



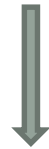
REGIONE UMBRIA

VACCINI ED EVIDENCE BASED MEDICINE

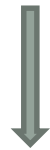
Vaccinazioni e Politica regionale

Le strategie vaccinali in Italia

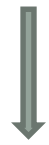
Piano nazionale di prevenzione 2005-2007



Piano nazionale di prevenzione 2010-2012



Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018



Piano regionale della Prevenzione 2014-2018



Circ.13/95.

Inserimento, oltre alle v. obbligatorie, di Pertosse, Morbillo; Rosolia, Parotite, H. influenzae b e Influenza.

D.M. 7/4/1999
Calendario delle vaccinazioni per l'età evolutiva
Piano Nazionale Vaccini 1999

Piano Nazionale Vaccini 2005-2007
(Meningo C e Pnemo nei soggetti a rischio)

Piano Nazionale Vaccinazioni 2010-2012

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2012-2014

PNPV 2017-2019

LEGGE 31 luglio 2017, n. 119.
Conversione in legge, del decreto-legge 7 giugno 2017, 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale.

Introduce l'obbligo di 10 vaccini per l'accesso a scuola

Riferimento PNPV

- Il Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (European Vaccine Action Plan 2015– 2020, EVAP) rappresenta la contestualizzazione del Piano Globale (Global Vaccine Action Plan 2011–2020, GVAP) nella Regione Europea dell'OMS.
- E' stato approvato dalla 65° Assemblea Mondiale della Sanità con la Risoluzione WHA65.17, come struttura operativa per l'implementazione della visione, espressa dalla "Decade dei Vaccini" (iniziativa dell'OMS), di **un mondo in cui ogni individuo, indipendentemente da dove sia nato, dove viva e chi sia, possa godere di una vita libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione**, grazie alla disponibilità dei vaccini, che deve essere garantita dalle Autorità Sanitarie

- L'EVAP mira a fornire agli Stati Membri una guida per la realizzazione dell'obiettivo di una Regione libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione.
- L'EVAP si basa su 6 obiettivi (sostenere lo stato polio-free, eliminare morbillo e rosolia, controllare l'infezione da HBV, soddisfare gli obiettivi di copertura vaccinale europei a tutti i livelli amministrativi e gestionali, prendere decisioni basate sulle evidenze in merito all'introduzione di nuovi vaccini, realizzare la sostenibilità economica dei programmi nazionali di immunizzazione) e disegna un percorso per il loro raggiungimento: obiettivi precisi e aree prioritarie d'intervento, supportate da un processo di valutazione e monitoraggio costante.

- Nel Piano Europeo è richiesto che i singoli Stati Membri si impegnino per il raggiungimento di obiettivi nazionali allineati a quelli regionali europei.
- Nel mondo odierno, interconnesso e globalizzato, l'approccio ai problemi di tipo sanitario non può essere che quello della Salute Globale (Global Health), data la consapevolezza della vulnerabilità alle minacce di malattie che possono diffondersi più velocemente che in passato per l'incremento dei viaggi, del commercio, degli spostamenti di volumi elevati di persone e merci che si muovono da uno Stato all'altro e da un Continente all'altro.

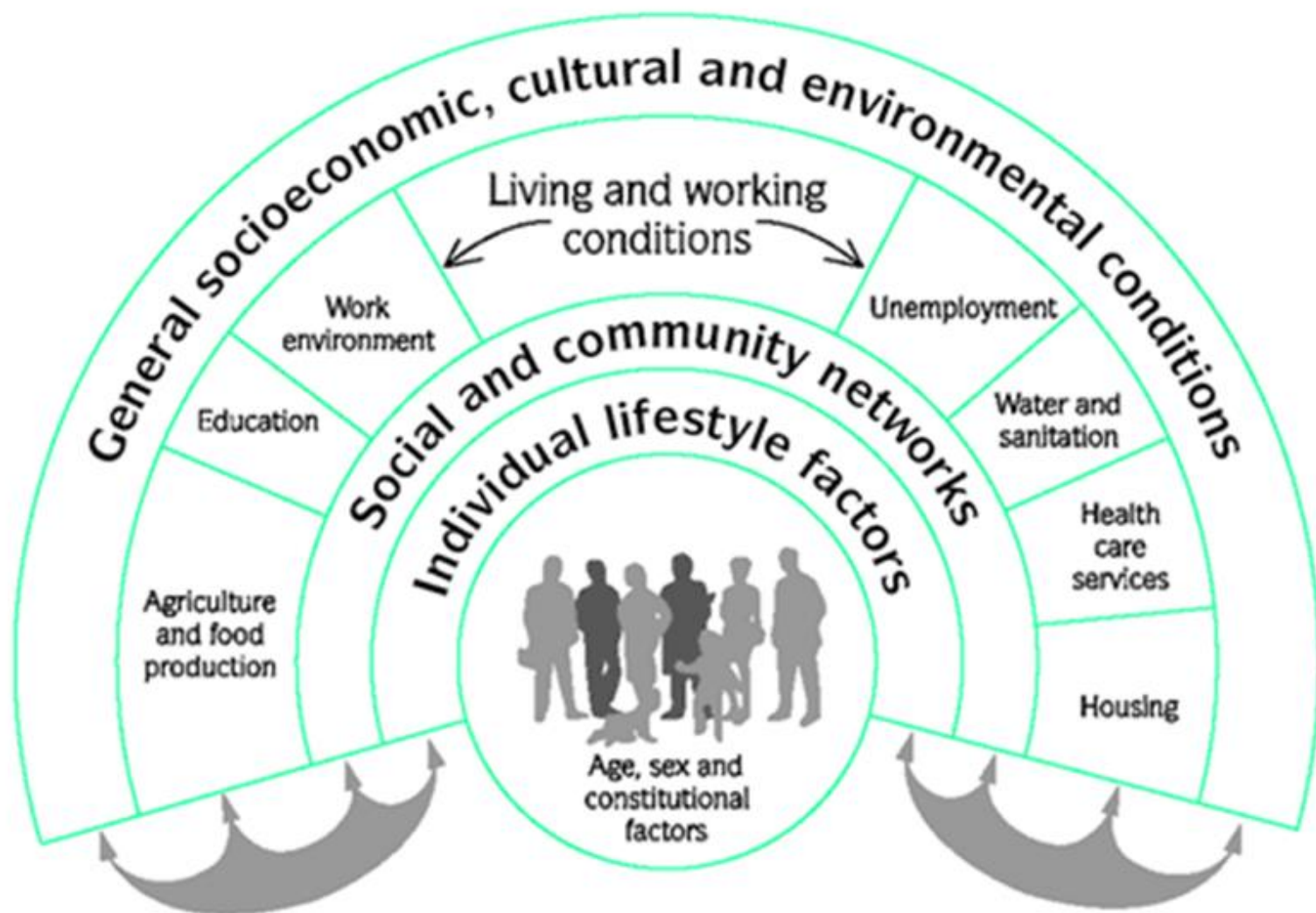
Evoluzione in Italia

- Il Piano di Prevenzione Attiva 2004-2006 ha avviato una vera rivoluzione culturale nella concezione e nell'approccio alla prevenzione, in quanto Stato e Regioni si sono impegnati per un'azione concreta finalizzata alla “prevenzione attiva”, definita come “un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio nei confronti di malattie di rilevanza sociale, con un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria.

- L'approccio da adottare non doveva più essere quello coattivo, tipico degli interventi tradizionali di prevenzione, bensì proattivo, di promozione e adesione consapevole da parte del cittadino. La conseguenza principale di ciò è stato lo spostamento, almeno in linea di principio, delle responsabilità sulle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, coerentemente con il grado di operatività, a partire dai Dipartimenti di Prevenzione, con un coinvolgimento anche di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, strutture ospedaliere e specialistiche e servizi socio-sanitari.

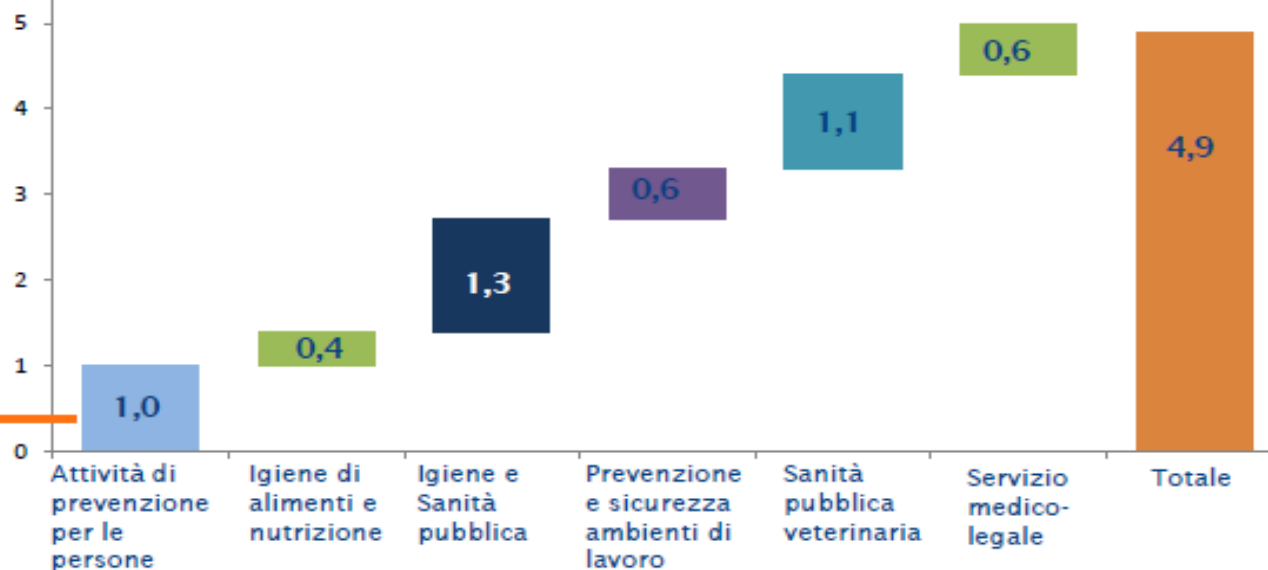
- La discussione internazionale relativa al superamento dell'obbligo vaccinale e alla valorizzazione delle scelte consapevoli dei cittadini sul tema, ha prodotto tuttavia degli effetti indesiderati che nel nostro Paese hanno esitato nella L. 119/2017.
- Negli ultimi anni molte volte è accaduto di ascoltare voci contrarie alle pratiche vaccinali spesso non suffragate da elementi di conoscenza adeguata ma purtroppo troppo spesso seguite da condivisioni e consensi del tutto inaspettati
-

The Main Determinants of Health



La spesa in prevenzione in Italia: valori assoluti

Composizione della spesa per il livello di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (miliardi di euro)



Attività di prevenzione rivolte alle persone, prestazioni:

- Vaccinazioni obbligatorie raccomandate anche a favore dei bambini extracomunitari non residenti;
- Programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva in attuazione del PSN/PNP;
- Prestazioni specialistiche e diagnostiche per la tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte localmente in situazioni epidemiche.



OBIETTIVI DEI PROGRAMMI VACCINALI

✓ **CONTENIMENTO**

Riduzione della frequenza della malattia (< incidenza infettiva) , riduzione dei casi gravi e dei casi di morte

✓ **ELIMINAZIONE**

Scomparsa della malattia in una specifica area geografica dovuta alla ridotta circolazione dell'agente causale conseguente all'alto grado di immunizzazione della popolazione

✓ **ERADICAZIONE**

Eliminazione permanente della malattia e dell'agente eziologico (infezione) . Possibile solo per infezioni dove il serbatoio è esclusivamente umano

ESEMPI DI VACCINAZIONI CON OBIETTIVO DI CONTENIMENTO

- anti-tetanica
- anti-epatite
- anti-influenzale
- anti-pertosse

ELIMINAZIONE



ERADICAZIONE

è possibile se

- solo l'uomo è sorgente e serbatoio
- esiste un vaccino efficace e sicuro
- la malattia è facilmente diagnosticabile
 - la malattia non ha fasi latenti
 - l'immunità è permanente

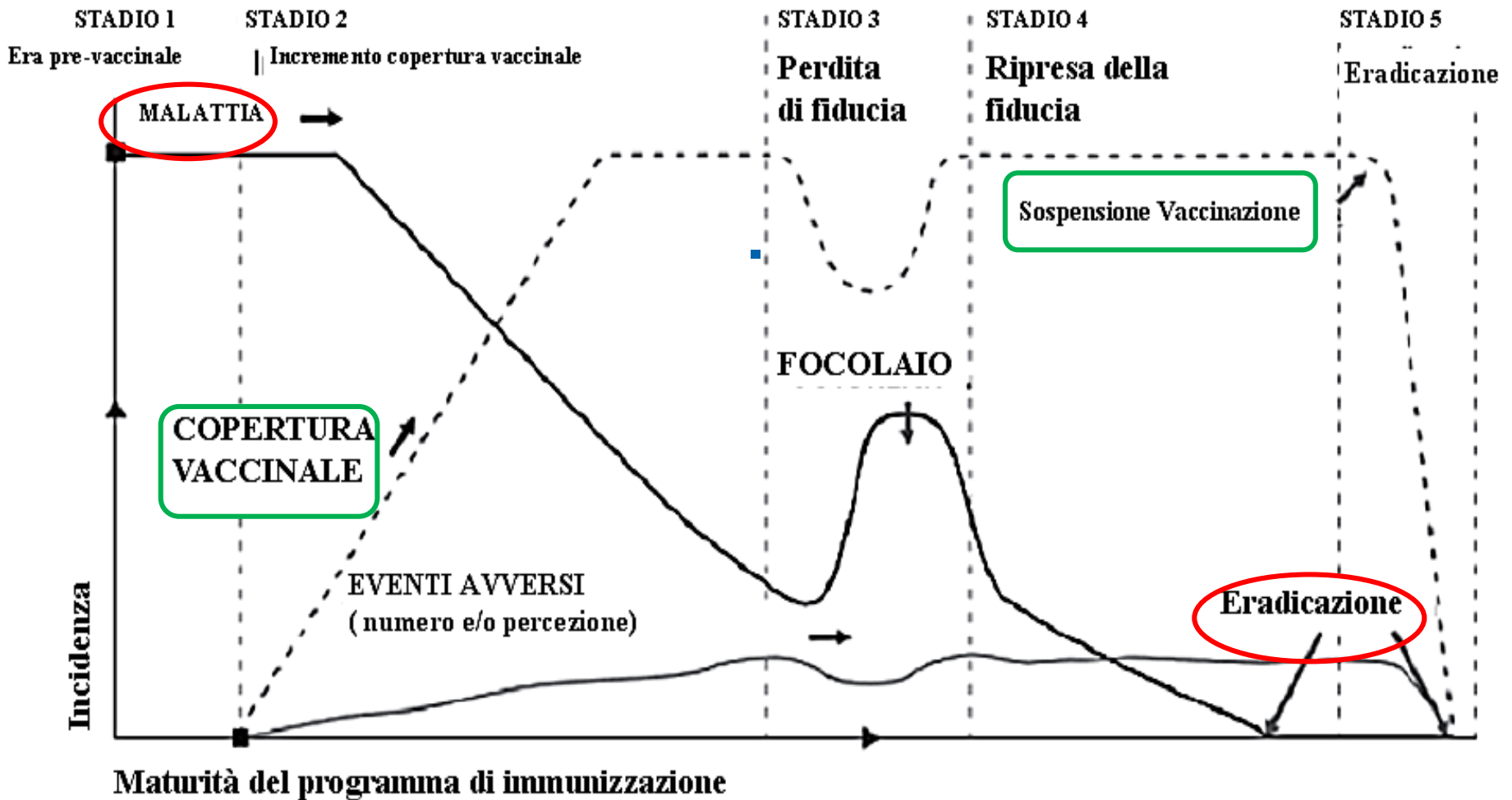
è resa fattibile da

- disponibilità di risorse operative
- disponibilità di risorse economiche

è resa accettabile da

- percezione di rischio e priorità sanitaria
 - consenso / compliance
 - fattibilità dimostrata

Evoluzione di un programma di immunizzazione: verso l'eradicazione



Bozza

NUOVO PIANO DI ELIMINAZIONE

18 febbraio 2019

Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2019-2023

Indice

1. Introduzione
2. Situazione epidemiologica del morbillo e della rosolia in Italia
3. Le Conclusioni e le Raccomandazioni della Commissione Nazionale di Verifica dell'Eliminazione del morbillo e della rosolia nel 2018
4. Le Conclusioni del Comitato Regionale Europeo dell'OMS nel 2018
5. Coperture vaccinali per morbillo e rosolia
6. Obiettivi del nuovo Piano
7. Le azioni prioritarie
8. Monitoraggio e valutazione del Piano
9. Ruoli e responsabilità delle Istituzioni nazionali e regionali

ATTUAZIONE IN UMBRIA DELLE STRATEGIE NAZIONALI

PIANO NAZIONALE VACCINAZIONI 2010-2012

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE 2012 – 2014



DGR 4/2/2008 n. 84

Aggiornamento protocollo regionale per le vaccinazioni di cui alle DD.G.R. nn. 1871/2002 e 2033/2007

**Offerta attiva e gratuita
Meningococco C, pneumococco, HPV**

DGR 28/5/2012 n. 607

Recepimento del "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015" , del "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014" e integrazione del Protocollo regionale delle vaccinazioni raccomandate di cui alla DGR n. 84/2008

**Co-payment HPV fino a 25 anni
Rinvio antivaricella al 2015**

I risultati

- Coperture vaccinali per le malattie dell'infanzia in calo fino al 2016, ma più alte della media nazionale
- Buone coperture per HPV
- Buone coperture per influenza negli anziani
- Isolati casi di morbillo negli ultimi anni fino al 2015, poi incremento netto (110 casi tra 2016 e 2017)
- Nessun caso di MIB da Hib nei bambini

Le criticità

- Obiettivi PNPV raggiunti dal 2017 per flessione coperture negli anni precedenti.
- Necessità di rivalutare la qualità dei servizi offerti: avvio audit nel 2018
- S.I. vaccinazioni da rivalutare, anche per rispondere ai debiti informativi nazionali (AVN)
- Vaccinazione antinfluenzale: scarsa copertura sotto i 65 anni
- Manca interoperabilità tra i Sistemi Informativi: vaccinazioni, screening e malattie infettive

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale

PNPV 2017-2019



CALENDARIO VACCINALE PER L'ADULTO

Vaccino	19-25 anni	26-64	>65 anni
Tetano, Difterite, pertosse per adulti (Tdpa) Polio	1 dose booster ogni 10 anni	1 dose booster ogni 10 anni	1 dose booster ogni 10 anni
Morbillo Parotite Rosolia (MPR)	2 dosi		
Influenza			1 dose annuale
Pneumococco			1 dose PCV13+ 1 dose PPSV23 ai 65enni
Herpes Zoster (HZV)			1 dose ai 65enni

AI FINI DELL'ISCRIZIONE SCOLASTICA

Fino al 1999 quattro vaccinazioni erano obbligatorie per poter essere ammessi a scuola:

- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-poliomielitica
- anti-epatite virale B

Il mancato rispetto dell'obbligo comportava, quindi (teoricamente), l'applicazione di sanzioni pecuniarie e il rifiuto dell'iscrizione a scuola.

Dal 1999, quando le strategie vaccinali adottate avevano consentito di raggiungere elevate coperture vaccinali, veniva meno l'obbligo di presentazione del certificato vaccinale quale condizione per l'ammissione alla scuola dell'obbligo.

LEGE 119/2017

LE PRINCIPALI NOVITA' IN SINTESI:

AMMISSIONE A SCUOLA

le dieci vaccinazioni obbligatorie divengono un **requisito per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia** (per i bambini da 0 a 6 anni)

MINORI DA 6 A 16 ANNI

obbligo di vaccinazione con **sanzioni pecuniarie in caso di inadempimento**

NUOVI VACCINI OBBLIGATORI

le vaccinazioni **obbligatorie e gratuite** passano da quattro a **dieci**

NUOVI VACCINI FORTEMENTE RACCOMANDATI

le vaccinazioni **fortemente raccomandate** passano da zero a **quattro**

SANZIONI

la violazione dell'obbligo vaccinale comporta l'applicazione di **sanzioni pecuniarie**

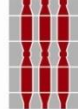


N.B.:

**Tutte le vaccinazioni comprese
nel calendario vaccinale
(obbligatorie e raccomandate)
sono L.E.A.**

per:

- **le coorti** di nascita previste dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale
- e per
- **i soggetti a rischio**



Regione Umbria

Deliberazione Giunta regionale 20 marzo 2017, n. 274.

Recepimento “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019”

(PNPV) di cui all’intesa sottoscritta in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017.

Deliberazione Giunta regionale n.344 del 16.04.2018

Indicazioni operative per l’attuazione in Umbria del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017/2019: aggiornamento “Protocollo regionale vaccinazioni”.



INTRODUZIONE GRADUALE DELLE NUOVE VACCINAZIONI

Nel 2017

- **anti-meningococcica B** ai nuovi nati (coorte 2017)
- **anti-varicella** ai nuovi nati a partire dalla coorte 2016
- **anti-HPV** anche per maschi undicenni con inizio della chiamata attiva per la coorte del 2006
- **anti-meningococcica tetravalente ACWY** (una dose) nell'adolescente
- **anti-pneumococcica** nei soggetti di 65 anni di età (in collaborazione con MMG)

Nel 2018

- **vaccinazione anti-HPV per tutti i nati** (F+M) nel 2007 e recupero della coorte dei maschi nati nel 2006 se non raggiunti nel 2017
- **anti-rotavirus** a tutti i nuovi nati a partire dalla coorte 2018
- **5° dose di vaccino anti-poliomielite** nell'adolescente (insieme a quello contro difterite-tetano-pertosse)
- **anti-Herpes Zoster** nei soggetti di 65 anni di età (inizialmente su richiesta)

IN PROSPETTIVA: COMPLETA ATTUAZIONE DEL PNPV

Integrazione del protocollo vaccinale

Vaccinazione contro l'HPV delle donne di 25 anni di età

utilizzando l'occasione opportuna della chiamata al primo screening per la citologia cervicale (Pap-test), e raccomanda l'utilizzo della vaccinazione secondo gli indirizzi delle Regioni (regime di co-pagamento) per tutte le donne;

(Offerta ad altre categorie: donne già trattate per lesioni pre-cancerose, a supporto del trattamento??)

Chiamata attiva 65enni per la vaccinazione contro Herpes Zoster

Seconda vaccinazione contro pneumococco con PPSV

(Vaccino polisaccaridico 23 valente dopo almeno due mesi dalla vaccinazione con PCV13 valente) ai 65enni

Da definire gli accordi con MMG

La prevenzione vaccinale
nell' adulto, nell' anziano
e
nel paziente a rischio

Categorie a rischio

1) Gruppi a rischio per patologia

individui che presentano determinate caratteristiche e particolari condizioni morbose (patologie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, immunodepressione, etc.) che li espongono ad un aumentato rischio di contrarre malattie infettive invasive e sviluppare in tal caso complicanze gravi».

2) Donne in età fertile o gravidanza

3) Soggetti a rischio per determinati comportamenti o condizioni

1) Gruppi a rischio per patologia

Secondo le indicazioni del PNPV devono essere vaccinati contro:

- Haemophilus tipo B
- Epatite A
- Epatite B
- Morbillo – Parotite – Rosolia
- Varicella
- Pneumococco
- Meningococco B e ACWY
- HPV
- Rotavirus
- Herpes Zoster

2) Donne in età fertile o gravidanza

Tabella 1: Vaccinazioni in donne in età fertile, in gravidanza e nel puerperio

Vaccinazioni in età fertile		Note
Raccomandate	MPR e varicella	Se non vaccinata e anamnesticamente negativa anche solo a una delle malattie elencate. Ritardare la gravidanza di 4 settimane dopo la vaccinazione
	dTpa	Richiamo ogni 10 anni
	HPV	Prima dell'inizio dell'attività sessuale, intorno al 12esimo anno di vita. Raccomandato anche recupero in caso di non vaccinazione in quella età
Vaccinazioni in gravidanza		
Raccomandate	dTpa	<i>Terzo trimestre di gravidanza, idealmente intorno alla 28esima settimana, e ad ogni gravidanza, indipendentemente dall'anamnesi positiva per malattia o pregressa vaccinazione</i>
	influenza inattivato	<i>Donne che all'inizio o nel corso della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza</i>
Controindicate	Vaccini vivi attenuati (MPR, Varicella, zoster), BCG ¹ , encefalite giapponese ²	Vaccini MPR, Varicella, zoster se somministrati non comportano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.
Non raccomandate per dati non disponibili	HPV, Tifo orale (se necessario, preferire la formulazione a subunità iniettabile), pneumococco	Se somministrate non comportano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.
Possibili se beneficio maggiore del rischio	Epatite A, epatite B, IPV ³ , meningococco, TBE ⁴ , rabbia, colera, febbre gialla ⁵	Se somministrate non comportano indicazioni all'interruzione volontaria di gravidanza.
Vaccinazioni nel puerperio		
Raccomandate	MPR e varicella	Se la donna non è stata vaccinata e se anamnesticamente negativa anche solo a una delle malattie elencate
	dTpa	Se la donna non è stata vaccinata durante la gravidanza. In tale evenienza è altresì opportuna la vaccinazione dei contatti stretti.



★ Bozza Circolare Ministero della Salute Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020

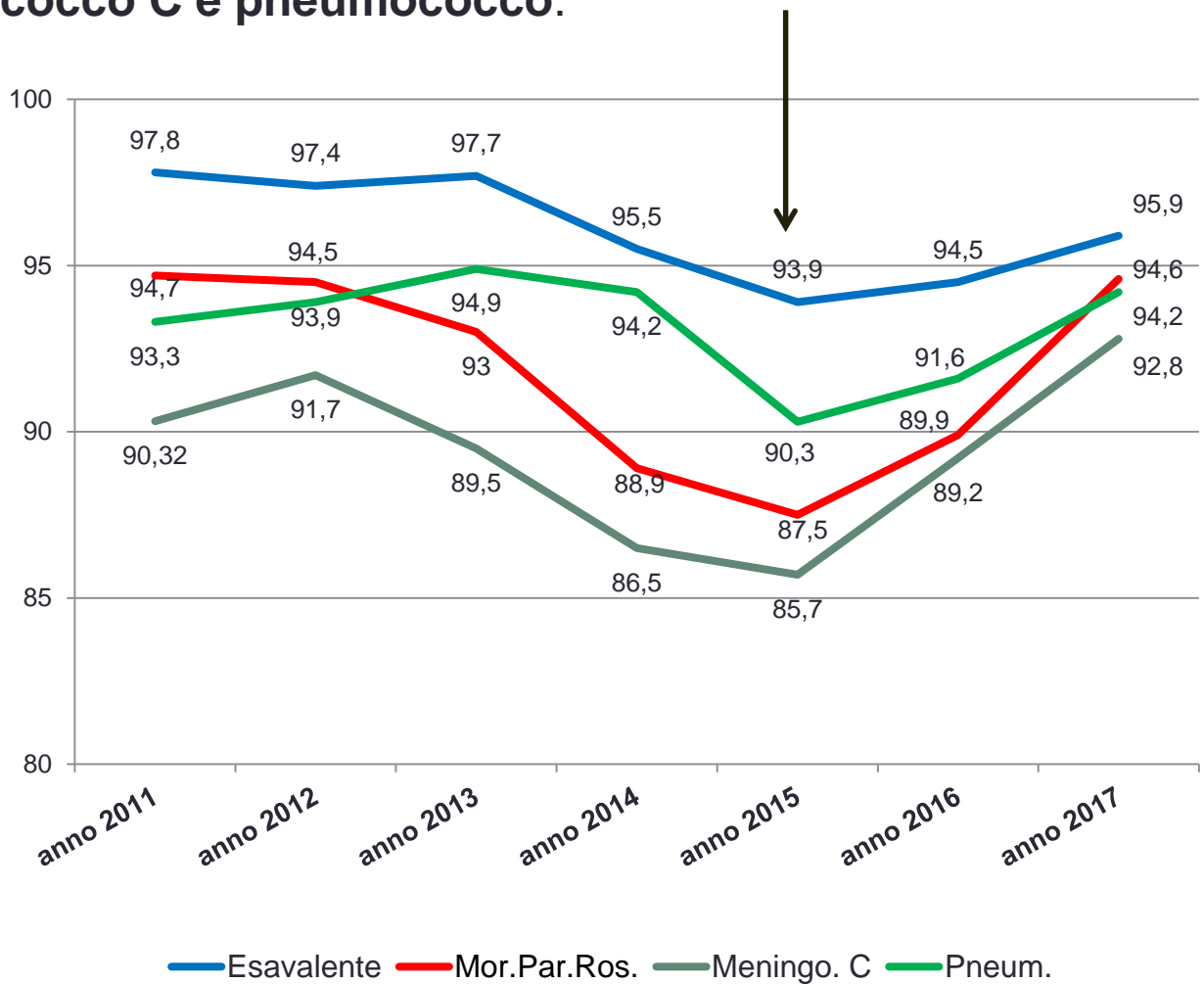
Tabella 1. Elenco delle categorie per le quali la vaccinazione stagionale è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente.

«Sensibilizzare sia i medici di medicina generale che i ginecologi/ostetrici sull'importanza della vaccinazione antinfluenzale nelle donne in gravidanza ricordando che la vaccinazione è offerta gratuitamente e che l'OMS nel suo *position paper* più recente sull'influenza ritiene le gravide come il più importante dei gruppi a rischio per loro stesse e per il feto (Weekly Epidemiological Record, N. 47, 23 November 2012).»

Persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza:
- Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in gravidanza.
- Soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza:
a) <i>malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO);</i>
b) <i>malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite;</i>
c) <i>diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30);</i>
d) <i>insufficienza renale/surrenale cronica;</i>
e) <i>malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;</i>
f) <i>tumori;</i>
g) <i>malattie congenite o acquisite che comportino carenza di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;</i>
h) <i>malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali;</i>
i) <i>patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;</i>
j) <i>patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari);</i>
k) <i>epatopatie croniche.</i>
- Soggetti di età pari o superiore a 65 anni.
- Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.
- Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti.
- Familiari e contatti (adulti e bambini) di soggetti ad alto rischio di complicanze (indipendentemente dal fatto che il soggetto a rischio sia stato o meno vaccinato).

**COPERTURE VACCINALI
IN UMBRIA**

Coperture vaccinali registrate al 31 dicembre di ogni anno (dal 2010 al 2017), nei bambini di 2 anni di età, per esavalente, morbillo, meningococco C e pneumococco.

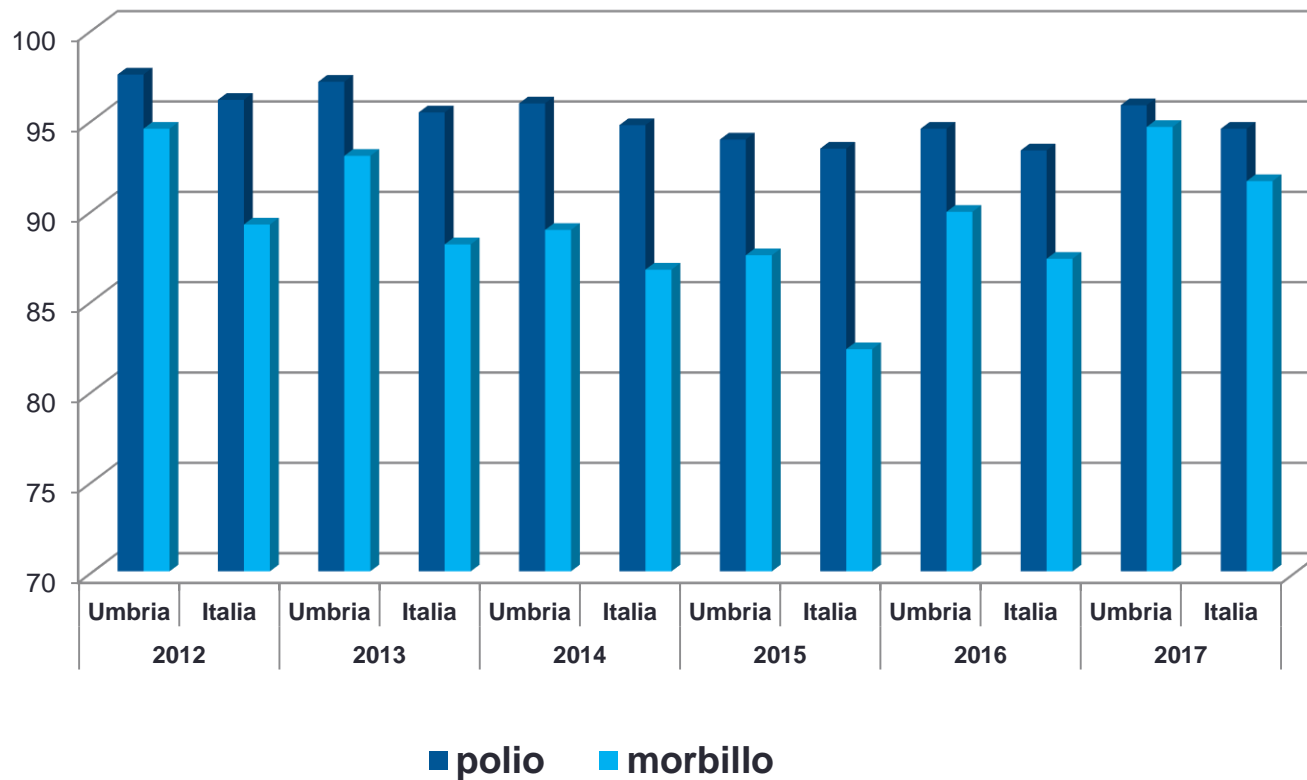


Coperture vaccinali a 24 mesi. Dati umbri e medie nazionali*

Anno di rilevazione		Polio	Morbillo	Meningo C	Pneumo.
2012*	Umbria	97,5	94,5		
	Italia	96,1	89,2		
2013*	Umbria	97,1	93		
	Italia	95,4	88,1		
2014*	Umbria	95,9	88,9	86,5	94,2
	Italia	94,7	86,7	73,9	87,5
2015*	Umbria	93,9	87,5	85,7	90,3
	Italia	93,4	82,3	76,6	88,7
2016*	Umbria	94,5	89,9	89,2	91,5
	Italia	93,3	87,3	80,7	88,4
2017*	Umbria	95,8	94,6	92,3	94,3
	Italia	94,5	91,6	83,6	90,9
2018	Umbria	95,6	94,6	90,1	93,9

* Dalle rilevazioni annuali del Ministero della Salute

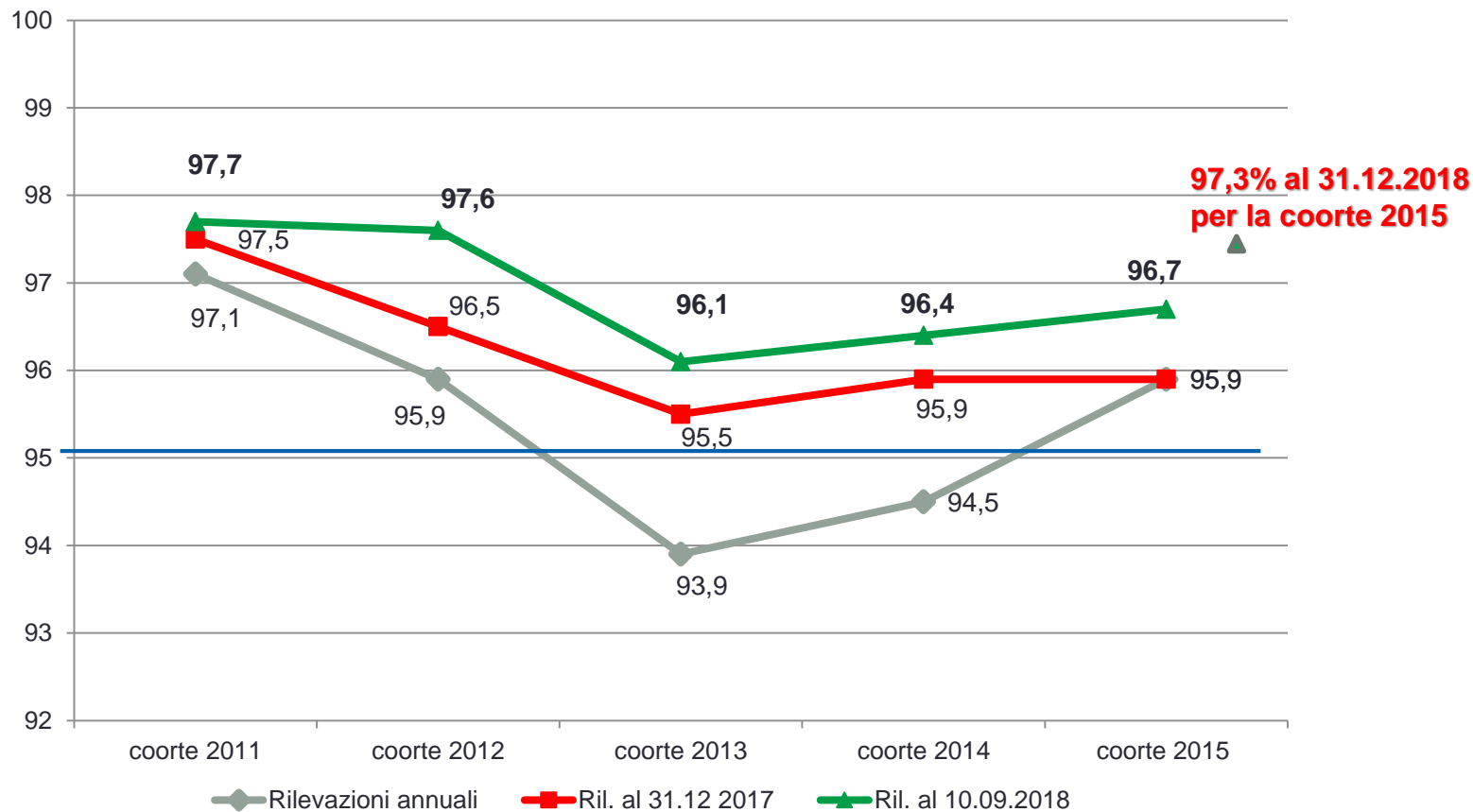
Coperture vaccinali a 24 mesi. Dati umbri e medie nazionali*



* Dalle rilevazioni annuali del Ministero della Salute

Vaccinazione anti-polio in Umbria dopo il recupero degli inadempienti

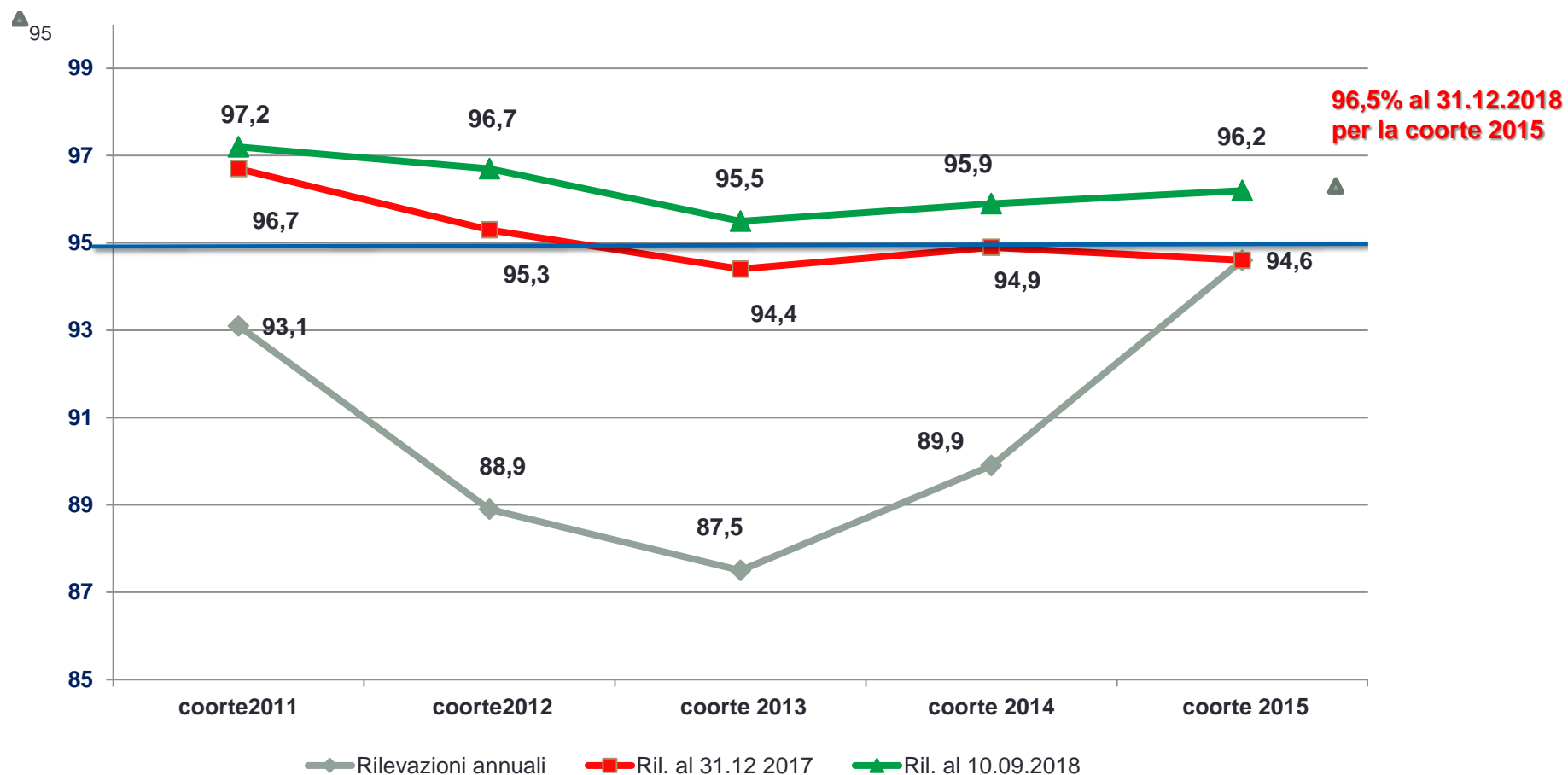
Coperture % a 24 mesi rilevate negli anni 2013-2014-2015-2016
e ricalcolate al 31.12.2017 e al 10.09.2018



*il dato della copertura per antipolio è assimilabile a quello per esavalente

Vaccinazione anti-morbillo in Umbria dopo il recupero degli inadempienti

Coperture % a 24 mesi rilevate negli anni 2013-2014-2015-2016
e ricalcolate al 31.12.2017° e al 10.09.2018



Coperture a 24 mesi rilevate al 31.12.2018

Coorte 2016

	USLUMBRIA1 nord			USLUMBRIA1 sud			USLUMBRIA1			USLUMBRIA2 nord			USLUMBRIA2 sud			USLUMBRIA2			UMBRIA		
	RESID.	VACC.	%	RESID.	VACC.	%	RESID.	VACC.	%	RESID.	VACC.	%	RESID.	VACC.	%	RESID.	VACC.	%	RESID.	VACC.	%
3 DIF	903	863	95,57	2871	2754	95,92	3774	3617	95,84	1173	1132	96,5	1484	1396	94,07	2657	2528	95,14	6431	6145	95,55
3 TET	903	864	95,68	2871	2754	95,92	3774	3618	95,87	1173	1132	96,5	1484	1396	94,07	2657	2528	95,14	6431	6146	95,57
3 PER	903	863	95,57	2871	2754	95,92	3774	3617	95,84	1173	1132	96,5	1484	1396	94,07	2657	2528	95,14	6431	6145	95,55
3 POL	903	864	95,68	2871	2754	95,92	3774	3618	95,87	1173	1132	96,5	1484	1396	94,07	2657	2528	95,14	6431	6146	95,57
3 EVB	903	864	95,68	2871	2751	95,82	3774	3615	95,79	1173	1130	96,33	1484	1393	93,87	2657	2523	94,96	6431	6138	95,44
3 HIB	903	861	95,35	2871	2749	95,75	3774	3610	95,65	1173	1131	96,42	1484	1393	93,87	2657	2524	94,99	6431	6134	95,38
1 MOR	903	847	93,8	2871	2717	94,64	3774	3564	94,44	1173	1127	96,08	1484	1385	93,33	2657	2512	94,54	6431	6076	94,48
1 PAR	903	847	93,8	2871	2713	94,5	3774	3560	94,33	1173	1127	96,08	1484	1385	93,33	2657	2512	94,54	6431	6072	94,42
1 ROS	903	847	93,8	2871	2716	94,6	3774	3563	94,41	1173	1127	96,08	1484	1385	93,33	2657	2512	94,54	6431	6075	94,46

HPV: COPERTURA VACCINALE (F) COORTI 1994-2006. UMBRIA

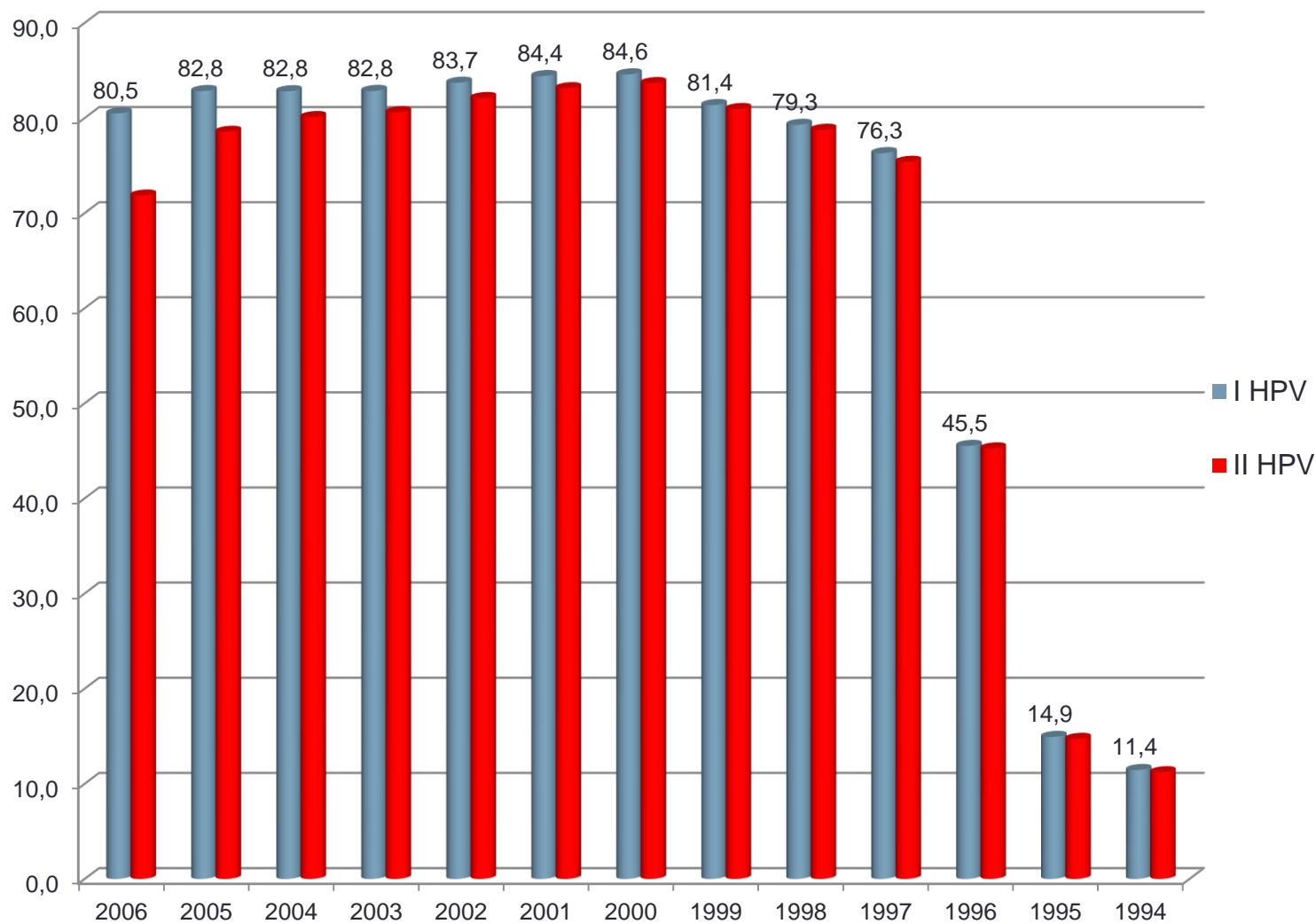


Tabella 9: Coorte di nascita 2004: CV per HPV per dose e Regione al 31/12/2017 (solo femmine)

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	18548	73,74	69,36
Valle d'Aosta	586	76,96	72,70
Lombardia	46441	80,05	75,07
Prov. Aut. Bolzano	2788	41,79	35,44
Prv. Aut. Trento	2736	67,47	63,23
Veneto	22938	77,57	73,33
Friuli-Venezia Giulia	5199	69,30	64,57
Liguria	6468	69,47	61,21
Emilia-Romagna	19499	78,97	75,29
Toscana	15090	82,52	75,26
Umbria	3820	82,04	78,93
Marche	6692	66,66	61,34
Lazio	26002	64,28	55,19
Abruzzo	5572	68,97	59,76
Molise	1239	74,09	64,49
Campania	31089	59,50	51,86
Puglia	19765	77,09	69,53
Basilicata	2599	76,80	66,64
Calabria	7686	63,51	57,05
Sicilia	25063	56,24	36,24
Sardegna	6008	67,56	55,16
Italia	275828	71,02	63,46

Coperture vaccinali al 31/12/2017 per HPV (Aggiornamento 2 luglio 2018)

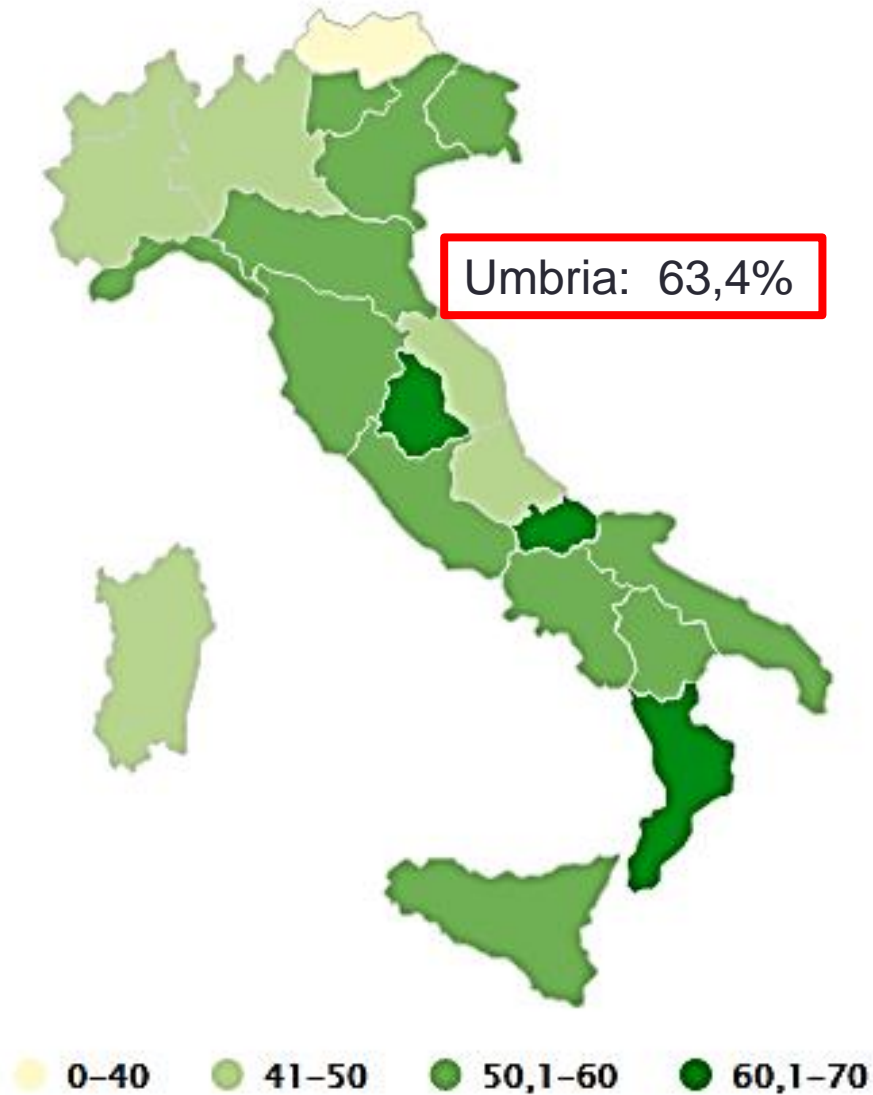
Tabella 11: Coorte di nascita 2005: CV per HPV per dose e Regione al 31/12/2017 (solo femmine)

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	18698	74,16	67,55
Valle d'Aosta	563	72,65	54,71
Lombardia	47067	75,97	55,69
Prov. Aut. Bolzano	2794	40,59	30,49
Prv. Aut. Trento	2586	66,82	62,49
Veneto	22560	69,81	48,89
Friuli-Venezia Giulia	5047	56,13	41,71
Liguria	6225	63,52	50,44
Emilia-Romagna	19740	78,23	71,01
Toscana	15191	73,09	57,92
Umbria	3876	81,11	75,54
Marche	6715	62,92	52,12
Lazio	25705	51,27	34,11
Abruzzo	5679	63,16	51,05
Molise	1246	76,00	63,72
Campania	30268	54,65	43,30
Puglia	18923	71,44	60,25
Basilicata	2393	68,49	52,03
Calabria	8083	51,65	40,94
Sicilia	23866	41,49	23,28
Sardegna	6251	52,06	36,83
Italia	273476	64,39	49,92

Campagna vaccinale 2017/2018

Copertura vaccino Antinfluenzale negli anziani (età ≥ 65 anni)

dato nazionale 52,7 (per 100 abitanti - 2017-2018)



Coperture vaccinali per influenza campagne 2015-2017. Dati umbri e medie nazionali

		6m- 23m	2-4 anni	5-8 anni	9-14 anni	15-17 anni	18-44 anni	45-64 anni	età ≥65	pop. gen.
2015	Umbria	0,2	0,2	0,3	0,4	0,6	1,3	6,9	61,7	17,8
	Italia	1,1	1,8	1,8	1,41	1,6	1,8	7,7	49,9	13,9
2016	Umbria	0,3	0,4	0,4	0,5	0,7	1,5	7,6	62,1	18,2
	Italia	1,5	2,6	2,4	1,8	1,9	2,2	8,5	52,0	15,1
2017	Umbria	0,1	0,4	0,4	0,4	0,7	1,7	8,0	63,4	18,8
	Italia	1,4	2,4	2,2	1,8	2,5	2,2	8,7	52,7	15,3