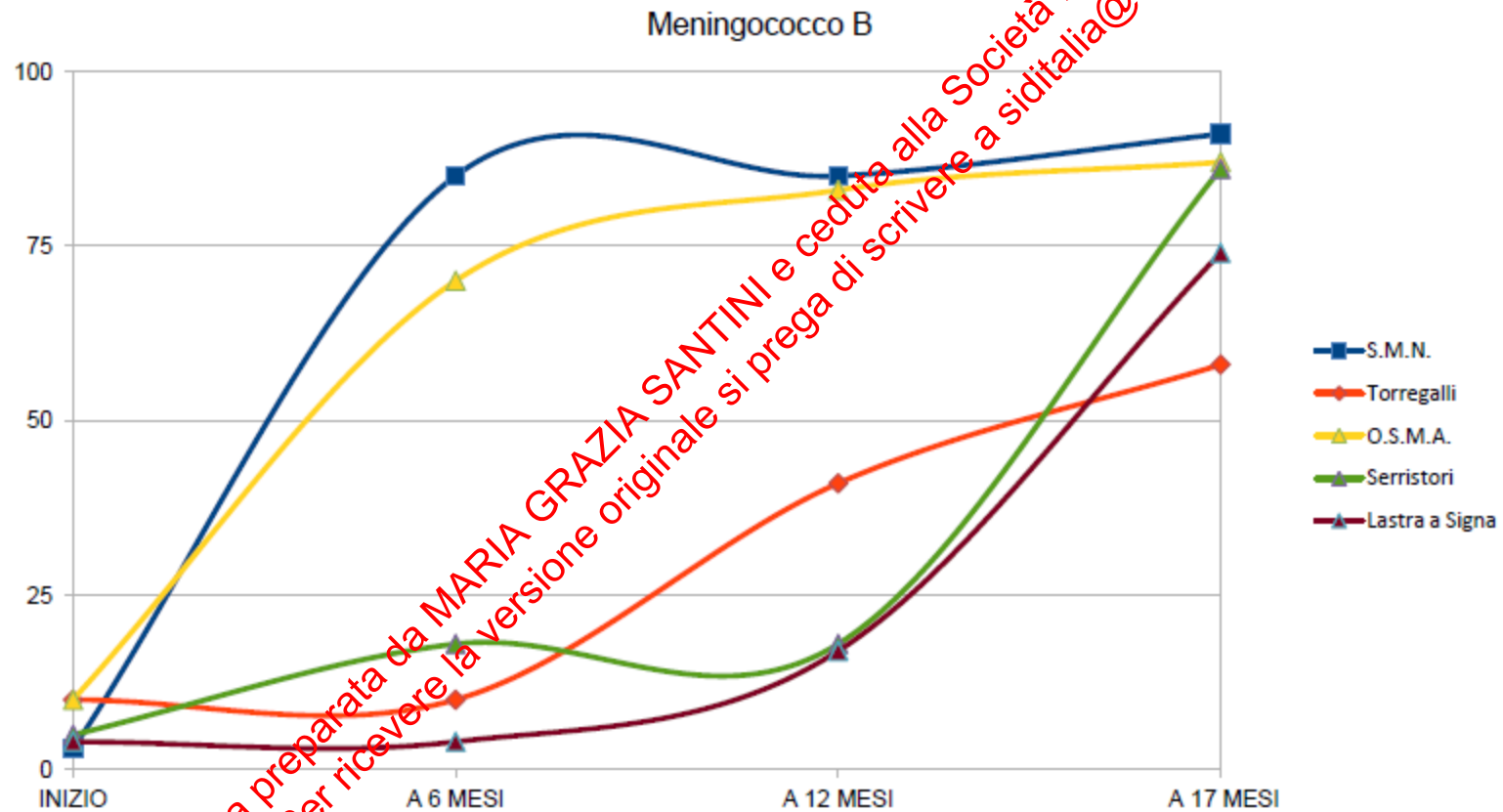
Copertura per MGC ACWY



Giovanna Mereu

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

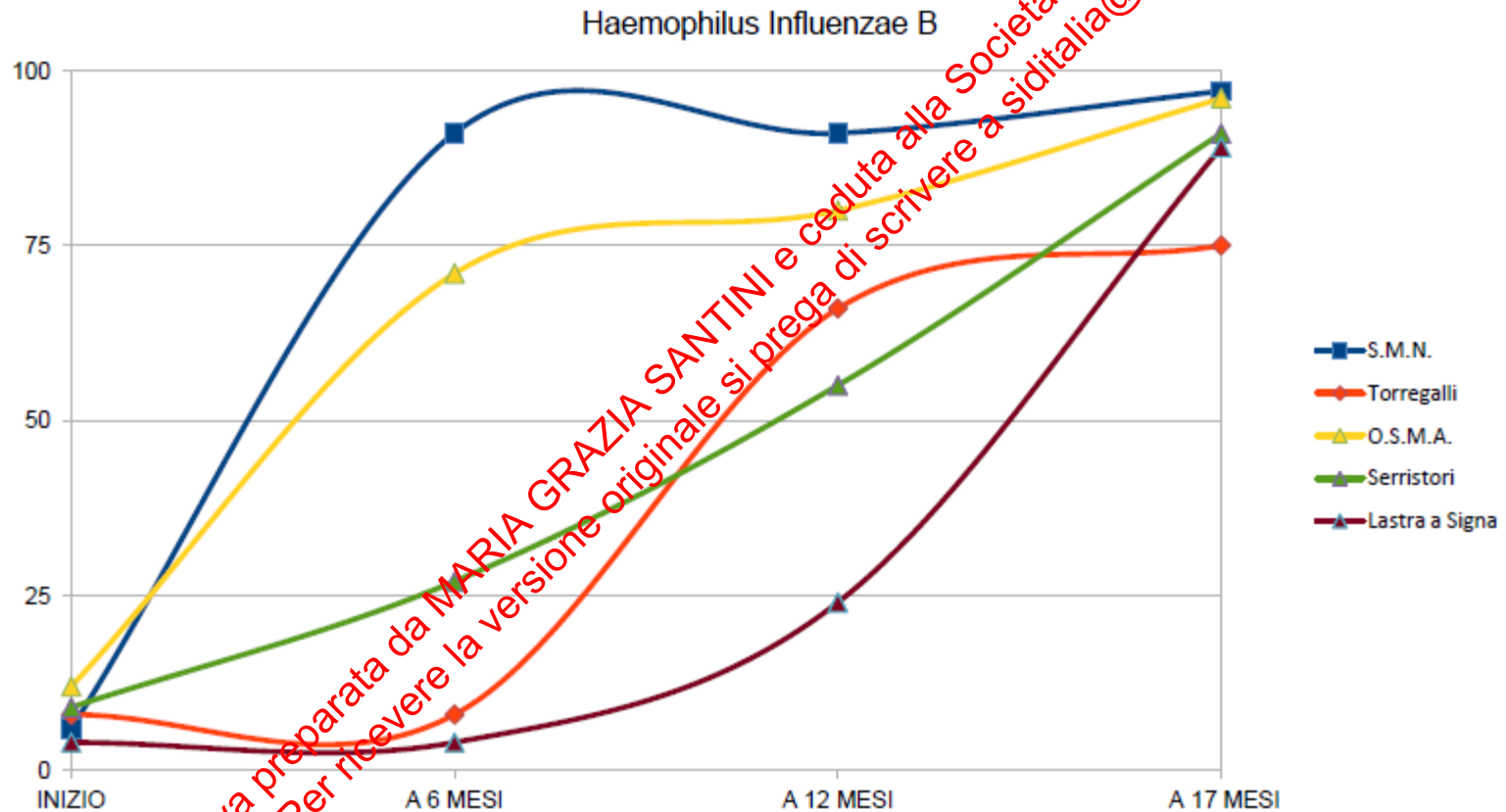
Copertura per MGC B



Giovanna Mereu

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Copertura per Haemophilus Influenzae B



Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

INFORMAZIONE PER IL SOGGETTO

AFFETTO DA DIABETE

Il diabete è una malattia cronica che
provoca un aumento di infezioni anche
molto gravi che possono avere la necessità
di ospedalizzazione e che in certi casi

possono essere mortali.

Il diabete inoltre aumenta la probabilità o peggiora il
decorso di molte patologie infettive come quelle a
carico dell'apparato respiratorio, polmoniti e
influenza con rischio di sepsi. Anche durante
periodo di emergenza COVID19 i soggetti con
patologie croniche sono i più colpiti e subiscono
le più gravi conseguenze (ricovero in
rianimazione, decessi).

Come mai accade questo?

Per diverse ragioni

- riduzione della risposta immunitaria
- riduzione della funzionalità di alcune cellule
immunitarie
- aumentata virulenza dei germi patogeni
- alterata motilità del tratto gastrointestinale

PREVENZIONE

Le vaccinazioni contro l'influenza e le altre
malattie prevenibili garantiscono molti benefici
per la salute riducendo i rischi per le
complicanze, il rischio di polmonite, i ricoveri e
la mortalità per tutte le cause.
L'influenza in particolare è associata
-a un rischio 6 volte maggiore di
ospedalizzazione e infarto del miocardio,
-aumento di rischio di ricovero in terapia
intensiva

Cosa fare

Effettuare tutte le vaccinazioni raccomandate rivolgendosi al primo
possibile al proprio Medico Curante.

FARE LA VACCINAZIONE ANTINFUENZALE E
ANTIPNEUMOCOCCO E' PARTICOLARMENTE
IMPORTANTE QUEST'ANNO PERCHÉ CI SARA'
UNA COCIRCOLAZIONE DEL VIRUS
ANTINFUENZALE NON COVID 19
che può portare a una somma delle
complicanze dell'una e dell'altra malattia e a una
difficoltà di diagnosi dato che hanno sintomi simili

Oltre a quelle indicate nello schema sono
raccomandate anche le altre vaccinazioni
previste dal calendario nazionale e
regionale per la popolazione generale.

difterite, tetano, pertosse-
morbillo Rosolia, parotite, varicella

VACCINAZIONI PRIORITARIE

VACCINAZIONE	Dosi raccoman- date	Dosi di richiamo
Anti- Pneumococco 13 valente (PCV13)	1	-
Anti- Pneumococco 23 valente (PPV23)	1	...
Anti- Meningococco ACWY	2	1 dose ogni 5 anni
Anti- Meningococco B	2	-
Anti- Haemophilus influenzae b	1	-
Anti-Influenzale	1	1 dose ogni anno (ottobre)
Zoster età > 50 anni	1	

Altre informazioni importanti

In caso di febbre o sintomi di infezione
rivolgersi subito al Medico Curante

Ulteriori informazioni sui vaccini possono
essere chieste al medico di famiglia o è
possibile consultare il sito regionale
[http://www.regione.toscana.it/-calendario-delle-
vaccinazioni](http://www.regione.toscana.it/-calendario-delle-vaccinazioni)

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

COSA SAPPIAMO DELLA COPERTURA VACCINALE DEI GRUPPI A RISCHIO?

1

PUNTI DI FORZA

grazie al COVID le anagrafi vaccinali sono informatizzate

PUNTI DI DEBOLEZZA:

1) difficile estrarre i dati per categorie di rischio, in genere dai database vengono estratti soggetti per coorti di nascita

I dati dei singoli soggetti per categoria di rischio sono presenti nei database degli MMG

2) In TOSCANA ACCORDO MMG per l'effettuazione di tutte le vaccinazioni del calendario. Tutti i dati di ogni singolo soggetto sono nel database ma estrazione è possibile per coorte o n° di vaccinazioni effettuate. Non possibile incrocio con il codice di esenzione. Problema di privacy?

anitaria Firenze

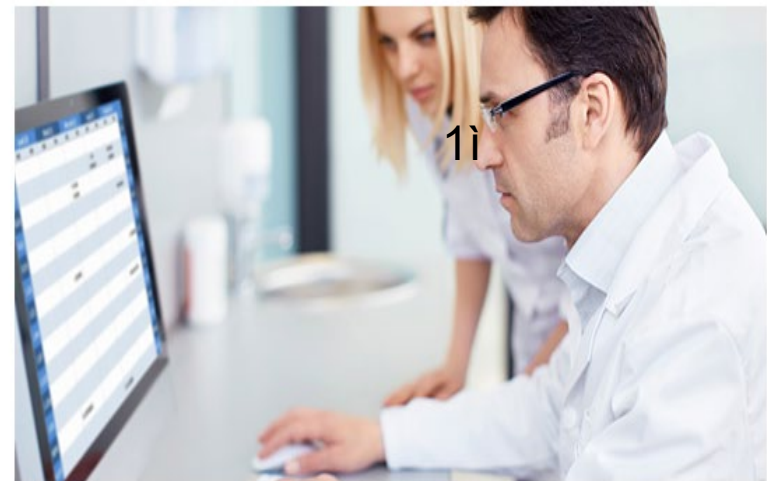


-
- **L'Anagrafe nazionale vaccini è stata istituita con il Decreto del Ministero della Salute 17 settembre 2018**
-
- **L'obiettivo**
- **1) di garantire la verifica delle coperture vaccinali**, coerentemente con il calendario vaccinale nazionale vigente e di favorire l'elaborazione di indicatori
- a fini comparativi a livello nazionale, regionale e Aziendale .
- strumento essenziale per definire le dimensioni della popolazione vaccinata
- (coperture vaccinali), valutare l'*effectiveness* vaccinale

2) supportare il sistema di farmacovigilanza, in quanto

la registrazione in tempo reale della data di somministrazione del vaccino e, soprattutto, del nome commerciale del prodotto garantisce un'associazione corretta tra evento avverso e vaccino, riducendo gli errori e le correlazioni non veritiere.

Anagrafe nazionale vaccini



Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

un'indagine sulle anagrafi vaccinali informatizzate condotta dall'Istituto Superiore di Sanità, in Italia ad oggi, il 75% delle ASL ha un'anagrafe vaccinale informatizzata, tuttavia solo il 17% trasmette o condivide i dati individuali con la propria Regione mentre le altre trasmettono esclusivamente i dati aggregati di copertura vaccinale.

È necessario, quindi, migliorare il livello di informatizzazione dei dati sulle vaccinazioni, soprattutto nelle regioni del Sud.

Inoltre, l'attuale situazione di emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da SARS-CoV-2 ha messo in luce ulteriori criticità del sistema e, per superare, almeno parzialmente le problematiche emerse, il 2 dicembre 2020 il Ministro della Salute ha presentato al Parlamento le linee guida del Piano strategico per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19.

- Da gennaio 2021, come previsto
- dall'articolo 3 del Decreto-Legge 14 gennaio 2021 n. 2,
- l'anagrafe nazionale vaccini è alimentata giornalmente
- dalle Regioni e Province Autonome con i dati relativi alle somministrazioni di massa dei vaccini anti COVID-19.
- Si auspica che presto il sistema sia implementato per tutte le vaccinazioni previste dal PNPV.





Comunicazione fra pari coinvolgimento delle Associazioni



- persone di pari grado, che non hanno il ruolo di insegnanti
- nei confronti dei loro coetanei, bensì di *tutor*,
- persone con cui intraprendere uno scambio attivo di
- idee ed esperienze

-
-
-
- Il Comitato Nazionale Contro la Meningite e il primo gruppo in Italia impegnato nel rappresentare i bisogni e i diritti delle persone colpite da meningite e delle loro famiglie, fondato da genitori che hanno perso i propri bambini a causa della meningite.
- Il Comitato Nazionale Contro la Meningite ha tra le sue finalità istituzionali quello di diffondere una corretta informazione
- su rischi ed esiti della meningite e lo sviluppo della cultura della prevenzione, oltre che realizzare una rete tra le persone colpite dalla malattia, perché possano trovare sostegno nel mettere in comune la loro
- personale esperienza.



LIBERI
dalla
MENINGITE

primo gruppo in Italia impegnato nel rappresentare bisogni e diritti delle persone colpite da meningite e delle loro famiglie

Scopri chi siamo ➔

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

IMPORTANZA DELLA RETE COVID anche una OPPORTUNITA'

• RUOLO DELLA SANITA' PUBBLICA

**Coinvolgimento di tutti 'GLI OPERATORI SANITARI
COINVOLTI**

**MMG-SPECIALISTI AMBULATORIALI, SPECIALISTI
OSPEDALIERI, INFERMIERI, INFERMIERI DI COMUNITA'
ASSOCIAZIONI ecc**



GRAZIE

1

Se le formiche si
mettono d'accordo,
possono spostare
un elefante.
(Proverbo africano)

DAMMI UN VACCINO

Un piano di immunizzazione per la vita

Nuove disposizioni in materia di vaccinazioni ►►
Vai alla pagina della campagna [#dammiunvaccino](#)

Diapositiva preparata da MARIA GRAZIA SANTINI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a santini@siditalia.it