



tratto da "Ragazza con l'orecchino di perla" di Jan Vermeer

La prevenzione vaccinale (PL12)

Daniel Fiacchini (Dipartimento di Prevenzione, AST Ancona)

«...gli interventi orientati al genere, inclusi nei PRP, possono rappresentare un “patrimonio” di indicazioni e di esperienze.»

Gender influence on health and risk behavior in primary prevention: a systematic review

Julia Hiller¹  · Kathrina Schatz¹ · Hans Drexler¹

Received: 12 May 2016 / Accepted: 29 March 2017 / Published online: 12 April 2017
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017

Abstract

Aim Prevention plays a crucial part in healthcare systems and is greatly influenced by the health and risk behavior of the population. The extent to which special tailoring to the addressed subjects would be helpful in improving the effectiveness of prevention measures is unknown. Therefore, the goal of this systematic review is to assess gender-specific differences in primary prevention actions.

Subject and Methods A systematic review was conducted in 2015 by searching the PubMed (Medline) and Cochrane Library databases as well as adding additional studies by cross-referencing. The search focused on studies with an analysis of gender differences in health and risk behavior concerning primary prevention. Therefore, major exclusion criteria were single-gender studies, underage (<18 years) study collectives and secondary or tertiary prevention measures.

Results In total, 23 studies from 13 different countries were included in the qualitative evaluation. The studies covered 11 different subtopics of primary prevention, but were too diverse in content and type to draw many fundamental conclusions. A meta-analysis was not possible. Generally a tendency for females to be more health-conscious and engaged in preventive behavior could be seen in most subgroups.

Conclusion The importance of gender-specific prevention measures for the healthcare system is being increasingly stressed, but only a few studies specifically analyzing the

influence of gender on preventive behavior could be identified. To implement appropriate primary prevention measures tailored to gender-specific needs, more details and studies on gender differences are needed.

Keywords Gender · Health behavior · Risk behavior · Primary prevention

Background and aim

Prevention plays a crucial part in healthcare systems and politics around the world. Due to the demographic change and the increase of widespread diseases such as ischemic heart disease, COPD, stroke and others, the call for further action and primary prevention strategies targeting the causes of chronic diseases before they even develop is urgent. Today, behavior itself is one of the heaviest burdens of disease and directly associated with worldwide health problems such as unhealthy nutrition (Hamburg and Sartorius 1989). Prevention is the key to counteracting these risks.

Disease prevention has long been categorized in primary, secondary and tertiary prevention (Gordon 1983). In this review we focus on primary prevention tailored to measures taken prior to the biological origin of disease (Gordon 1983). It therefore starts before harm, illness or a non-compliant behavior occurs and searches for the causes and risk factors which may lead to them (DGNP 2015). The prevalent health and risk behavior in the population greatly influences primary prevention strategies.

In Germany, the question about gender influence on prevention strategies arose in the wake of the German Preventive Health Care Act (PrävG 2015). This act, which was passed in 2015, states that gender-specific characteristics should be accounted for. Males and females are known to differ in their

ANNUAL REVIEWS

Annual Review of Cell and Developmental Biology Sex and Gender Differences in the Outcomes of Vaccination over the Life Course

Katie L. Flanagan,¹ Ashley L. Fink,²
Magdalena Plebanski,¹ and Sabra L. Klein²

¹Department of Immunology and Pathology, Monash University, Melbourne, Victoria, Australia, 3800; email: katie.flanagan@dhhs.tas.gov.au, magdalena.plebanski@monash.edu

²W. Harry Feinstone Department of Molecular Microbiology and Immunology, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland 21205; email: sklein2@jhu.edu, afink14@jhu.edu

✉ Julia Hiller
julia.hiller@fau.de

¹ Institute and Out-Patient Clinic for Occupational, Social and Environmental Medicine of the Friedrich-Alexander-University Erlangen-Nuremberg, Schillerstraße 25/29, 91054 Erlangen, Germany

Annu. Rev. Cell Dev. Biol. 2017. 33:577–99

The *Annual Review of Cell and Developmental Biology* is online at cellbio.annualreviews.org

<https://doi.org/10.1146/annurev-cellbio-100616-060718>

Copyright © 2017 by Annual Reviews.
All rights reserved



ANNUAL REVIEWS Further

Click here to view this article's online features:

- Download figures as PPT slides
- Navigate linked references
- Download citations

Keywords

antibody response, adverse reaction, microbiome, sex chromosomes, sex steroids, vaccine acceptance, vaccine efficacy

Abstract

Both sex (i.e., biological differences) and gender (i.e., social or cultural influences) impact vaccine acceptance, responses, and outcomes. Clinical data illustrate that among children, young adults, and aged individuals, males and females differ in vaccine-induced immune responses, adverse events, and protection. Although males are more likely to receive vaccines, following vaccination, females typically develop higher antibody responses and report more adverse effects of vaccination than do males. Human, nonhuman animal, and in vitro studies reveal numerous immunological, genetic,



HHS Public Access

Author manuscript

Vaccine. Author manuscript; available in PMC 2023 March 08.

Published in final edited form as:

Vaccine. 2022 March 08; 40(11): 1643–1654. doi:10.1016/j.vaccine.2021.04.013.

Differences and Disparities in Seasonal Influenza Vaccine, Acceptance, Adverse Reactions, and Coverage by Age, Sex, Gender, and Race

Aniket Kini^a, Rosemary Morgan^a, Helen Kuo^a, Patrick Shea^b, Janna Shapiro^a, Sean X. Leng^{b,c}, Andrew Pekosz^b, Sabra L. Klein^{a,b}

^aDepartment of International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, 21205, USA

^bW. Harry Feinstone Department of Molecular Microbiology and Immunology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, 21205, USA

^cGeriatric Medicine and Gerontology, Department of Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA

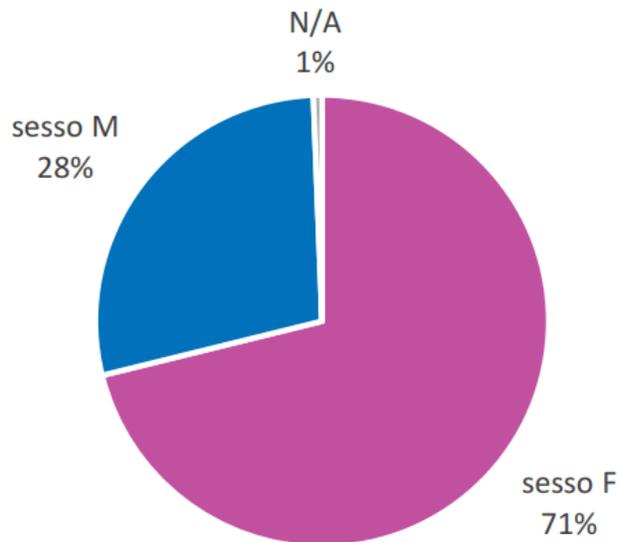
Abstract

Background: Influenza is a significant threat to public health worldwide. Despite the widespread availability of effective and generally safe vaccines, the acceptance and coverage of influenza

Distribuzione per sesso

A fronte di una esposizione sovrapponibile fra i sessi (52% delle dosi somministrate nel sesso femminile e del 48% nel sesso maschile), il 71% delle segnalazioni riguarda le donne (166/100.000 dosi somministrate) e il 28% gli uomini (70/100.000 dosi somministrate), indipendentemente dal vaccino e dalla dose somministrata (il sesso non è riportato nell'1% delle segnalazioni, fig. 3). Tale andamento è osservabile anche negli altri Paesi europei.

Figura 3 - Distribuzione per sesso delle segnalazioni inserite nella RNF



L'attenzione alle differenze di genere ha un senso nella pratica vaccinale?

Sensibilità alle differenze biologiche

Le risposte immunitarie possono variare tra uomini e donne a causa di differenze biologiche ben note. Ad esempio, le donne tendono a mostrare una maggiore attivazione immunitaria dopo la vaccinazione rispetto agli uomini e questo renderebbe conto del maggior numero di segnalazioni di eventi avversi registrate nelle donne rispetto agli uomini.

L'attenzione alle differenze di genere ha un senso nella pratica vaccinale?

Prevenzione delle malattie specifiche di genere

Alcune malattie infettive possono colpire in modo diverso uomini e donne. Ad esempio, il virus del papilloma umano (HPV) può portare a diverse complicazioni: cancro cervicale nelle donne, cancro del pene negli uomini. Le strategie di vaccinazione dovrebbero considerare queste differenze di genere.

L'attenzione alle differenze di genere ha un senso nella pratica vaccinale?

Considerazione delle fasi della vita

Le esigenze di vaccinazione possono variare in base all'età e allo stato riproduttivo, con considerazioni specifiche per le donne in gravidanza o in allattamento. È importante sviluppare strategie che tengano conto di queste fasi della vita e dei potenziali rischi associati.

L'attenzione alle differenze di genere ha un senso nella pratica vaccinale?

Contesto sociale e culturale. Le differenze di genere possono influenzare i comportamenti legati alla salute, comprese le decisioni sulla vaccinazione. Ad esempio, in alcune culture, potrebbe esserci una maggiore resistenza alla vaccinazione tra le donne rispetto agli uomini, e viceversa. Le strategie di comunicazione e di accesso devono tenere conto di questi fattori.

Protezione delle popolazioni vulnerabili. Le donne possono essere più vulnerabili a determinate malattie a causa di fattori socio-economici, come l'accesso limitato alle cure mediche o le disuguaglianze di genere. Le strategie vaccinali dovrebbero essere progettate per raggiungere e proteggere queste popolazioni vulnerabili.

Equità di accesso. Le strategie di vaccinazione dovrebbero garantire un accesso equo per entrambi i sessi e per tutte le identità di genere, senza discriminazioni. Ciò significa considerare l'accesso finanziario, geografico e culturale alle vaccinazioni.

Pianificazione PL12 Malattie Infettive e Vaccinazioni

OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP

	Ambito	Obiettivo
PL12_OT04	INTERSETTORIALITÀ	Istituzione ed aggiornamento di un gruppo tecnico regionale per la valutazione dell'andamento delle attività relative al PNEMoRC
PL12_OT09	INTERSETTORIALITÀ	Validazione regionale delle malattie infettive - riorganizzazione regionale della funzione "gestione e controllo delle malattie infettive"
PL12_OT10	INTERSETTORIALITÀ	Elaborazione/revisione di procedure per l'invio dei campioni ai centri regionali di riferimento
PL12_OT12	INTERSETTORIALITÀ	Istituzione della Rete Integrata per il monitoraggio e la sorveglianza dell'Arboviroosi nelle Marche
PL12_OT02	FORMAZIONE	Formazione operatori sanitari sul Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale e sulla comunicazione in ambito vaccinale con coinvolgimento di operatori sanitari, inclusi MMG/PLS
PL12_OT06	FORMAZIONE	Formazione operatori sanitari su recepimento regionale del PANFLU
PL12_OT07	COMUNICAZIONE	Realizzazione di un programma di comunicazione per il miglioramento dell'adesione vaccinale consapevole
PL12_OT11	COMUNICAZIONE	PNAIDS: implementazione regionale attività di comunicazione sulla popolazione generale e strategie su popolazioni specifiche
PL12_OT01	EQUITÀ	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA



Obiettivo

- PL12_OS01** PNEMoRC: pianificazione locale di azioni di eliminazione Morbillo e Rosolia congenita e analisi delle attività locali attraverso effettuazione di site visit
- PL12_OS02** Completamento anagrafe vaccinale regionale tramite utilizzo di nuovo software gestionale
- PL12_OS03** Miglioramento sorveglianza TB attraverso l'integrazione di sistemi informativi.
- PL12_OS04** Rafforzamento sierotipizzazione delle MIB

PNP (PRP, PIL)

+

Piano Strategico-Operativo di Settore
(PNPV e relativa DGR di recepimento)

Obiettivi del PNPV 2023-2025

- Mantenere lo status polio-free
- Raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia
- Rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate
- Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target rafforzando Governance, Reti e percorsi di prevenzione vaccinale
- Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente
- Ridurre le diseguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale
- Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale
- Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino
- Rafforzare la comunicazione in campo vaccinale
- Promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia.

Obiettivi del PNPV 2023-2025

- Mantenere lo status polio-free
- Raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia
- Rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate
- Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target rafforzando Governance, Reti e percorsi di prevenzione vaccinale
- Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente
- Ridurre le diseguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale
- Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale
- Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino
- **Rafforzare la comunicazione in campo vaccinale**
- Promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia.

Strategie per il raggiungimento degli obiettivi

90% ragazze vaccinate entro i 15 anni (WHO)

La strategia dell'OMS per accelerare l'eliminazione del carcinoma cervicale rappresenta la prima strategia sanitaria globale per l'eliminazione di un tumore affrontato come problema di sanità pubblica e l'obiettivo è quello di raggiungere il 90% delle ragazze vaccinate contro l'HPV entro l'età di 15 anni. L'estensione della vaccinazione nei ragazzi, promossa in Italia con il precedente PNPV, è centrale per rafforzare la prevenzione di tutte le malattie HPV correlate.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale

Coperture vaccinali al 31.12.2021 per HPV

(aggiornamento ottobre 2022)

Il presente documento riporta i dati, al 31.12.2021, di copertura, nazionali e regionali, per la vaccinazione anti-HPV per le coorti di nascita 1997-2009.

Ogni anno vengono presentati i dati relativi all'ultima coorte oggetto di chiamata attiva per la vaccinazione anti-HPV (2009) e i dati aggiornati delle coorti di nascita precedenti, separatamente sia per le femmine che per i maschi.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e i nuovi LEA prevedono la vaccinazione gratuita nel corso del dodicesimo anno di età sia per le femmine che per i maschi.

La maggior parte delle Regioni prevede la gratuità o il pagamento agevolato per altre fasce di età, non oggetto di chiamata attiva né di attività di recupero.

I dati sono stati raccolti attraverso la scheda di rilevazione delle coperture vaccinali inviata annualmente dal Ministero della Salute alle Regioni e Province Autonome. Nella scheda viene chiesto di indicare la numerosità delle popolazioni target (separatamente maschi e femmine), il numero di soggetti vaccinati con almeno una dose e il numero di soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale (indipendentemente dalla schedula adottata e dal vaccino utilizzato), per coorti di nascita.

Viene, quindi, riportata la copertura per almeno una dose di vaccino e per ciclo vaccinale completo (indipendentemente dalla schedula adottata e dal vaccino utilizzato), per coorti di nascita.

DATI MINISTERIALI AL 31.12.2021

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_27_1_7_file.pdf

Maschi, 2009 (12 anni)

Regione	Popolazione Target	% V1 dose	% V Ciclo completo
Marche	6671	30,83%	14,89%
Italia	289221	45%	26,75%

Maschi, 2008 (13 anni)

Regione	Popolazione Target	% V1 dose	% V Ciclo completo
Marche	7056	57,53%	45,20%
Italia	288980	58,08%	43,99%



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale

Coperture vaccinali al 31.12.2021 per HPV

(aggiornamento ottobre 2022)

Il presente documento riporta i dati, al 31.12.2021, di copertura, nazionali e regionali, per la vaccinazione anti-HPV per le coorti di nascita 1997-2009.

Ogni anno vengono presentati i dati relativi all'ultima coorte oggetto di chiamata attiva per la vaccinazione anti-HPV (2009) e i dati aggiornati delle coorti di nascita precedenti, separatamente sia per le femmine che per i maschi.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e i nuovi LEA prevedono la vaccinazione gratuita nel corso del dodicesimo anno di età sia per le femmine che per i maschi.

La maggior parte delle Regioni prevede la gratuità o il pagamento agevolato per altre fasce di età, non oggetto di chiamata attiva né di attività di recupero.

I dati sono stati raccolti attraverso la scheda di rilevazione delle coperture vaccinali inviata annualmente dal Ministero della Salute alle Regioni e Province Autonome. Nella scheda viene chiesto di indicare la numerosità delle popolazioni target (separatamente maschi e femmine), il numero di soggetti vaccinati con almeno una dose e il numero di soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale (indipendentemente dalla schedula adottata e dal vaccino utilizzato), per coorti di nascita.

Viene, quindi, riportata la copertura per almeno una dose di vaccino e per ciclo vaccinale completo (indipendentemente dalla schedula adottata e dal vaccino utilizzato), per coorti di nascita.

DATI MINISTERIALI AL 31.12.2021

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_27_1_7_file.pdf

Maschi, 2007 (14 anni)

Regione	Popolazione Target	% V1 dose	% V Ciclo completo
Marche	6801	61,01%	54,49%
Italia	286074	62,73%	53,97%

Maschi, 2006 (15 anni)

Regione	Popolazione Target	% V1 dose	% V Ciclo completo
Marche	6712	44,86%	39,50%
Italia	287821	62,19%	54,21%

-50,5%

Obiettivo WHO (90%)



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale

Coperture vaccinali al 31.12.2021 per HPV

(aggiornamento ottobre 2022)

Il presente documento riporta i dati, al 31.12.2021, di copertura, nazionali e regionali, per la vaccinazione anti-HPV per le coorti di nascita 1997-2009.

Ogni anno vengono presentati i dati relativi all'ultima coorte oggetto di chiamata attiva per la vaccinazione anti-HPV (2009) e i dati aggiornati delle coorti di nascita precedenti, separatamente sia per le femmine che per i maschi.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e i nuovi LEA prevedono la vaccinazione gratuita nel corso del dodicesimo anno di età sia per le femmine che per i maschi.

La maggior parte delle Regioni prevede la gratuità o il pagamento agevolato per altre fasce di età, non oggetto di chiamata attiva né di attività di recupero.

I dati sono stati raccolti attraverso la scheda di rilevazione delle coperture vaccinali inviata annualmente dal Ministero della Salute alle Regioni e Province Autonome. Nella scheda viene chiesto di indicare la numerosità delle popolazioni target (separatamente maschi e femmine), il numero di soggetti vaccinati con almeno una dose e il numero di soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale (indipendentemente dalla schedula adottata e dal vaccino utilizzato), per coorti di nascita.

Viene, quindi, riportata la copertura per almeno una dose di vaccino e per ciclo vaccinale completo (indipendentemente dalla schedula adottata e dal vaccino utilizzato), per coorti di nascita.

DATI MINISTERIALI AL 31.12.2021

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_27_1_7_file.pdf

Femmine, 2009 (12 anni)

Regione	Popolazione Target	% V1 dose	% V Ciclo completo
Marche	6337	39,31%	19,30%
Italia	274505	53,02%	32,22%

Femmine, 2008 (13 anni)

Regione	Popolazione Target	% V1 dose	% V Ciclo completo
Marche	6529	70,44%	62,75%
Italia	275489	68,40%	53,53%



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale

Coperture vaccinali al 31.12.2021 per HPV

(aggiornamento ottobre 2022)

Il presente documento riporta i dati, al 31.12.2021, di copertura, nazionali e regionali, per la vaccinazione anti-HPV per le coorti di nascita 1997-2009.

Ogni anno vengono presentati i dati relativi all'ultima coorte oggetto di chiamata attiva per la vaccinazione anti-HPV (2009) e i dati aggiornati delle coorti di nascita precedenti, separatamente sia per le femmine che per i maschi.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e i nuovi LEA prevedono la vaccinazione gratuita nel corso del dodicesimo anno di età sia per le femmine che per i maschi.

La maggior parte delle Regioni prevede la gratuità o il pagamento agevolato per altre fasce di età, non oggetto di chiamata attiva né di attività di recupero.

I dati sono stati raccolti attraverso la scheda di rilevazione delle coperture vaccinali inviata annualmente dal Ministero della Salute alle Regioni e Province Autonome. Nella scheda viene chiesto di indicare la numerosità delle popolazioni target (separatamente maschi e femmine), il numero di soggetti vaccinati con almeno una dose e il numero di soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale (indipendentemente dalla schedula adottata e dal vaccino utilizzato), per coorti di nascita.

Viene, quindi, riportata la copertura per almeno una dose di vaccino e per ciclo vaccinale completo (indipendentemente dalla schedula adottata e dal vaccino utilizzato), per coorti di nascita.

DATI MINISTERIALI AL 31.12.2021

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_27_1_7_file.pdf

Femmine, 2007 (14 anni)

Regione	Popolazione Target	% V1 dose	% V Ciclo completo
Marche	6416	73,27	68,34
Italia	270831	75,30	66,03

Femmine, 2006 (15 anni)

Regione	Popolazione Target	% V1 dose	% V Ciclo completo
Marche	6294	72,48	67,62
Italia	272164	77,44	69,45

-20,55%

Obiettivo WHO (90%)

Le principali azioni da intraprendere (1)

Rilanciare e rafforzare la campagna di vaccinazione contro HPV, prevedendo il coinvolgimento attivo del territorio (in particolare PLS/MMG e consultori familiari), degli specialisti (in primis pediatri, ginecologi, oncologi), delle società scientifiche e della società civile;

Favorire la vaccinazione attraverso l'ampliamento dell'accesso ai servizi vaccinali, l'organizzazione di open day e attività di catch up;

Le principali azioni da intraprendere (1)

Garantire offerta gratuita del vaccino alle coorti almeno fino all'età di inizio dello screening del tumore per il cancro della cervice uterina per le femmine e garantire la gratuita' del vaccino per i maschi almeno fino ai 25 anni di età compresi (a partire dalla coorte dei nati nel 2009), garantendo altresì il mantenimento della gratuità nel tempo per le coorti beneficiarie;

Adottare strumenti e tecnologie informatiche flessibili per supportare la chiamata attiva e la gestione della prenotazione per ridurre le probabilità di non presentazione;

Le principali azioni da intraprendere

Analizzare i determinanti dell'esitazione vaccinale nei confronti dei vaccini anti-HPV e intervenire su di essi e sviluppare una estesa campagna comunicativa e informativa a supporto della campagna nazionale di vaccinazione contro HPV, impegnata su più fronti: scuole, punti di ritrovo per i giovanissimi e i giovani, tutti i media (anche i social media);

Le principali azioni da intraprendere

Rafforzare la comunicazione agli studenti e ai genitori tramite la scuola. Sempre più frequenti le progettualità che prevedono il coinvolgimento attivo delle scuole, a partire dalla collaborazione nell'invio di note informative e inviti alla vaccinazione che possano raggiungere le famiglie degli studenti interessati per età, anche integrando, con questa specifica attività informativa, le azioni previste dal PNP/PRP (PP1 Scuole che Promuovono Salute);

Spostare il target comunicativo dai genitori agli adolescenti, perché ragazzi e ragazze, correttamente informate, possano essere il motore di un cambiamento che li veda protagonisti della scelta vaccinale.

Altro punto critico

Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale

Vaccinazioni per soggetti a rischio per determinate condizioni o comportamenti

Alcune categorie di soggetti presentano un rischio aumentato di esposizione ad alcune malattie infettive a causa di determinate condizioni, stili di vita o comportamenti.

Donne in età fertile

Alcune malattie possono incidere negativamente sulla fertilità o avere conseguenze sull'esito di una gravidanza. Di conseguenza, per le donne in età fertile sono indicate, se non già immuni, le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia, varicella e papilloma virus (HPV).

Di grande importanza è anche il richiamo decennale della vaccinazione contro difterite, tetano e pertosse.

Le donne in età fertile dovrebbero conoscere il proprio stato immunitario riguardo alla rosolia e alla varicella.

Donne che programmano una gravidanza

In previsione di una gravidanza, è necessario che le donne siano protette nei confronti di morbillo, parotite, rosolia (MPR) e della varicella, dato l'elevato rischio, sia per il nascituro che per la donna, derivante dall'infezione materna durante la gravidanza.

Poiché sia il vaccino MPR che quello della varicella sono, in via precauzionale, controindicati in gravidanza, è necessario assicurarsi di non essere in stato di gravidanza al momento dell'immunizzazione ed evitare il concepimento per almeno quattro settimane dopo la vaccinazione

Vi è unanime consenso che non è raccomandata l'effettuazione di un test di gravidanza nelle donne in età fertile prima della somministrazione di vaccini virali vivi ma è sufficiente l'anamnesi pre-vaccinale.

Donne in gravidanza

Nel corso di ogni gravidanza e per ogni successiva gestazione sono fortemente raccomandate le vaccinazioni dTpa, anti-influenzale (se la gestazione si verifica nel corso di una stagione influenzale) e anti covid-19 secondo le raccomandazioni ministeriali vigenti.

Vaccinazioni in gravidanza



dTpa

Influenza

Covid19

Proteggiamo i nostri bimbi!

Dipartimento di Prevenzione AST Ancona - SISP Fabriano

Influenza

- La gravidanza si accompagna a un aumentato rischio di infezione influenzale di grado severo. L'influenza stagionale aumenta il rischio di ospedalizzazione materna, prematurità, parto cesareo, distress fetale, basso peso del nascituro e interruzione di gravidanza. Anche nei bambini al di sotto dei 6 mesi di vita, per cui non esiste ancora un vaccino, l'influenza aumenta il rischio di malattia severa e complicanze.
- Il vaccino antinfluenzale inattivato è raccomandato alle donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza o nel periodo "postpartum".
- L'immunizzazione materna offre anche protezione al neonato attraverso il trasferimento di anticorpi materni.

Covid-19

- Le donne in gravidanza o nel periodo “postpartum” hanno maggiori probabilità di sviluppare forme gravi di COVID-19 con aumentato rischio di complicazioni che possono influenzare la gravidanza e lo sviluppo del bambino. La vaccinazione è raccomandata nelle donne che si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza o nel periodo “postpartum” comprese le donne in allattamento. Si rimanda alle raccomandazioni ministeriali vigenti.
- La vaccinazione materna ha inoltre dimostrato di essere sicura ed efficace nel proteggere i bambini di età inferiore ai 6 mesi da forme gravi di COVID-19 e dall’ospedalizzazione.

Pertosse (dTpa)

- Di grande rilievo è la vaccinazione dTpa durante ogni gravidanza (nel terzo trimestre), anche se la donna sia già stata vaccinata di recente, sia in regola con i richiami decennali o abbia contratto la pertosse.
- La pertosse, infatti, se contratta nei primi mesi di vita può essere molto grave e persino mortale; la fonte di infezione è frequentemente la madre e la protezione conferita passivamente da madri con pregressa infezione o vaccinate molti anni prima è labile e incostante.
- Per tali motivi, la vaccinazione della madre nelle ultime settimane di gravidanza consente il trasferimento passivo di anticorpi materni al feto in grado di proteggere il bambino fino allo sviluppo di una protezione attiva da vaccinazione (a partire dal 3° mese di vita).
- Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è dalla 27a alla 36a settimana di gestazione, idealmente intorno alla 28a settimana, indipendentemente dal tempo trascorso dalla effettuazione di precedenti vaccini, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare.
- In considerazione del fatto che gli anticorpi anti-pertosse si riducono progressivamente con il trascorrere del tempo, è raccomandato effettuare la vaccinazione dTpa ad ogni gravidanza: questo potrà garantire il passaggio di un alto livello di IgG ad ogni nascituro.

Post-partum

MPR

Nelle donne in gravidanza senza evidenza di immunità a una delle tre malattie, il vaccino MPR (controindicato durante la gravidanza) è raccomandato nell'immediato periodo post-partum, anche prima della dimissione dalla struttura sanitaria.

L'allattamento al seno non è una controindicazione al vaccino MPR

Varicella

Nelle donne in gravidanza senza evidenza di immunità alla varicella, il vaccino anti varicella (controindicato in gravidanza) è raccomandato nell'immediato periodo post-partum, anche prima della dimissione dalla struttura sanitaria indipendentemente dalla nascita prima del 1980.

L'allattamento al seno non è una controindicazione al vaccino: studi hanno dimostrato che il virus vaccinico VZV non è trasmesso nel latte materno.

Pertosse (dTpa)

La vaccinazione nel puerperio è raccomandata se la donna non è stata vaccinata durante la gravidanza. In tale evenienza, al fine di proteggere il neonato, è raccomandata la vaccinazione di tutti i contatti stretti (Cocoon strategy).

PERTOSSE: CHI CONTAGIA IL NEONATO??



Wiley KE *et al.* *Vaccine* 2013; 31: 618-625

6 FEBBRAIO 2024:



IL DRAMMA

Neonata muore di pertosse Salesi, choc e incredulità: aveva solo 15 giorni di vita

di Stefano Rispoli

La vicenda

Il 21 gennaio scorso
la bimba nasce al Salesi: il parto non dà complicazioni

La neonata
dopo alcuni giorni dal ritorno a casa, manifesta tosse, febbre e difficoltà respiratori

Sabato scorso
i genitori decidono di portare la figlioletta al Salesi perché i sintomi peggiorano

Domenica sera
il trasferimento in Rianimazione pediatrica: la piccola è affetta da pertosse e da un'infezione respiratoria acuta

Ieri pomeriggio
la bimba muore a 16 giorni dalla nascita

DOSSIER PUNTI

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale

PNPV 2023-2025

20 marzo 2023

RAFFORZARE LA COMUNICAZIONE IN CAMPO VACCINALE

La comunicazione in ambito vaccinale deve oggi tenere conto di una molteplicità di obiettivi, destinatari, canali e metodi attraverso i quali essa deve essere realizzata, con la principale finalità di costruire e mantenere la fiducia della popolazione nelle vaccinazioni e nelle istituzioni sanitarie. Qui di seguito si propone un framework di principi, considerazioni e azioni strategiche che dovrebbero orientare le iniziative di comunicazione in ambito vaccinale ai diversi livelli, e in particolare:

1. Introdurre sistemi di monitoraggio dei determinanti dell'esitazione vaccinale.
2. Implementare attività di promozione e comunicazione multicanale delle vaccinazioni e garantire che siano in atto meccanismi comunicativi per rispondere ai dubbi della popolazione generale ed alle informazioni inesatte o false circolanti, anche attraverso l'utilizzo dei social media e delle nuove tecnologie dei media.
3. Garantire una risposta coerente, tempestiva, trasparente e affidabile in relazione ad eventi avversi vaccino correlati a livello nazionale, regionale e locale.
4. Formare gli operatori sanitari sulla comunicazione in ambito vaccinale al fine di massimizzare il ruolo che svolgono nell'affrontare l'esitazione vaccinale.
5. Rafforzare il tema della vaccinologia nella formazione universitaria e post-universitaria e fornire opportunità di formazione continua per gli operatori sanitari.
6. Creare alleanze al livello internazionale, nazionale e regionale per ottimizzare gli sforzi, le risorse, i materiali e le competenze di *advocacy* e favorire il *community engagement* (inclusi educatori, leader religiosi, media tradizionali e social media, mediatori sanitari, "immunization champions", associazioni e società professionali nazionali, istituzioni accademiche e organizzazioni della società civile, decisori politici).
7. Sviluppare piani di comunicazione e includere sistemi di monitoraggio dell'opinione pubblica prima e dopo l'introduzione di un nuovo vaccino.

Le azioni qui di seguito riportate sono utili al raggiungimento degli obiettivi suddetti e dovrebbero essere intraprese a tutti i livelli (nazionale, regionale e locale) in modo coerente e, possibilmente, concertato.

Azioni utili a garantire approfondimenti sui determinanti dell'esitazione vaccinale

- Istituire un Gruppo di lavoro multidisciplinare sul contrasto all'esitazione vaccinale.
- Attivare un sistema di monitoraggio/sorveglianza dell'esitazione vaccinale basandosi sulle esperienze esistenti al livello nazionale e regionale che consenta di acquisire sistematicamente e con continuità dati sull'esitazione vaccinale con il massimo livello di granularità.

Azioni utili a garantire coerenza e continuità all'azione comunicativa in relazione a differenti contesti comunicativi

- Elaborare ed attuare un piano strategico di comunicazione in ambito vaccinale che programmi le singole campagne comunicative e iniziative in relazione ad obiettivi ben definiti rivolti ai diversi target (operatori sanitari, media, popolazione generale, target di popolazione specifici) e che preveda strumenti di valutazione di efficacia delle azioni intraprese.
- Intervenire con campagne e iniziative mirate in caso di emergenze o circostanze impreviste che le richiedano (vedasi anche Allegato 1).
- Implementare campagne comunicative di ambito vaccinale identificando con chiarezza obiettivi comunicativi, target delle azioni comunicative, canali comunicativi e contenuti coerenti rispetto agli obiettivi previsti (vedasi anche Allegato 2).

Nelle Marche nel biennio 2024-2025

Tabella 3 - Azioni utili a garantire approfondimenti sui determinanti dell'esitazione vaccinale

<i>Azione/attività</i>	<i>Ambito di intervento</i>	<i>Tempistica</i>
Istituire nell'ambito del Gruppo Tecnico Vaccini e strategie di Vaccinazione delle Marche di un sottogruppo di lavoro multidisciplinare dedicato allo studio e all'approfondimento dell'esitazione vaccinale nelle Marche (composizione che contempli rappresentanti di MMG, PLS, SISP, Università, Farmacisti).	R	2024
Attivare azioni di approfondimento, analisi e monitoraggio del fenomeno dell'esitazione vaccinale ad ogni livello. Report annuale sulle attività effettuate nel territorio regionale e sui dati raccolti con particolare attenzione rivolta alle azioni per il contrasto dell'esitazione vaccinale che emergono dalle evidenze raccolte.	R - L	2024 e 2025

In AST Ancona nel biennio 2024-2025

- Testare esperienze pilota con progetti che promuovano l'esempio positivo dei genitori che vaccinano i loro figli con serenità, come normale gesto di prevenzione
- Segnalare alla stampa i risultati positivi ottenuti, creando contenuti che possano essere veicolati anche online, utili a sottolineare i progressi della prevenzione vaccinale
- Segnalare alla stampa casi di malattie prevenibili con vaccino, creando contenuti che possano essere veicolati anche online, utili a sottolineare la gravità di certi eventi, il fatto che anche se rari siano possibili, l'importanza di aderire alla pratica vaccinale

«Non dubitare mai che un piccolo gruppo di persone coscienti e impegnate possa cambiare il mondo. In verità è l'unica cosa che è sempre accaduta»

Margaret Mead



E-mail: daniel.fiacchini@gmail.com