

Le Vaccinazioni raccomandate.
Il Calendario Vaccinale.
Le Vaccinazioni nei LEA anno 2017

Ferrara 7 dicembre 2016

Marisa Cova

Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda USL Ferrara

PREVENZIONE PRIMARIA E VACCINI

La prevenzione delle malattie infettive costituisce uno dei principali obiettivi di salute della Sanità Pubblica.

I vaccini rappresentano una eccezionale scoperta che ha cambiato il volto della storia della medicina.

Grazie all'utilizzo dei vaccini è stato debellato il **vaiolo**, sono quasi scomparsi il **tetano**, la **poliomielite**, la **difterite** e sono state notevolmente ridotte malattie virali come l'**epatite B**, il **morbillo**, la **rosolia**, la **parotite** e le malattie batteriche come la **meningite**.

Cos'è la Salute

Costituzione OMS 1948

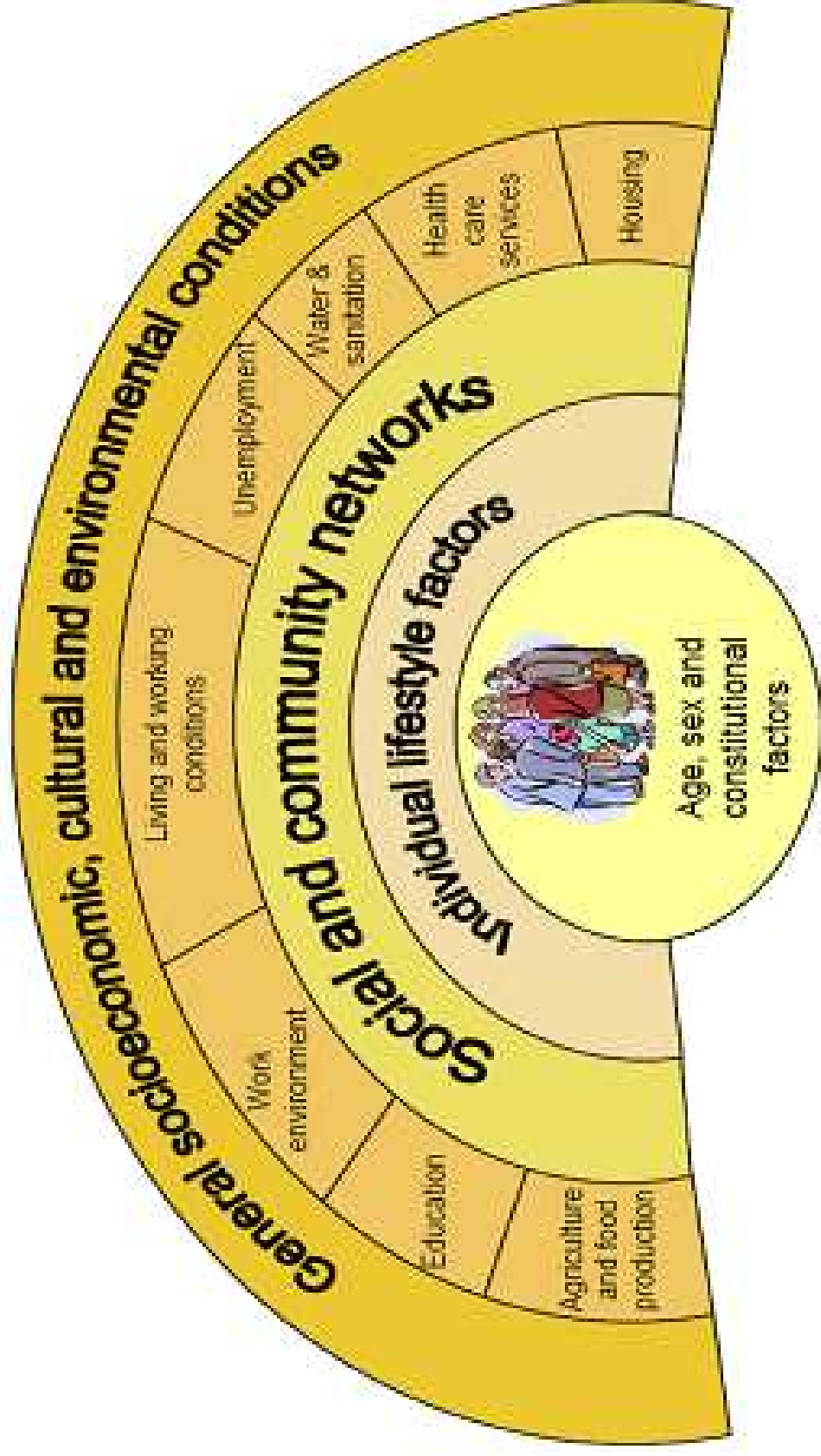
“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non solo assenza di malattia o infermità”

Sanità Pubblica

Italia legge 833 del 1978

- Principio dell'equità → gratuità delle cure per tutti i cittadini e garanzie per soggetti “sensibili”: garanzie per maternità e infanzia
- Salute globale → individuale, collettiva con attenzione all'ambiente
- Prevenzione e Partecipazione

la salute è il risultato di una relazione ecologica con tutte le altre realtà ambientali: tra i determinanti di salute esiste un'interazione dinamica



Social Model of Health – Dahlgren & Whitehead

GARANTIRE LA SALUTE

Le linee strategiche che si possono percorrere per proteggere e potenziare la salute dell'uomo sono:

- allontanare e/o correggere tutti i fattori potenzialmente nocivi;
- incrementare il livello di benessere, potenziando la presenza dei fattori protettivi ed aumentando il grado di resistenza all'azione dei diversi fattori di danno.

PREVENZIONE

LIVELLI DI PREVENZIONE

Prevenzione primaria

impedire l'insorgenza di casi di malattia.

Prevenzione secondaria

individuare e trattare i casi di malattia il più precocemente possibile.

Prevenzione terziaria

impedire l'aggravamento di malattie croniche in atto.

PREVENZIONE PRIMARIA

Impedire insorgenza di nuovi casi di malattia negli individui sani riducendo (o azzerando) il rischio individuale.

Se la causa è ignota o non eliminabile si agisce sui fattori di rischio, ottenendo una riduzione della incidenza.

PREVENZIONE PRIMARIA

Metodi di intervento:

- ◆ Aumentare difese dell'individuo
- ◆ Agire sullo stile di vita
- ◆ Agire sull'ambiente
- ◆ Eugenetica

Gli interventi sono diversi per le malattie infettive e non infettive.

- ◆ Per le malattie infettive la prevenzione e' piu' efficace e collaudata.
- ◆ Per le non infettive, spesso dovute a fattori comportamentali, i successi sono inferiori e grande importanza ha l'educazione sanitaria.

I VACCINI

Si definisce 'vaccino' un **prodotto biologico** contenente microorganismi viventi e attenuati, o uccisi, o ancora parti di essi o loro prodotti modificati, in grado di **stimolare, da parte del sistema immunitario, un'attiva risposta immunologica simile a quella stimolata dall'infezione naturale.**

Componenti dei vaccini



Necessità di test preliminari e saggi specifici per valutare compatibilità e stabilità dei diversi componenti

IMMUNITA' ANTI-INFETTIVA

Immunità congenita o refrattarietà

- ✓ di specie
- ✓ di individuo

Immunità acquisita

✓ **Naturale**

■ **Passiva** (connatale)

■ **Attiva** (per infezioni pregresse)

✓ **Artificiale**

■ **Passiva** (γ globuline)

■ **Attiva (vaccini)**

Vaccino e vaccinazione

Sono due concetti diversi

Il vaccino è uno strumento

**“la vaccinazione è la diffusione dei vaccini
in un tessuto sociale” → scelta etico-
politica → vaccinazione antivaiolosa!**

Vaccino - vaccinazione

Deve corrispondere a 5 principi fondamentali:

- ✓ **Non maleficità**: “primum non nocere”
- ✓ **Beneficità**: “primum adiuvaré”
- ✓ **Giustizia**: giustizia distributiva sia in relazione alla necessità di programmazione interna che di distribuzione di risorse → equità distributiva
- ✓ **Solidarietà** o spirito comunitario
- ✓ **Libera scelta, autonomia**

LA PRATICA DELLA VACCINAZIONE

Quando iniziail passato

Pratica di “immunizzazione” dalle malattie ha origine antica



I soggetti guariti da una malattia (infettiva) raramente la contraevano una seconda volta: Tucidide ad Atene...

Anno 1000 d.C. Asia: “vaiolizzazione”

Quando inizia

- 1700: “vaiolazione”, osteggiata dagli scienziati dell’epoca**
- 1796: Jenner impiega il virus del “vaiolo-vaccino” per prevenire il vaiolo umano**
- 1885: Pasteur elabora un vaccino antirabico , coltivato su midollo di coniglio, che inietta ad un bimbo morso da un cane**
- 1896: Wright elabora un vaccino contro il tifo**
- 1923: Medsen elabora un vaccino contro la pertosse e Calmette e Guerin mettono a punto il BCG.....(Koch scopre il micobatterio nel 1882)**
- 1937: primo vaccino contro l’influenza.....**

Il valore sociale della pratica vaccinale: la Vaccinazione antivaiolosa → evitare i morti

Napoleone I, nel 1805, fece vaccinare oltre 500.000 persone nel Regno italico: dott. Sacco Direttore delle Vaccinazioni del regno

1820 obbligo di vaccinazione nel Regno di Napoli

1888: Legge Crispi- Pagliani 1° Legge sanitaria del Regno d'Italia: obbligo di vaccinazione antivaiolosa a tutti i nuovi nati nel secondo semestre di vita



IL VALORE SOCIALE DELLE VACCINAZIONI

La vaccinazione occupa uno dei posti più elevati nella classifica delle tecnologie sanitarie in base al costo per anno di vita guadagnato e casi di malattia evitati, ovvero la spesa in vaccini costituisce uno dei modi migliori e più redditizi per la società e il Servizio Sanitario di investire le risorse disponibili.

IL VALORE SOCIALE DELLE VACCINAZIONI

I benefici prodotti dalle vaccinazioni hanno, oltre all'elevato valore scientifico, anche un fondamentale valore sociale: si riflettono sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

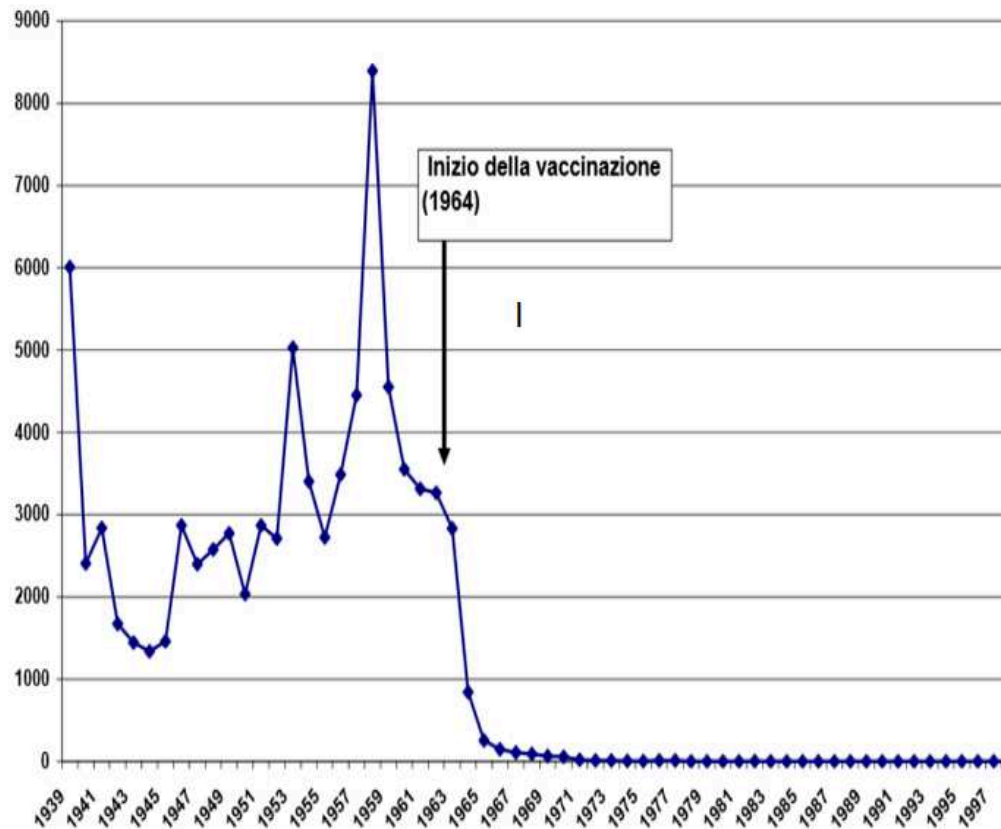
Il fenomeno della protezione comunitaria ottenibile con molti vaccini (immunità di gregge) con alte coperture ha rappresentato da sempre il valore aggiunto della vaccinazione a livello sociale.

OBIETTIVO DELLA VACCINAZIONE

L'utilizzo delle vaccinazioni ha determinato una drastica riduzione dei casi di patologie, anche gravi.

Nel 1964 è stata estesa la vaccinazione antipolio a tutti i bambini:

il numero di casi di polio si è ridotto di 10 volte in soli 2 anni (da 2830 a 254 casi), fino ad arrivare a 0 casi notificati a partire dagli anni '80.



"con l'eccezione dell'acqua potabile
nessun altro strumento, neppure gli
antibiotici, ha avuto un maggiore
effetto sulla riduzione della mortalità e
la crescita della popolazione" (Plotkin &
Plotkin, 1994)

Vaccinare: l'affare della sanità pubblica

1999: CDC di Atlanta ha inserito le vaccinazioni fra i primi 10 obiettivi di Sanità Pubblica per il 3° millennio

OBIETTIVO DELLA VACCINAZIONE

L'obiettivo dell'immunizzazione attiva è rendere il soggetto vaccinato non più suscettibile di ammalare in caso di contatto con il microrganismo.

PERCHE' VACCINARE??

- A livello individuale: rendere l'ospite immune (**protezione individuale**)
- A livello di popolazione: rimuovere le condizioni che permettono la trasmissione del patogeno nella popolazione (**protezione di gruppo**)

IMMUNITA' DI GREGGE: contribuisce al valore sociale....

Resistenza di un gruppo all'attacco di un'infezione verso la quale una grande proporzione dei membri del gruppo è immune. Ciò rende infrequente la probabilità di contatto tra infetto e suscettibile.

IMMUNITA' DI GREGGE

Community Immunity ("Herd" Immunity)



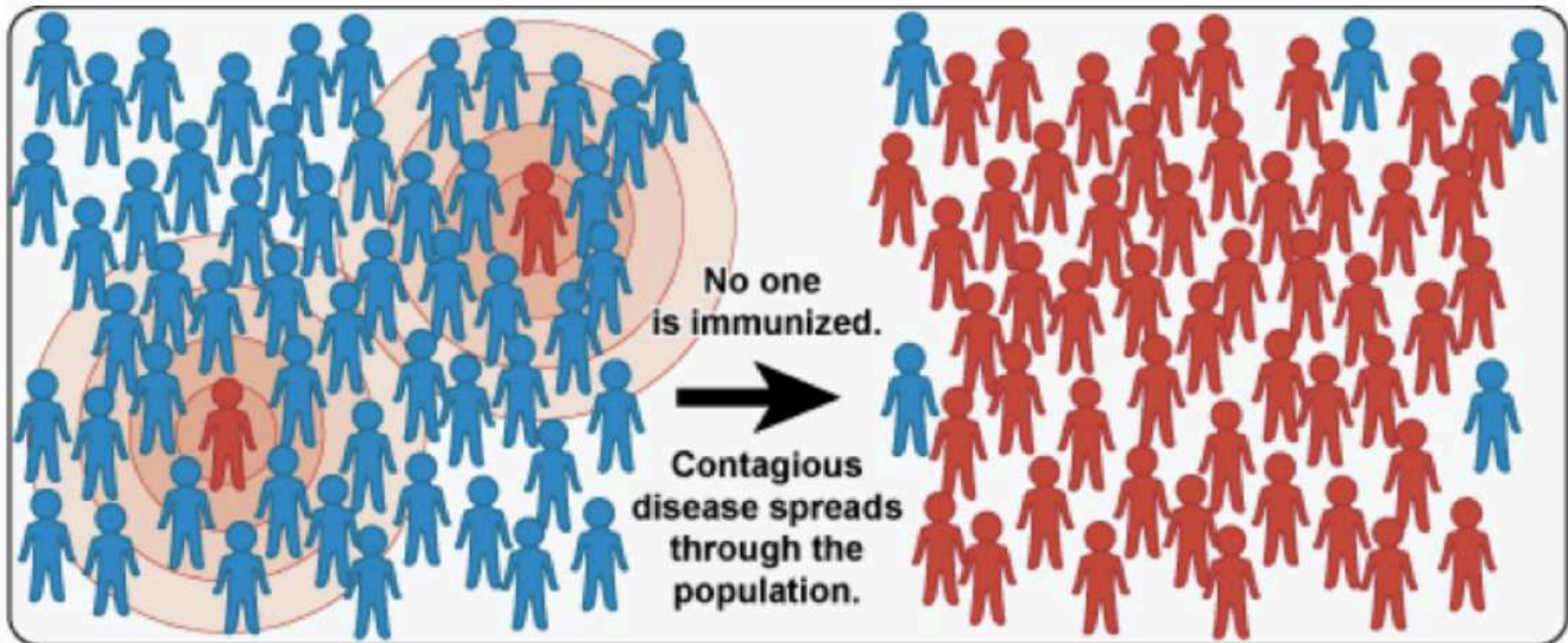
= not immunized but still healthy



= immunized and healthy



= not immunized, sick, and contagious



IMMUNITA' DI GREGGE



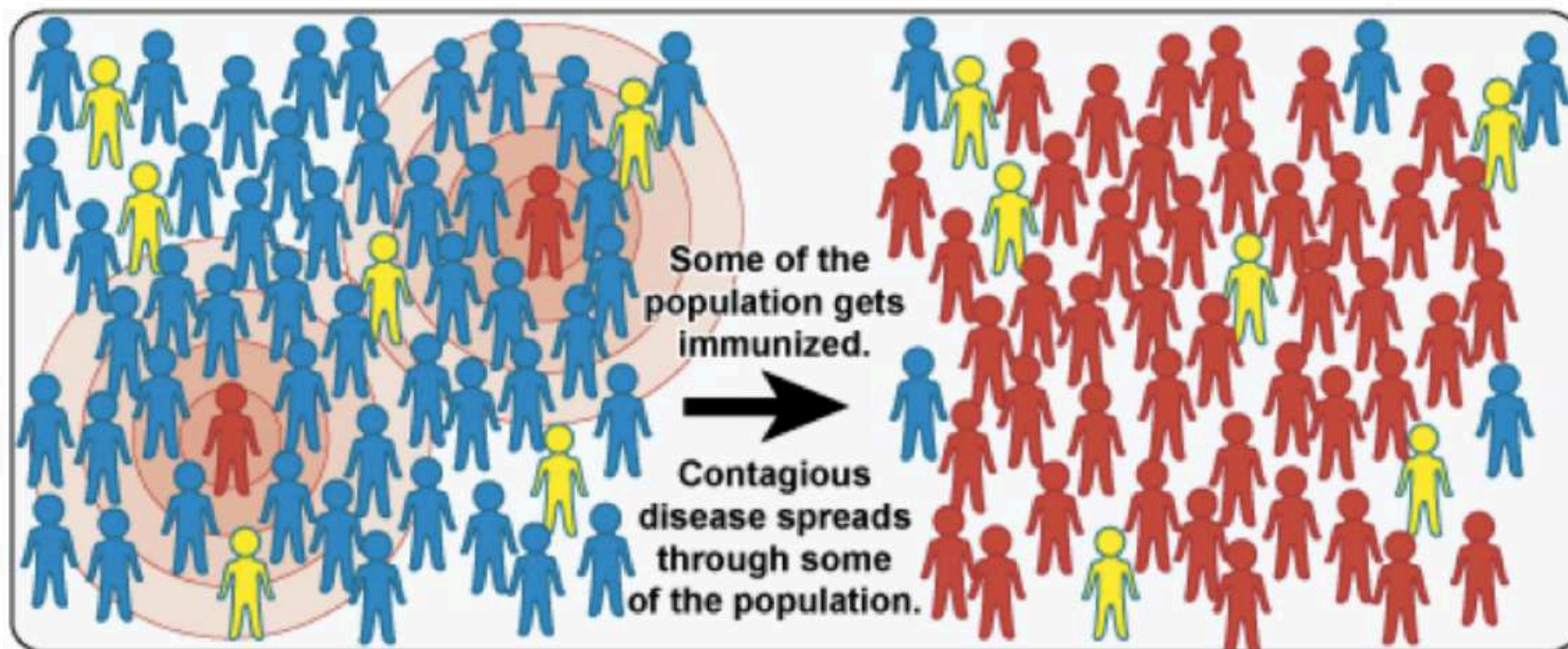
= not immunized but still healthy




= immunized and healthy





= not immunized, sick, and contagious

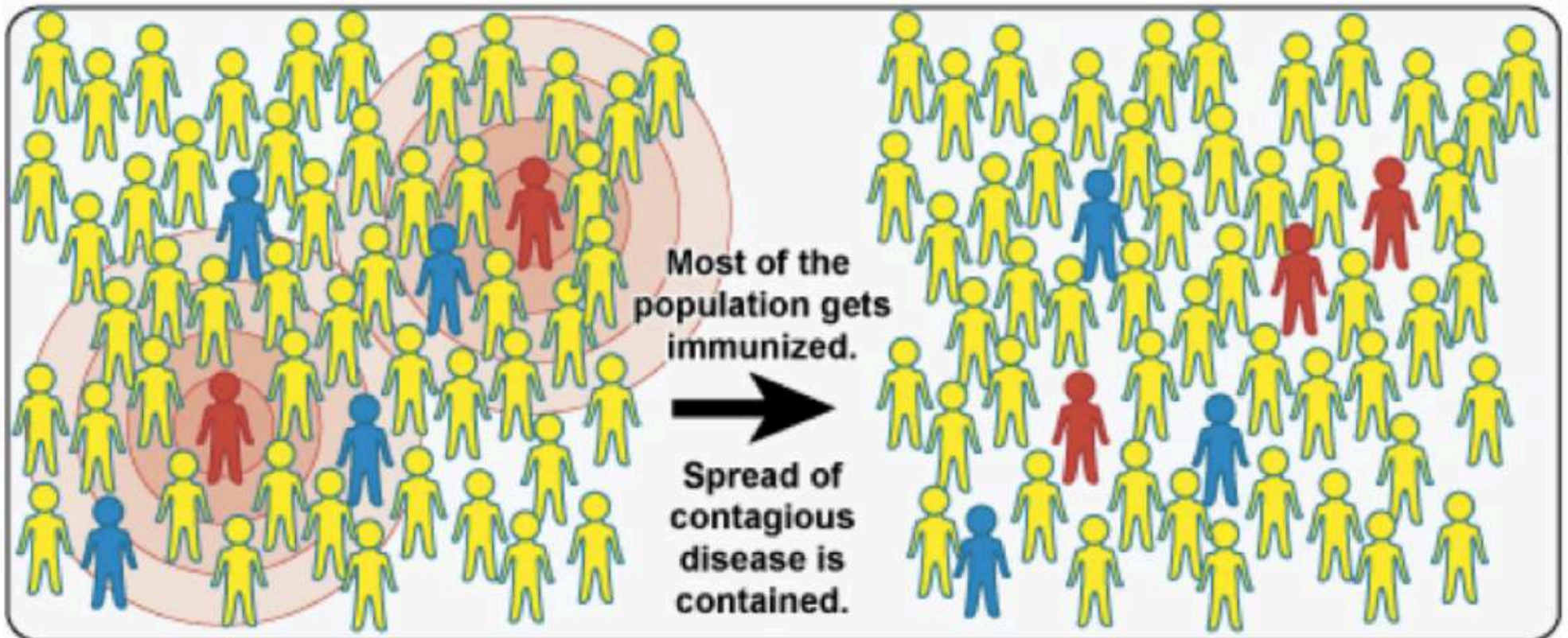


IMMUNITA' DI GREGGE

 = not immunized but still healthy

 = immunized and healthy

 = not immunized, sick, and contagious

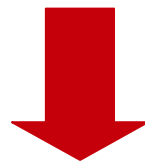


OBIETTIVI DELLA VACCINAZIONE

Controllo: riduzione del numero di casi e/o delle sue complicanze (es: antinfluenzale negli anziani e nei soggetti a rischio).

Eliminazione: interruzione della trasmissione endemica di una malattia in una determinata area geografica, con assenza di casi autoctoni di malattia (rimane il rischio di reintroduzione della malattia da altre aree endemiche).

Eradicazione: definitiva scomparsa dell'agente causale e della malattia a livello globale (es: vaiolo).



Documenti di programmazione sanitaria basati su indicazioni OMS

PNV , Programmi di sorveglianza speciali

IL CALENDARIO VACCINALE

Una volta **stabilito l'obiettivo** si deve elaborare una **strategia adeguata** per il raggiungimento degli scopi desiderati.

Lo strumento con cui vengono disegnate e rese operative le strategie per ciascun vaccino è rappresentato dal "**calendario delle vaccinazioni**" per la cui formulazione occorre tener conto di esigenze di ordine epidemiologico, immunologico e pratico.

IL CALENDARIO VACCINALE

Per **calendario vaccinale** si intende la successione cronologica con cui vanno effettuate le vaccinazioni.

Esso costituisce:

- un'utile guida sia per gli Operatori sanitari sia per gli utenti
- lo strumento per rendere operative le strategie vaccinali e conseguire gli obiettivi delle diverse vaccinazioni.

IL CALENDARIO VACCINALE

Il Calendario delle vaccinazioni deve essere uno strumento flessibile e aggiornato sulla base della:

- disponibilità di nuovi vaccini
- evoluzione della situazione epidemiologica

IL CALENDARIO VACCINALE (PNV 2016-2018)

Il calendario vaccinale

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇒	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***	dTpaIPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni		
IPV		IPV		IPV			IPV			IPV					
Epatite B	EpB-EpB*	Ep B		Ep B*			Ep B						3 Dosi: <i>Pre Esposizione</i> (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: <i>Post Esposizione</i> (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o <i>Pre Esposizione imminente</i> (0, 1, 2, 12)		
Hib		Hib		Hib			Hib								
Pneumococco		PCV		PCV			PCV	PCV^^			PCV/PPV23 (vedi note)				PCV
MPRV								MPRV			MPRV				
MPR								MPR			oppure MPR	MPR o s s u s t e MPR + V^	2 dosi MPR***** + V^ (0-4/8 settimane)		
Varicella									V		+ V				
Meningococco C								Men C o MenACWY Y coniugato	Men C o MenACWY coniugato						
Meningococco B*^		Men B	Men B		Men B			Men B	Men B						
HPV												HPV: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino), fino a età massima in scheda tecnica			
Influenza								Influenza°°				Influenza°°		1 dose ***	



Il nostro mondo è cambiato...e anche gli obiettivi

In passato □ evitare morti. Era una pratica pediatrica, praticamente accettata da tutti

Oggi: miglioramento della qualità della vita, razionalizzazione dei costi sociali, > spesa sanitaria

Nuovo atteggiamento, critico

Con la legge n. 210/1992 intitolata *“Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati”*, è stato riconosciuto il diritto del paziente di vedersi corrispondere un indennizzo nel caso di danno permanente da vaccinazione.

Obbligo Vaccinale

Misura di prevenzione «coercitiva» necessaria per far fronte ad emergenze epidemiche con migliaia di morti, specie infantili, e sofferenze (es. poliomielite)



necessità di interventi omogenei, costanti, tempestivi, diffusi in tutto il Paese

Dall'Obbligatorietà alla Promozione della Salute

La «**promozione**» della salute è alla base di qualsiasi azione preventiva

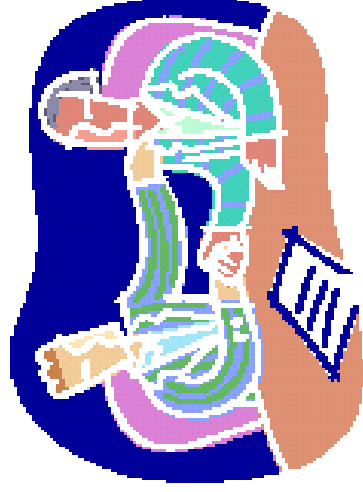


Coniuga la responsabilità dell'individuo con quelle della **comunità** → **le istituzioni** garantiscono l'esigibilità del **diritto alla salute** (quindi anche il **diritto a non ammalare di malattie prevenibili con vaccini efficaci**)

dalla
Medicina Paternalistica
(“Scienza e Coscienza” del medico)

alla
Medicina Consensuale
(Coscienza – Partecipazione – Volontà: del cittadino/paziente)

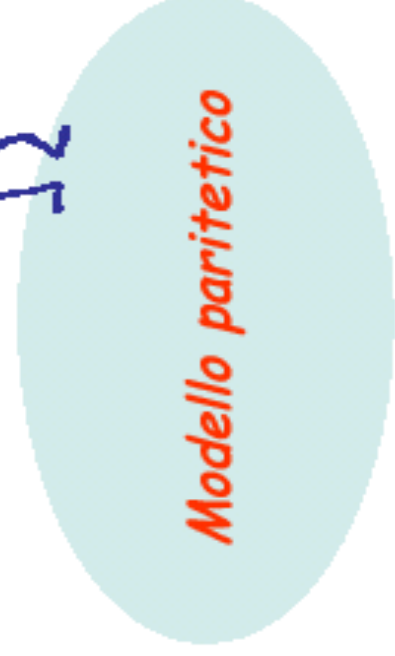
alla ricerca dell’**ALLEANZA TERAPEUTICA**



**Un radicale cambiamento culturale e di identità
professionale pieno di difficoltà**

Consenso informato

radicale cambiamento culturale nel rapporto medico
cittadino/paziente e di identità professionale



Informazione

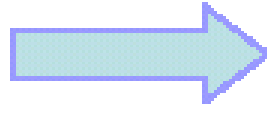
Conoscenza

Valori

SCELTE
CONSAPEVOLI

Nella programmazione dell'offerta vaccinale, con tale cambiamento nell'impostazione, si passa:

**dall'obbligo per il genitore/la famiglia
del rispetto dell'obbligatorietà sancita dalle
leggi sulle vaccinazioni**



**all'obbligo per l'operatore sanitario
dell'acquisizione del consenso consapevole del
cittadino alle vaccinazioni**



VACCINAZIONI

Obbligatorie	TETANO
	DIFTERITE
	EPATITE B
	POLIOMIELITE
Raccomandate	MORBILLO
	ROSOLIA
	PAROTITE
	VARICELLA
	HPV
	HAEMOPHILUS INFLUENZAE B
	PNEUMOCOCCO
	MENINGOCOCCO
	PERTOSSE



Distinzione “storica”:
Per la Sanità Pubblica
sono
tutte
**UGUALMENTE
IMPORTANTI e
FONDAMENTAL**

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002, introduce e definisce i

LEA

Livelli Essenziali di Assistenza

«Prestazioni e Servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale....»

LEA

Tre grandi aree:

- **L'ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA** in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, **profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni** e programmi di diagnosi precoce, medicina legale)
- **L'ASSISTENZA DISTRETTUALE:** attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali
- **L'ASSISTENZA OSPEDALIERA** in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

AGGIORNAMENTO LEA 2016

“Il nuovo schema di Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, recante “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”.

Il provvedimento è stato predisposto in attuazione della legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi 553 e 554, legge 28 dicembre 2015, n. 208), che ha stanziato 800 milioni di euro annui per l’aggiornamento dei LEA”

AGGIORNAMENTO LEA 2016

I VACCINI



introduzione di **nuovi vaccini** (*come: anti-Papillomavirus, anti-Pneumococco, anti-Meningococco*)



estensione a **nuovi destinatari** (*ad esempio, per il Papillomavirus il vaccino viene erogato anche agli adolescenti maschi*)

LEA e VACCINI

- **Nuovi nati**: cicli di base e successivi richiami (come da calendario nazionale) di vaccino per la prevenzione di:

Difterite

Tetano

Pertosse

Epatite B

Polio

Haemophilus Influenzae B

Pneumococco

Meningococco B

Meningococco C

Rotavirus

Morbillo

Parotite

Rosolia

Varicella

LEA e VACCINI

- **Adolescenti**: Ciclo di base (come da calendario) di vaccino *anti-meningococcico ACWY135* e vaccino *anti HPV*
- **Soggetti di età ≥65 anni**: vaccino anti-influenzale stagionale
- **Soggetti con età pari a 65 anni**: ciclo di base (come da calendario) di vaccino anti-pneumococcico PCV13 + PPV23 e vaccino anti-zoster
- **Soggetti a rischio di tutte le età**: vaccinazioni previste dal vigente PNPV 2016-2018 e da altre normative nazionali sull'argomento.

NUOVO CALENDARIO VACCINALE ER

Nel 2017:

- Varicella
- Meningococco B
- Rotavirus
- Estensione pertosse a soggetti adulti e a donne in gravidanza

VARICELLA

A partire dal 1 gennaio 2017 verrà offerta **in modo attivo e gratuito**:

la vaccinazione contro **morbillo-parotite-rosolia-varicella** invece di morbillo-parotite-rosolia al **13°-15° mese** (prima dose) e a **5-6 anni** (seconda dose).

L'offerta attiva e gratuita riguarderà i **nati dal 1 gennaio 2016** e quelli che vengono richiamati per la seconda dose dei 5-6 anni.

Sarà possibile somministrare il vaccino MPRV contemporaneamente al vaccino antimeningococco tetravalente coniugato e al vaccino IPV DTPa.

I bambini che ricevono la prima dose di vaccino contro la varicella a 5-6 anni, dovranno eseguire la seconda dose non prima di due mesi dalla prima dose.

Inoltre sarà garantita la **gratuità su richiesta a tutti i minori da 1 a 17 anni**.

MENINGOCOCCO B

A partire dal 1 gennaio 2017 verrà offerta in modo attivo e gratuito:

la vaccinazione contro le infezioni invasive da **meningococco B** a tutti i **bambini sotto l'anno di età** a partire dai **nati dal 1 gennaio 2017** con la schedula 3 + 1, come previsto dal PNPV 2016-18, e con sedute separate secondo la seguente schedula:

- Esavalente + Pneumococco ad inizio 3° mese di vita (61° giorno di vita)
- Meningococco B dopo 30 giorni inizio 4° mese (91° giorno)
- Esavalente + Pneumo dopo 30 giorni, ad inizio 5° mese di vita (121° giorno)
- Meningococco B dopo 1 mese inizio 6° mese (151° giorno)
- Meningococco B dopo 1 mese, ad inizio 7° mese di vita (181° giorno)
- Esavalente + Pneumococco a 11 mesi compiuti
- MPRV + Men Tetra al 13° mese
- Meningococco B al 14° mese

Sarà inoltre garantito un **prezzo ridotto (€ 50) ai tutti i minori da 1 a 17 anni.**

MENINGOCOCCO B

Vaccino	Nascita	3° mese (61° giorno)	4° mese (91° giorno)	5° mese (121° giorno)	6° mese (151° giorno)	7° mese (181° giorno)	11° mese	13° mese	14° mese
DTPa (difterite tetano pertosse)		DTPa		DTPa			DTPa		
IPV (poliomielite)		IPV		IPV			IPV		
HBV (epatite B)	HBV ¹	HBV		HBV			HBV		
Hib (haemophilus influenzae b)		Hib		Hib			Hib		
MPRV (morbillo, paratite, rosolia e varicella)								MPRV	
PCV (pneumococco)		PCV		PCV			PCV		
Men B (meningococco B)			Men B		Men B	Men B			Men B
Men Tetra (meningococco A,C, W,Y)								Men Tetra	

ROTAVIRUS

La vaccinazione anti-Rotavirus verrà effettuata a partire dal 2017 alle categorie a rischio (es. prematuri).

PERTOSSE

In base al nuovo PNPV e della epidemiologia di questa malattia che ha mostrato un aumento dell'incidenza negli ultimi anni, si prevede quanto segue:

- **richiamo dTpa ogni 10 anni** negli adulti invece di dT
- offerta attiva di dTpa alle **donne in gravidanza dalla 28° alla 38° settimana**, momento ideale fra la 28° e la 32° settimana.

(Le donne che si presentano dopo la 38° settimana dovrebbero comunque ricevere la vaccinazione prima dell'inizio del travaglio come protezione indiretta, attraverso la prevenzione della malattia nella madre).

La vaccinazione può essere offerta alle madri che non hanno mai ricevuto vaccinazioni contro la pertosse in precedenza.

REVISIONE CATEGORIE A RISCHIO

- Gratuità della vaccinazione contro l'HPV ai soggetti HIV positivi anche al di sopra dei 26 anni nei maschi e ai 45 anni nelle donne.
- Aggiunta di alcune categorie di rischio per meningococco (ad esempio portatori di protesi cocleare)

Il Paradosso attuale

I successi delle vaccinazioni hanno prodotto il diffondersi di atteggiamenti critici nei confronti dei vaccini e delle scelte vaccinali

Scomparsa “virtuale” di molte malattie ha determinato la perdita della percezione di “pericolosità” e un’esagerata attenzione agli eventi avversi, spesso presunti

Il Paradosso attuale

Vaccinazione antiepatite B → sclerosi multipla

MMR (vaccino antimorbillo-parotite-rosolia) →
autismo

Tali connessioni, come altre, scientificamente
smentite, minano i programmi vaccinali

“Federalismo vaccinale”

VACCINAZIONI E SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA (0-3 anni)

A partire dall'anno **accademico 2017-2018** gli iscritti ai nidi pubblici e privati nella Regione Emilia-Romagna, dovranno portare al momento dell'iscrizione un certificato che attesti **l'avvenuta esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie**, con un numero di dosi adeguate all'età e/o alla data di inizio del ciclo vaccinale.

IL PROBLEMA DEL CALO DELLE COPERTURE VACCINALI

PATOLOGIE DEBELLATE/SENSIBILMENTE RIDOTTE



DIMINUITA LA PERCEZIONE DELL'IMPORTANZA DELLE
VACCINAZIONI



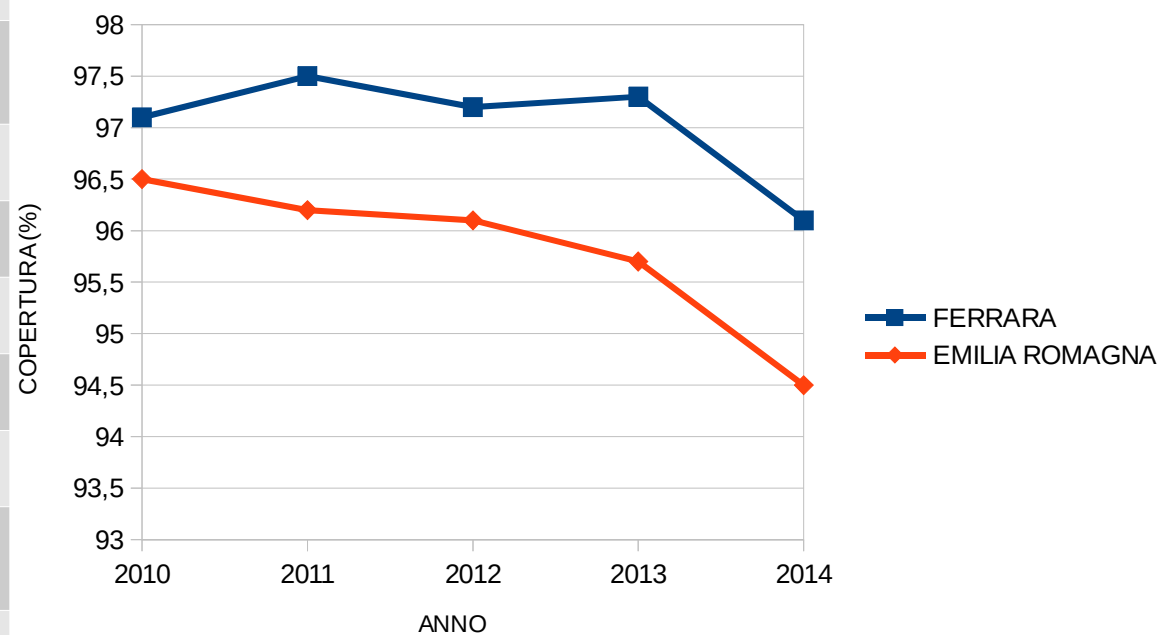
DAL WEB MESSAGGI ALLARMANTI E/O NOTIZIE PRIVE DI
FONDAMENTO SCIENTIFICO



NEL 2014 CALO DELLE COPERTURE PER LE VACCINAZIONI
OBBLIGATORIE AL DI SOTTO AL 95%
(CONSIDERATA LA SOGLIA MINIMA PER OTTENERE
"L'IMMUNITA' DI GREGGE")

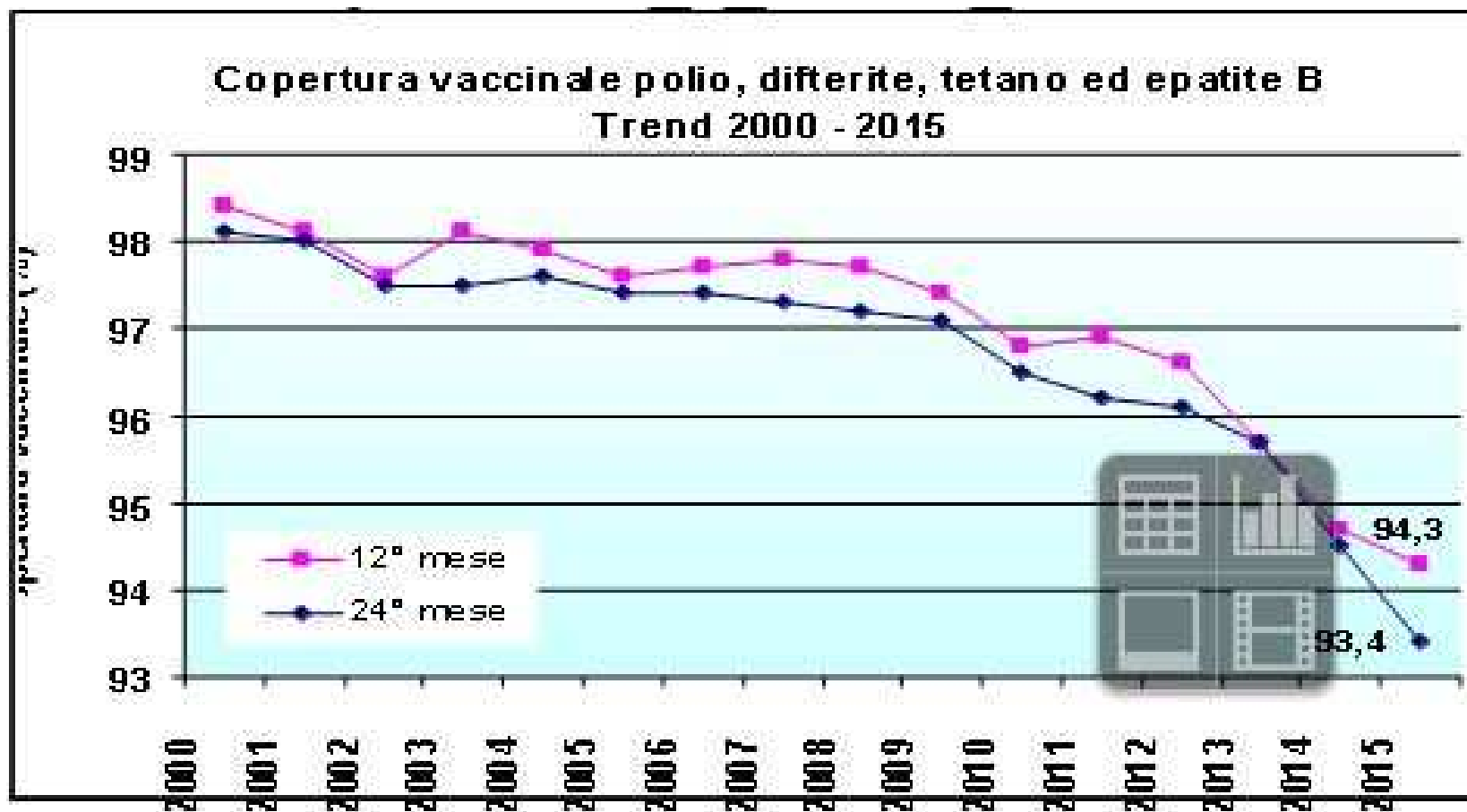
ANDAMENTO COPERTURE VACCINALI 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
PIACENZA	98,5	96,9	96,7	96,2	95,7
PARMA	98,4	97,9	96,8	97,7	95
REGGIO EMILIA	96,7	96,4	96,1	95,5	95,2
MODENA	96,7	96,3	96	95,6	94,7
BOLOGNA	96,1	96,2	95,7	96,1	95,2
IMOLA	97,5	98,4	98,2	97	95,3
FERRARA	97,1	97,5	97,2	97,3	96,1
ROMAGNA					92,3
AREA RAVENNA	96	96,7	96,4	96	95,2
AREA FORLI'	96,9	95,9	97,1	95	94,5
AREA CESENA	95,3	95,3	95,8	93,6	92,5
AREA RIMINI	92,9	91,5	93	92,2	87,3
TOTALE REGIONE	96,5	96,2	96,1	95,7	94,5



ANDAMENTO COPERTURE VACCINALI EMILIA ROMAGNA (2000-2015)

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/@@search?SearchableText=coperture>



Pertanto...

- Impegno per aumentare le coperture dei vaccini già inseriti nel calendario vaccinale
- Amplificare l'offerta con i nuovi vaccini attualmente disponibili

IL VALORE ETICO-SOCIALE DELLE VACCINAZIONI (PNV 2016-2018)

*“Ogni operatore sanitario, e a maggior ragione chi svolge a qualsiasi titolo incarichi per conto del Servizio Sanitario Nazionale, è **eticamente obbligato ad informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni** in accordo alle più aggiornate evidenze scientifiche e alle strategie condivise a livello nazionale.*

La diffusione di informazioni non basate su prove scientifiche da parte di operatori sanitari è moralmente deprecabile, costituisce grave infrazione alla deontologia professionale oltreché essere contrattualmente e legalmente perseguibile.”



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!!

