



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO**

Dipartimento di Scienze Biomediche e
Oncologia Umana
Sezione Igiene

I processi decisionali a supporto delle strategie vaccinali

Silvio Tafuri



The logo for AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) features the letters 'AIFA' in a stylized, blue, sans-serif font. The letters are slightly shadowed, giving them a three-dimensional appearance. The background of the logo is a light blue map of Italy.

Agenzia Italiana del Farmaco



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

Elementi di valutazione delle autorità regolatorie

- ✓ Efficacia teorica (efficacy)
- ✓ Efficacia di campo (effectiveness)
- ✓ Sicurezza
- ✓ Costi



Attività

- > Registrazione
- ▼ Sicurezza
 - Attualità
 - Rete Nazionale di Farmacovigilanza
 - **Segnalazione delle reazioni avverse**
 - I Segnali di Farmacovigilanza
 - Responsabili di farmacovigilanza
 - Farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo
 - EudraVigilance
 - Fondi Regionali di Farmacovigilanza
 - Normativa di Riferimento
 - La qualità dei farmaci
 - Influenza A (H1N1)

Segnalazione delle reazioni avverse

Le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse costituiscono un'importante fonte di informazioni per le attività di **farmacovigilanza**, in quanto consentono di rilevare potenziali segnali di allarme relativi all'uso di tutti i farmaci disponibili sul territorio nazionale.

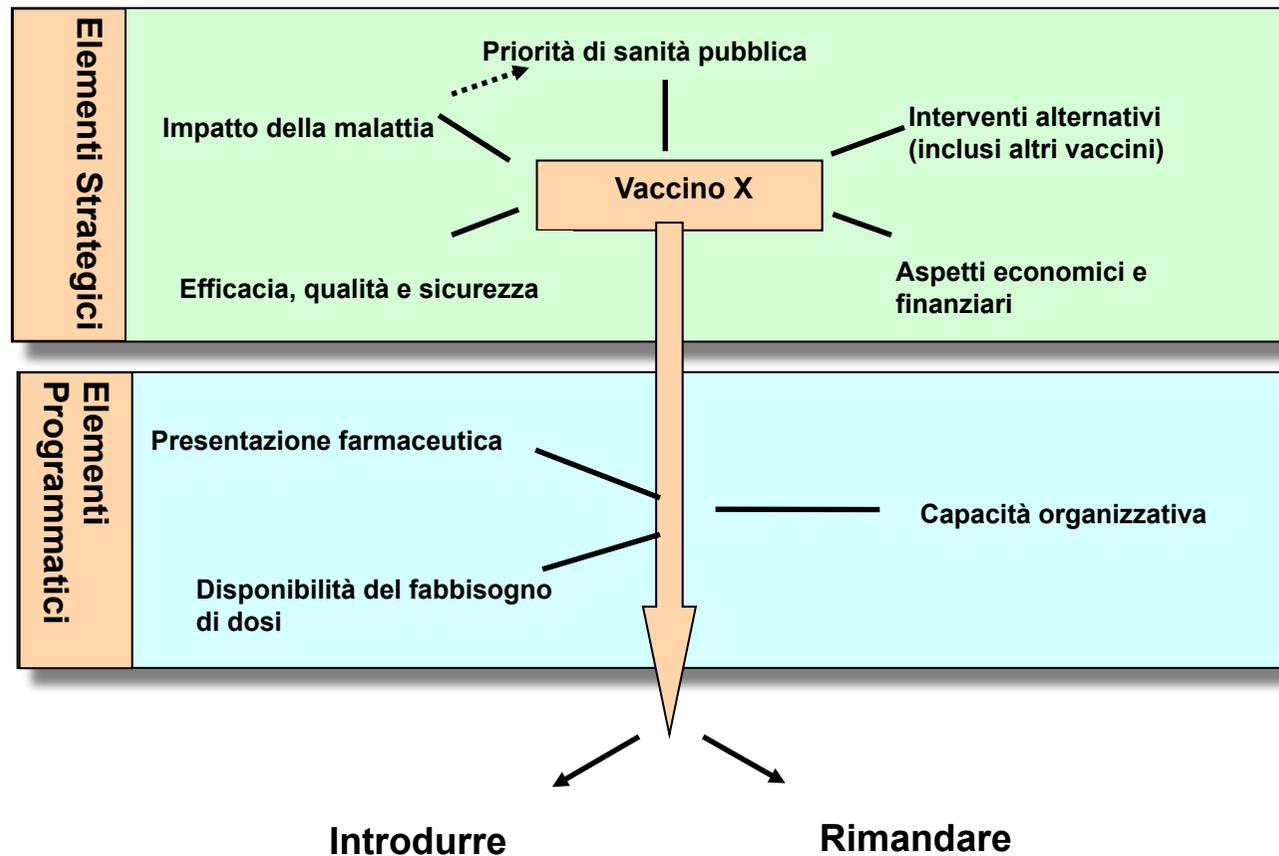
La **scheda** per la segnalazione delle reazioni avverse costituisce uno strumento semplice, e pratico, per segnalare gli **effetti indesiderati** relativi a qualsiasi farmaco. Le segnalazioni vengono inserite nella **Rete Nazionale di Farmacovigilanza** consentendo il monitoraggio delle reazioni avverse e della sicurezza d'uso dei medicinali.

La **Farmacovigilanza** coinvolge a diversi livelli tutta la comunità: pazienti, prescrittori, operatori sanitari, aziende farmaceutiche, istituzioni ed accademia e la segnalazione può essere effettuata non solo dall'operatore sanitario, ma anche dai cittadini mediante la compilazione della specifica **scheda**.

Si rende inoltre disponibile il link diretto al sito e alla relativa scheda di segnalazione per quanto concerne le reazioni a prodotti a base di piante officinali e integratori alimentari.

- [Segnalazione di sospette reazioni avverse a prodotti a base di piante officinali e integratori alimentari](#)

Elementi del processo decisionale per l'introduzione di vaccini nel calendario nazionale



(Fonte: adattato da 'Vaccine Introduction Guidelines'; WHO/IVB/05.18)

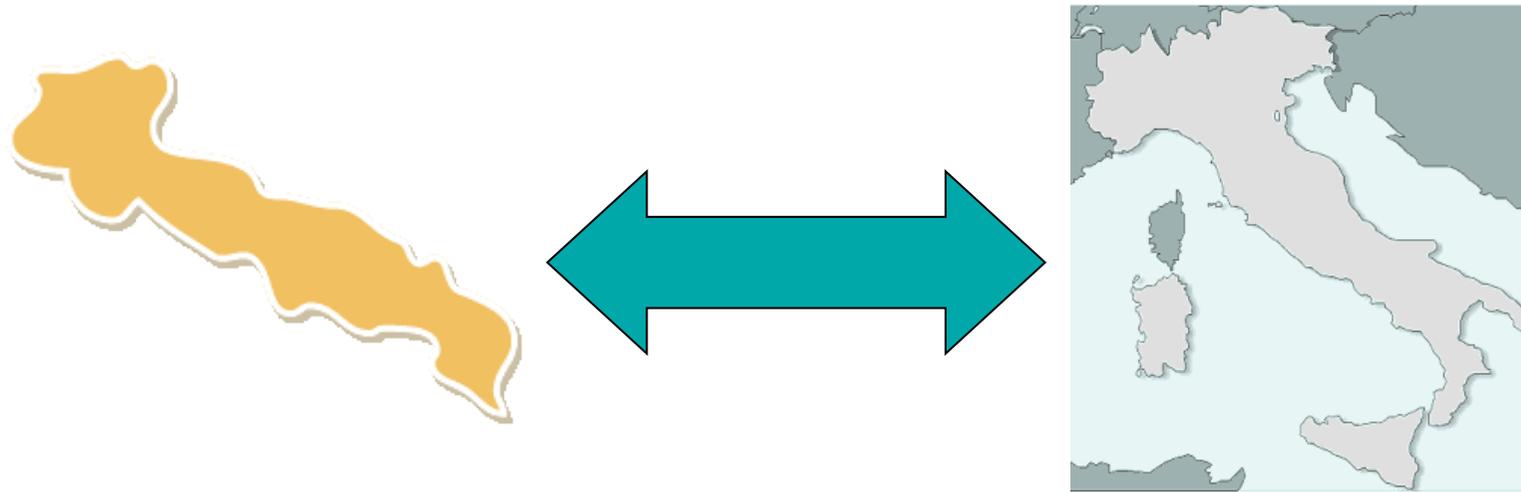
Scenario: la riforma del Titolo V della Costituzione

Sono materie di legislazione concorrente:
[...] tutela della salute.

Nelle materie di legislazione concorrente
spetta alle Regioni la potestà legislativa,
salvo che per la determinazione dei
principi fondamentali, riservata alla
legislazione dello Stato.

(Costituzione, articolo 117)

La Conferenza Stato-Regioni



- ✓ Rappresenta l'organo di coordinamento tra gli indirizzi di politica nazionale e regionale
- ✓ È chiamata ad esprimersi su livelli di assistenza, distribuzione di risorse, organico, sperimentazione e svariate altre tematiche

Livelli essenziali di assistenza

Le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale sono quelle riconducibili ai seguenti Livelli Essenziali di Assistenza:

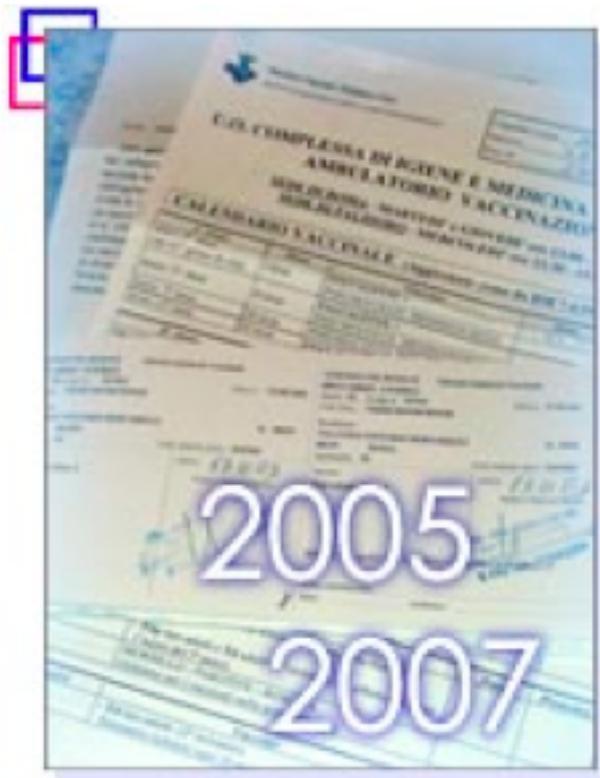
1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro: [...]

**F. Attività di prevenzione rivolte alla persona -
vaccinazioni obbligatorie e raccomandate -
programmi di diagnosi precoce**

Livelli essenziali di assistenza

Prestazioni	Modalità organizzative standard	Lista di prestazioni
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate anche a favore dei bambini extracomunitari non residenti	Il Piano Nazionale vaccini individua le percentuali di copertura vaccinale attese, le modalità operative, i requisiti dei servizi	Il PSN e il Piano Nazionale Vaccini elencano le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

Piano Nazionale Vaccini 2005-07



- Approvato con intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005
- Pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 14 aprile 2005
- Implementazione nell'ambito del Piano Nazionale Prevenzione

Calendario Nazionale Vaccini 2005-2007

Vaccino	Età												
	nascita	3° mese ¹	4° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	24° mese	36° mese	5-6 anni	11-12 anni	14-15 anni
DTP		DTaP		DTaP		DTaP					DTaP	Tdap	
IPV		IPV		IPV		IPV					IPV		
Epatite B	HB ²	HB		HB		HB							
Hib		Hib		Hib		Hib							
MPR							MPR1 ⁴				MPR2 ⁵		
PCV		PCV ³											
Men C		Men C ⁶											
Varicella							Varicella ⁷				Varicella ⁸		

Note

1. Per terzo mese di vita si intende il periodo che intercorre dal compimento del 61° giorno di vita fino al 90° giorno di vita, ovvero dal compimento della 8a settimana di vita fino alla 12a settimana di vita
2. Nei nati da madre HBsAg positiva si somministrano contemporaneamente, entro 12-24 ore dalla nascita ed in siti separati, la prima dose di vaccino (HB) e una dose di immunoglobuline specifiche anti-epatite B (HBIG).
3. Vaccino pneumococcico coniugato eptavalente: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato, tra cui i prematuri; per gli altri soggetti vaccinazione in base a specifici programmi regionali
4. E' possibile la co-somministrazione al 13° mese della prima dose del vaccino MPR e della terza dose dei vaccini DTaP, IPV, HB e Hib
5. MPR2: seconda dose ovvero dose di recupero
6. Vaccino meningococcico C coniugato: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato tra cui i prematuri; per gli altri soggetti vaccinazione in base a specifici programmi regionali
7. Varicella: limitatamente alle Regioni con programmi vaccinali specifici in grado di garantire coperture superiori all'80%
8. Varicella: programmi di ricerca attiva e vaccinazione degli adolescenti con anamnesi negativa per varicella

Calendario Vaccinale per l'età pediatrica (0-18 anni) FIMP SIP SITI

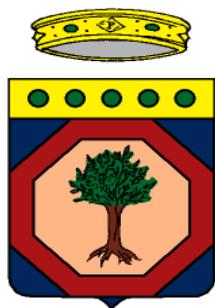
Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	12-14 anni
DTP		DTaP	DTaP	DTaP			DTaP	Tdap
IPV		IPV	IPV	IPV			IPV	
Epatite B	HB	HB	HB	HB				
Hib		Hib	Hib	Hib				
MPR					MPRV o MPR + V		MPRV o MPR + V	MPR ¹ o MPR + V ²
PCV		PCV	PCV	PCV				
Men C						Men C		Men C
HPV								HPV
Influenza	Influenza							
Rotavirus		Rotavirus						

1 in riferimento ai cluste epidemici, si ritiene opportuno oltre al catch up un attivo mop up dei soggetti non vaccinati

2 Soggetti anamnesticamente negativi per varicella.

Informagente
Professionisti
Newsletter
Network



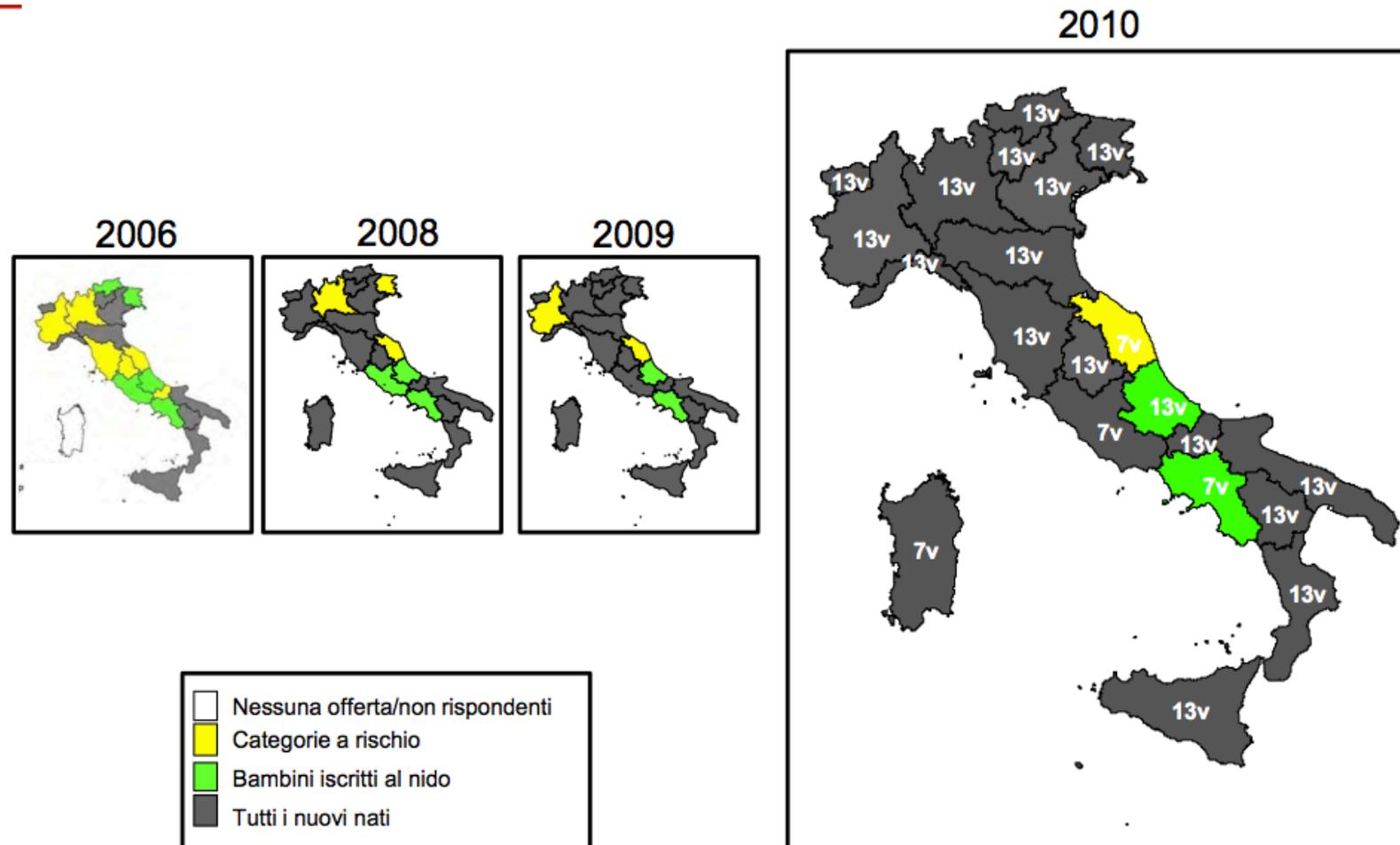


Calendario regionale vaccini 2005

<i>Vaccino</i>	<i>Nascita</i>	<i>3° mese</i>	<i>5° mese</i>	<i>12° mese</i>	<i>13° mese</i>	<i>15° mese</i>	<i>24° mese</i>	<i>5-6 anni</i>	<i>11-12 annI</i>	<i>13-14 anni</i>
Difterite Tetano Pertosse		DTaP	DTaP	DTaP				DTaP/ Tdap ⁶		Tdap
Antipolio inattivato		IPV	IPV	IPV				IPV ²		
Epatite B	HB ¹	HB	HB	HB						
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib	Hib	Hib						
Morbillo- Parotite-Rosolia					MPR1			MPR2 ³	MPR2 ³	
Epatite A					HAV1		HAV2		HAV1	HAV2
Pneumococcico eptavalente coniugato		PCV	PCV	PCV						
Meningococcico coniugato						Men C			Men C ⁴	
Varicella						VZV ⁵			VZV ⁵	

Un problema di equità...

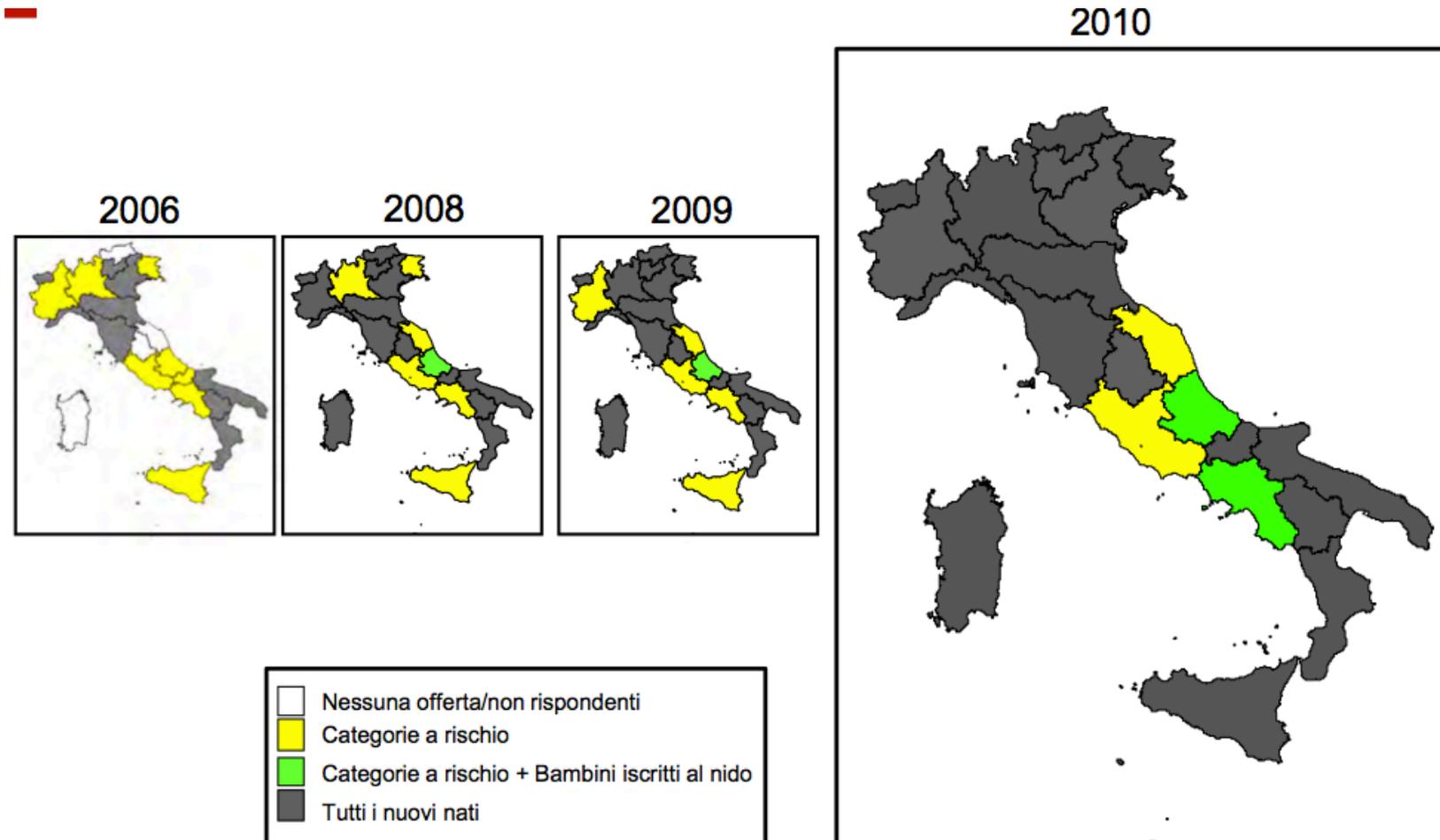
Vaccinazione anti-pneumococcico coniugato



Alfonsi et al, Epicentro 2011

Un problema di equità...

Vaccinazione anti-Men C



Alfonsi et al, Epicentro 2011

Proposta di Piano Nazionale Vaccini 2008/2010

- ❑ Istituita nel 2007 la Commissione Nazionale Vaccini
- ❑ Nel dicembre 2007 predisposizione proposta PNV 2008/2010



- ❑ Parere favorevole CIP dicembre 2007
- ❑ Iter bloccato per problemi di copertura finanziaria e crisi di governo

Il federalismo vaccinale

Non dovrebbe realizzarsi, pertanto, un 'federalismo vaccinale', perché le Regioni convergono ad un'unica strategia vaccinale in tutto il Paese, fondamentalmente tesa alla protezione dei soggetti che in esso vivono.

Bozza PNV 2008-2010



Proposta di Piano Nazionale Vaccini 2008/2010

“Il Piano nazionale vaccini 2008- 2010 è in fase di elaborazione e siamo disponibili, anche con l’industria, a modificarlo nei limiti delle possibilità”

F. Fazio

Roma, ottobre 2008



29/04/2010 - 17:30

A | A | A      

Al Consiglio Superiore di Sanità primo incontro sui vaccini

Finalmente basta alltosi

In tal modo potrete curare l'alltosi in maniera naturale.

www.mai-piu-alltosi.it



Annunci Google

Si è tenuto lo **scorso 26 aprile** al **Consiglio superiore di sanità** il primo incontro del gruppo di lavoro che si occuperà di elaborare il **nuovo Piano nazionale vaccini**.

Lo ha reso noto **Maria Grazia Pompa**, direttore dell'Ufficio malattie infettive e profilassi internazionale del ministero **della Salute**, partecipando oggi a **Roma** al convegno **'Le nuove sfide della meningite per la salute pubblica'** organizzato in occasione del **World Meningitis Day 2010**.

“L'obiettivo – ha detto **Pompa** – è quello di raggiungere l'equità nell'offerta vaccinale in tutte le Regioni d'Italia.

Da: Gasparone Anna [mailto:a.gasparone@sanita.it]

Inviato: lunedì 19 luglio 2010 13.29

A: Brusaferrò Silvio; letpeoplemove@tin.it; crovani@unige.it; giuseppe paolisso; Prof. Fabio Pigozzi; Eleonora Porcu; Presidenza, Facoltà di Medicina - Bari; scara.antonioemilio@hsr.it; g.rezza@iss.it; salmaso@iss.it; rota@iss.it; Oleari Fabrizio; Pompa Maria Grazia; Iannazzo Stefania; lorenzo_pavone@hotmail.com

Oggetto: Bozza PNV

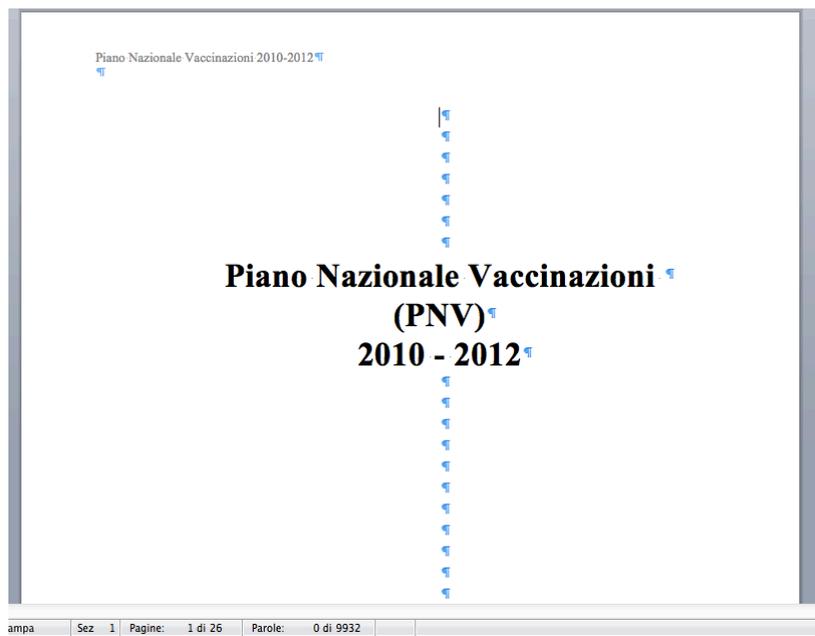
Priorità: Alta

Trasmetto, in allegato, i due file sul PNV con le integrazioni concordate durante la riunione del 13 luglio u.s.

Su indicazione del Presidente, eventuali proposte di correzioni " non sostanziali " dovranno pervenire entro venerdì 23 luglio p.v.

Buon lavoro!

Un caro saluto



26

Piano Nazionale Vaccinazioni 2010-2012

**Piano Nazionale Vaccinazioni
(PNV)
2010 - 2012**

ampa Sez 1 Pagine: 1 di 80 Parole: 7 di 30597 Ore 18.15-19.15

80

**DIREZIONE PREVENZIONE
SERVIZIO PROMOZIONE E SVILUPPO IGIENE E SANITA' PUBBLICA
DORSODURO, 3493
30123 VENEZIA**

Oggetto: Invio bozza verbale incontro 8.07.2011 e PNV rivisto.

Ai Referenti
del Gruppo Interregionale Sanità Pubblica e Screening

LORO SEDI

Gentili colleghi,
vi trasmetto in allegato la bozza del verbale dell'ultimo incontro tenutosi l'8 luglio u.s.
Vi chiedo di evidenziare eventuali imprecisioni o correzioni.

Accludo inoltre la bozza rivista del PNV, elaborata durante i mesi estivi da un piccolo gruppo di lavoro costituito dai colleghi delle Regioni Emilia-Romagna (dr.ssa Alba Carola Finarelli e dr.ssa Maria Grazia Pascucci) e Piemonte (dr. Roberto Raso, dr. Vittorio Demicheli e dr.ssa Lorenza Ferrara), e le note alla lettura.

Con l'occasione porgo i migliori saluti.

Per il Gruppo Sanità Pubblica e Screening
Francesca Russo



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014".

Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 22 febbraio 2012:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;



- ✓ La presenza sul territorio nazionale di **differenze nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione** rappresenta una **grave limitazione del diritto costituzionale alla salute** che occorre rapidamente superare.
- ✓ Al fine di raggiungere l'obiettivo generale di armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese il PNPV adotta **speciali strumenti finalizzati** al superamento delle differenze territoriali

Standard di copertura vaccinale

Vaccinazione	Tempo di valutazione	copertura
DTaP-IPV-HB-Hib	24 mesi	>95%
MPR	24 mesi	>95%
Pneumo-13 valente	24 mesi	>95%
Meningo C	24 mesi	>95%
DTaP	6 anni	>95%
IPV	6 anni	>95%
dTaP	14-15 anni	>90%
MPR	6 anni	>95%

Programmare al di fuori dei programmi...

Sono lieta di annunciare che sta partendo in tutta Italia la prima vaccinazione pubblica contro il *papillomavirus*

Livia Turco, Ministro della Salute, 8 marzo 2008



Strategia di vaccinazione in Italia

- ✓ **Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2007**

Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia



Obiettivi di copertura del programma di vaccinazione

Raggiungimento di una **copertura $\geq 95\%$** , con **tre dosi** di vaccino, **entro i cinque anni dall'inizio** del programma di vaccinazione

Strategie regionali di offerta attiva e gratuita

- ✓ Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Puglia: **due** coorti
- ✓ Basilicata: **quattro** coorti



Stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV: dati di copertura vaccinale al 31/12/2010 e aggiornamento delle decisioni in merito alle strategie vaccinali.

Cristina Giambi (Reparto di Epidemiologia di Malattie Infettive del CNESPS, ISS)

Tutte le Regioni italiane hanno avviato l'offerta della vaccinazione contro l'infezione da HPV 16 e 18 entro la fine del 2008, con un'ampia finestra temporale da Luglio 2007 a Novembre 2008. In accordo con l'Intesa del 20 Dicembre 2007 tra il Ministero della Salute e le Regioni/Province Autonome (PA), la vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente alle dodicenni tramite i servizi vaccinali del Servizio Sanitario Nazionale in tutte le Regioni.

Sette Regioni hanno esteso l'offerta attiva e gratuita ad una seconda coorte compresa tra il 15° e il 18° anno di vita e una Regione a quattro coorti di nascita.

Per le fasce d'età non incluse nel target dell'offerta attiva, quasi tutte le Regioni, inoltre, prevedono il pagamento agevolato.

Come definito dall'Intesa, l'obiettivo del programma di vaccinazione è il raggiungimento di una copertura con tre dosi di vaccino pari al 95% entro 5 anni dall'avvio del programma di immunizzazione, cioè per le ragazze nate nel 2001, che saranno invitate attivamente alla vaccinazione nel 2012, e la cui copertura vaccinale sarà valutata al 31 dicembre 2013.



EUROPE

Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection



WHO European Region strategic plan 2005–2010



home page

morbillo

informazione generali

ultimi aggiornamenti

archivio

aspetti epidemiologici

in Italia

in Europa

nel mondo

documentazione

nelle Regioni

in Italia

in Europa

nel mondo

iniziative e progetti

in Europa

strumenti

[home](#) > [malattie infettive](#) > [morbillo...](#)

morbillo

Approvato il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia: la parola agli esperti

E' arrivato il via libera definitivo: il 13 novembre 2003 la Conferenza Stato Regioni ha approvato il Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Diverse le azioni da mettere in campo per arrivare al risultato: raggiungere e mantenere coperture vaccinali superiori al 95% entro i due anni; vaccinare i bambini oltre i 2 anni e gli adolescenti suscettibili; introdurre una seconda dose di vaccino. Consulta il [testo completo](#) del documento.

La predisposizione del Piano Nazionale è stata decisa nel corso del 2002 dagli Assessori alla Sanità e dai Presidenti delle Regioni e Province Autonome. Successivamente, un Gruppo Tecnico Inter-regionale per le Malattie Infettive e Vaccinazioni, di cui fanno parte i rappresentanti delle Regioni, del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, ha lavorato alla stesura del Piano che ora attende solo l'approvazione finale della Conferenza Stato Regioni.

Consulta i contributi preparati da esperti del settore, alcuni dei quali hanno collaborato alla stesura del piano. I contributi sono volti a evidenziare non solo i punti di forza del piano ma anche i suoi aspetti critici, con particolare attenzione a sottolineare e a suggerire le strategie che sarà necessario mettere in atto per una buona riuscita del Piano sul territorio nazionale.

Il piano ha come obiettivo prioritario quello di raggiungere e mantenere l'eliminazione del morbillo a livello nazionale, interrompendone la trasmissione e di ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100 mila nati vivi entro il 2007.



Ministero della Salute

**Piano nazionale per l'eliminazione
del morbillo e della rosolia congenita
2010-2015**

Approvato con Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2011

Adozione e monitoraggio del Piano

*Si raccomanda ad ogni Regione, al momento dell'adozione del presente Piano, di effettuare **una analisi di contesto** in cui stimare per ogni anno di calendario la quota di malattia prevenibile localmente, le dimensioni della popolazione target, **la copertura vaccinale da raggiungere per l'anno** e la descrizione delle risorse (strutture, personale, fondi) messe a disposizione.*

L'attività annuale dovrebbe essere valutata in base all'analisi iniziale, alle eventuali criticità identificate e alle azioni per risolverle già intraprese.

Monitoraggio del Piano

I risultati delle valutazioni regionali dovranno essere trasmessi al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità dove i dati verranno aggregati e analizzati a livello nazionale.

Aspetti da valutare	Indicatori
1. Aspetti organizzativi relativamente all'analisi iniziale della dimensione della popolazione target e alla logistica necessaria	Presenza di anagrafe vaccinale informatizzata
	Disponibilità di un elenco delle aree o dei gruppi a rischio del distretto/ASL
	Laboratori di riferimento per morbillo e rosolia congenita identificati da parte di tutte le Regioni e P.A.
2. Valutazione di processo	Proporzione di persone nella popolazione target attivamente invitate alla vaccinazione
	Frequenza eventi avversi
	Tempestività (entro 24 ore dalla diagnosi) e livello di completezza delle notifiche ($\geq 80\%$ dei casi con informazioni su variabili chiave)
	-Proporzione di ASL con protocolli per la trasmissione delle positività al rubeo-test (IgM e/o IgG) effettuato in gravidanza dai laboratori di analisi alle ASL
	Proporzione di casi di morbillo e rosolia con conferma di laboratorio ($\geq 80\%$)
	Percentuale di casi confermati in cui è stata identificata la fonte del contagio ($\geq 80\%$)
	Percentuale di focolai indagati (100%)
	Proporzione di ASL con protocolli operativi per la vaccinazione delle donne suscettibili ricoverate per parto o interruzione di gravidanza ($\geq 95\%$)
Proporzione di donne identificate suscettibili in gravidanza e vaccinate nel post-partum e post interruzione di gravidanza , per ASL ($\geq 95\%$)	
N. corsi/seminari per operatori sanitari	

Interventi “a gamba tesa....”

Raccomandazioni del Working Group Pediatrico dell'AIFA su utilizzo dei vaccini MPRV

Sicurezza

15/11/2011

Per l'immunizzazione contro morbillo-parotite-rosolia-varicella sono attualmente disponibili sul mercato vaccini MPR, vaccini contro la varicella e un vaccino tetravalente MPRV.

E' stato ormai documentato un aumentato rischio di comparsa di convulsioni febbrili dopo somministrazione della prima dose di vaccino tetravalente (MPRV) rispetto alla somministrazione separata di vaccini MPR e vaccino antivariella (1),(2)

E' stato stimato(3) che nei bambini tra 12-23 mesi di età si hanno da 7 a 9 casi di convulsioni febbrili ogni 10.000 bambini vaccinati con MPRV e 3-4 casi ogni 10.000 bambini vaccinati con i vaccini MPR e V somministrati separatamente. In pratica è atteso un caso in più di convulsione febbrile ogni 2300-2600 bambini vaccinati dopo vaccinazione con MPRV rispetto alla somministrazione separata di MPR e V.

I dati nazionali provenienti dalle segnalazioni spontanee inserite nella Rete Nazionale di **Farmacovigilanza** sono in linea con quanto osservato a livello internazionale in studi precedentemente effettuati ed i risultati delle analisi condotte sul database nazionale mostrano un rischio di oltre due volte di convulsioni febbrili dopo somministrazione di vaccino MPRV rispetto alla vaccinazione con vaccini separati. Tale riscontro riguarda in particolare i bambini più piccoli e si osserva nei primi 5-12 giorni dopo la somministrazione del vaccino.

Pertanto il Working Group Pediatrico dell'AIFA, in analogia a quanto suggerito in altri Paesi (3) (4), raccomanda ai pediatri e agli altri operatori sanitari interessati:

- di non usare il vaccino tetravalente MPRV come prima dose per l'immunizzazione contro morbillo, parotite e rosolia
- di effettuare la prima vaccinazione somministrando separatamente i vaccini MPR e varicella
- di attenersi alle modalità d'uso riportate nel Riassunto delle Caratteristiche del prodotto



Unicuique suum....



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

L'Assessore alla Sanità

Sotto il profilo metodologico si evidenzia che:

- il contenuto del documento doveva essere preventivamente valutato con gli organismi che decidono le strategie vaccinali: in primo luogo con i competenti uffici del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Regioni anche tenendo conto dei dati di sorveglianza disponibili a livello nazionale;
- la pubblicazione del documento è stata comunicata alle Regioni con un solo giorno di anticipo, impedendo di valutare adeguatamente gli effetti e le possibili strategie alternative;
- il documento non è stato adeguatamente valutato dal gruppo di lavoro costituito dall'AIFA per il monitoraggio e l'analisi dei segnali che afferiscono alla rete di farmacovigilanza.

Il Coordinatore della Commissione Salute
- Luca Coletto -



Contact | Sitemap | Links | RSS feeds

Font: [icon] | Accessibility

European Centre for Disease Prevention and Control

Go to extranet

Advanced Search

- Home
- About Us
- Activities
- Health Topics
- Publications
- Media Centre

HIGHLIGHTS

Tick season is here!



Click here

- Measles monitoring
- Tick season is here!
- SAVE LIVES: Clean Your Hands
- Schmallenberg virus
- New guidelines on TB care

PUBLICATIONS

NEWS AND EPIDEMIOLOGICAL UPDATES

ECDC communicable disease threats report (CDTR): week 19
14 May 2012
→ Read more...

Weekly influenza surveillance overview week 18: influenza season coming to its end in Europe
11 May 2012
→ Read more...

New joint risk assessment on risks to human health of the Schmallenberg virus
08 May 2012
→ Read more...

Measles monitoring: measles transmission during 2012 season lower than in 2011 and 2010



The Project

Participating Countries

Project Outputs

Venice Virtual Library

Links

Search

MESSAGE tool

EVACO data collection

Members Area

Contact Us



Vaccine European New Integrated Collaboration Effort



As the most important tool of primary prevention, vaccination targets a large number of healthy individuals in each Member State. National immunization programmes and strategies vary among European countries, instead the impact of a vaccination programme is expected beyond political borders of a state, especially in the EU context of free circulation of persons and potential infectious vehicles.

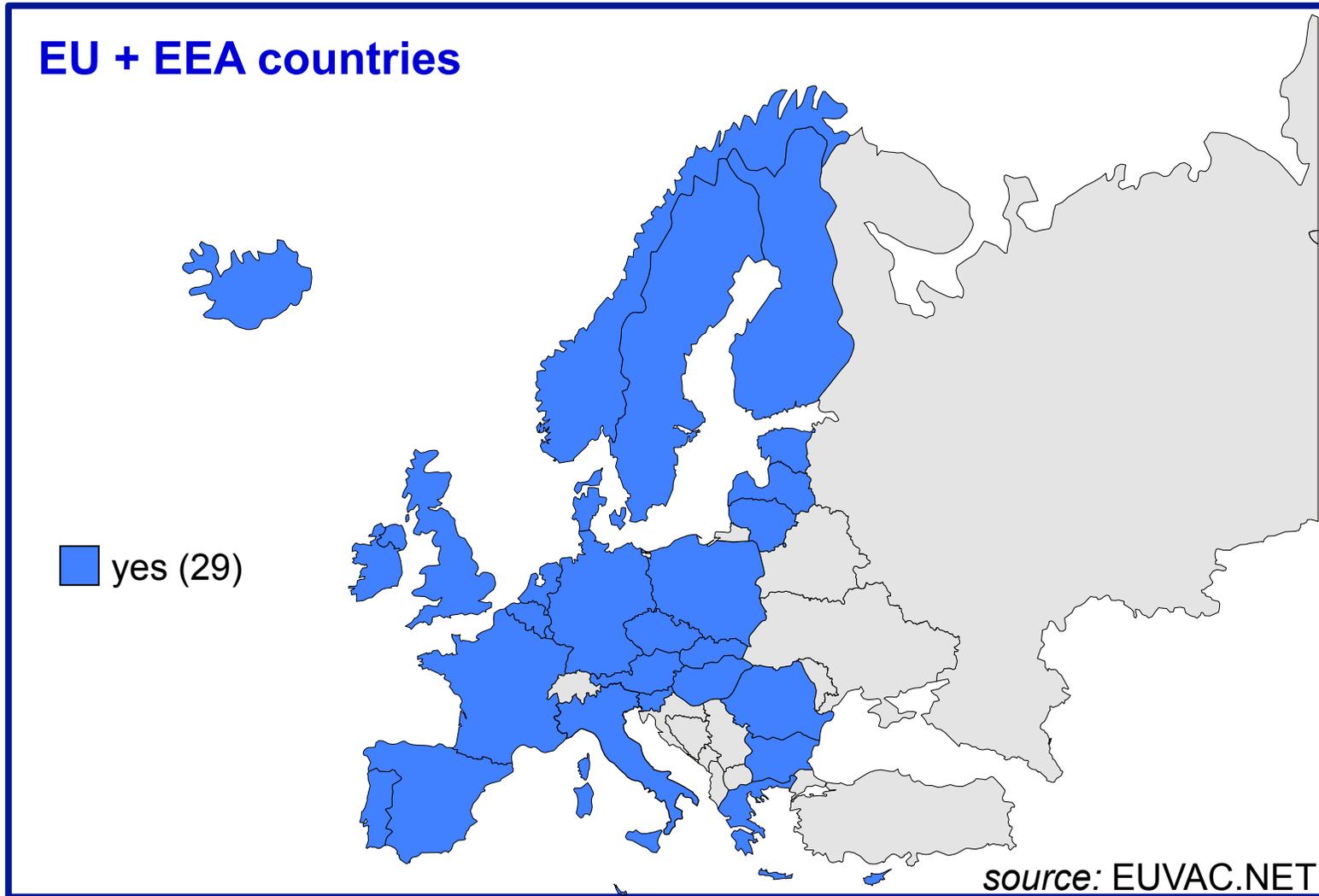
The Venice project aims to collect, share and disseminate knowledge and best practice in field of vaccination through a network of European experts. A strong collaboration among states and a detailed knowledge of the current status of each country's immunisation programmes are essential to reduce the heterogeneity among states and create a common model and common tools.

Click here to look at the closed, on-going and planned VENICE II activities 2009-2011 (Last Update 01/04/2012).

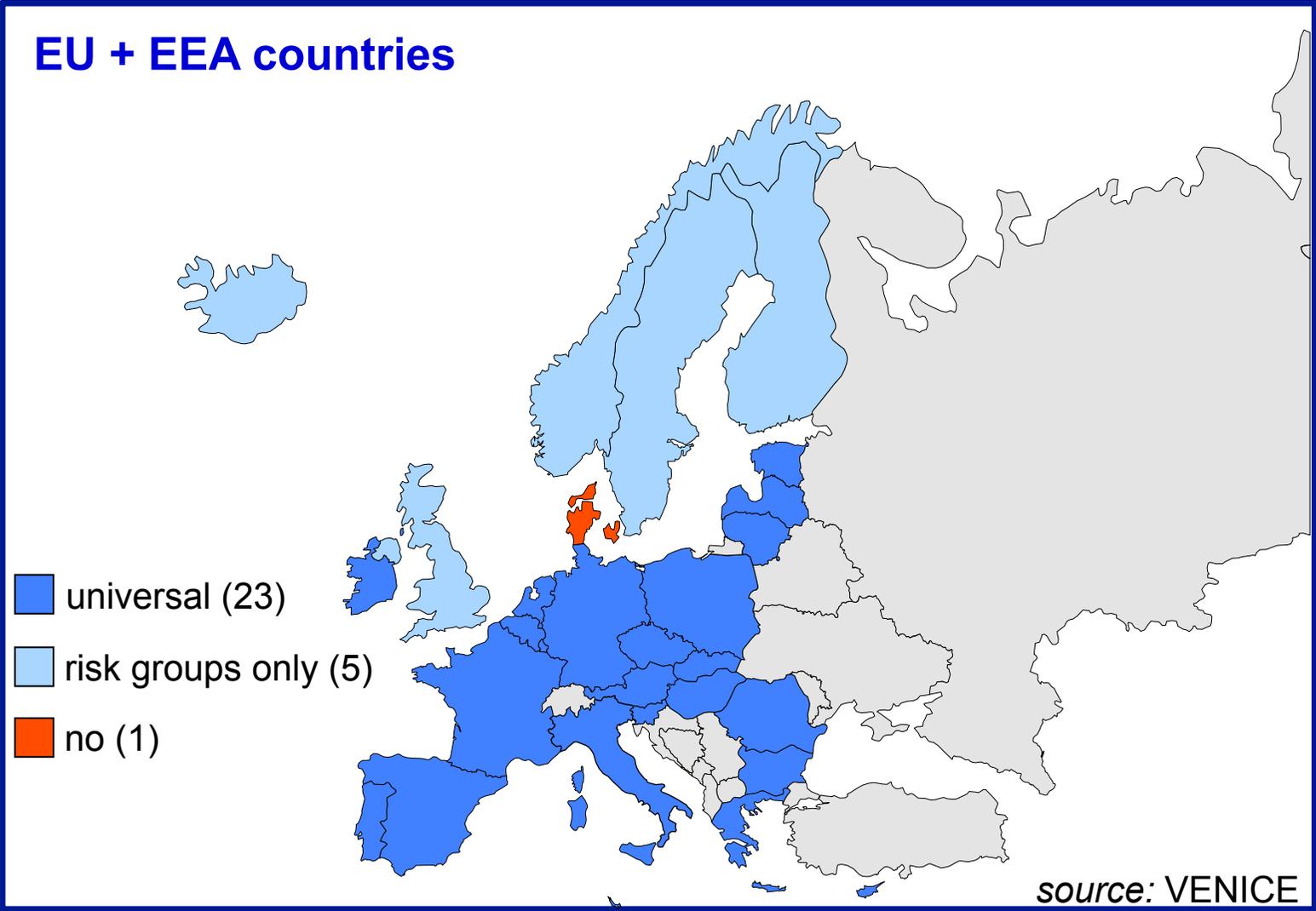
News

- Two new reports are available on the **public area** of the VENICE website: **Report on Vaccination coverage assessment in EU/EEA countries, 2011** and **Report on the health technology assessments on human papillomavirus and rotavirus vaccinations in Europe.** (04-04-2012)
- The article "**Health technology assessments on human papillomavirus vaccinations in Europe: a survey from Venice network**" has been published on The Italian Journal of Public Health and it is available at the following link: <http://www.ijph.it/journal/item/1088/health-technology-assessments-human-papillomavirus.html> (02-04-2012)

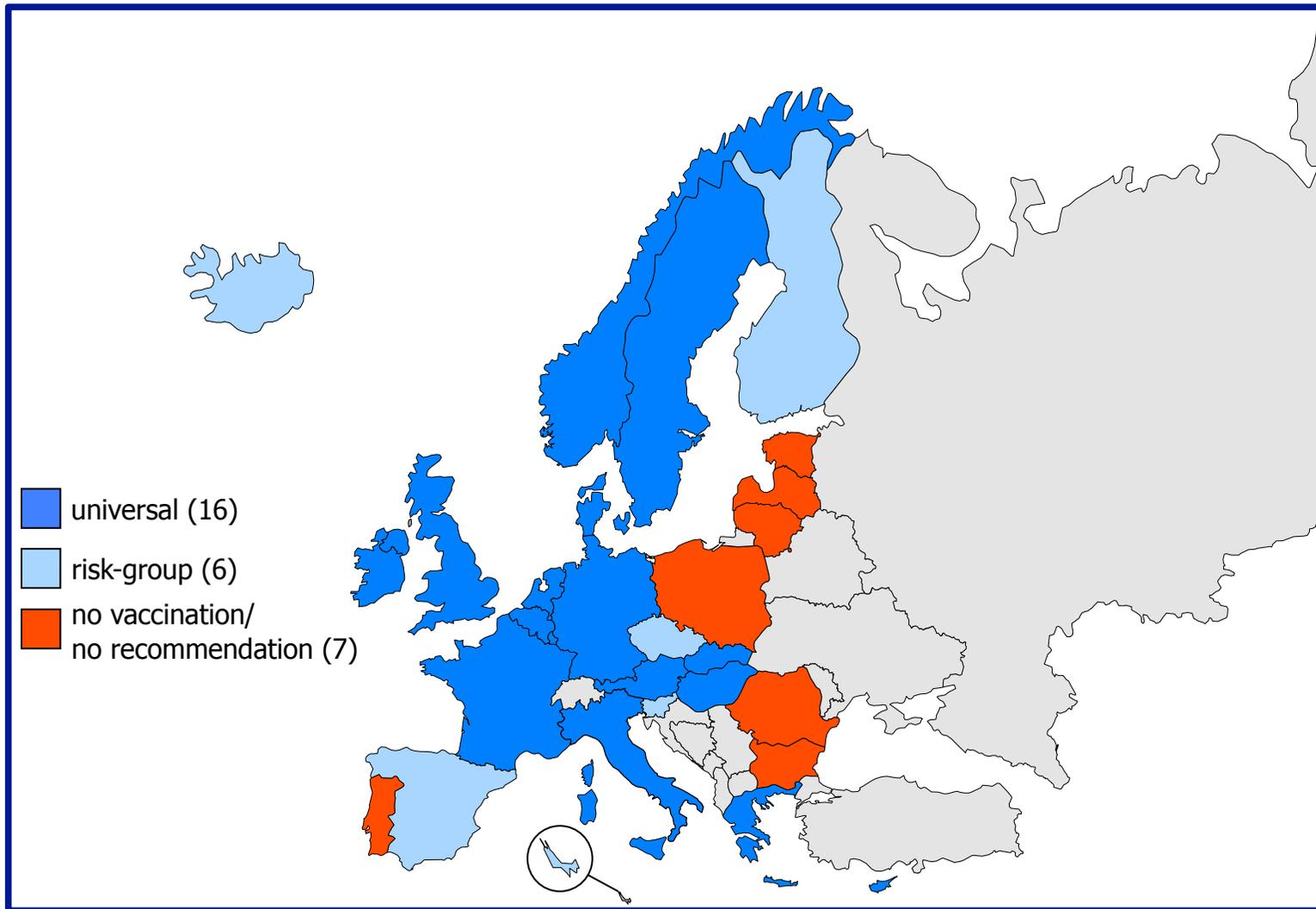
DTP, Polio, MMR, (Hib)



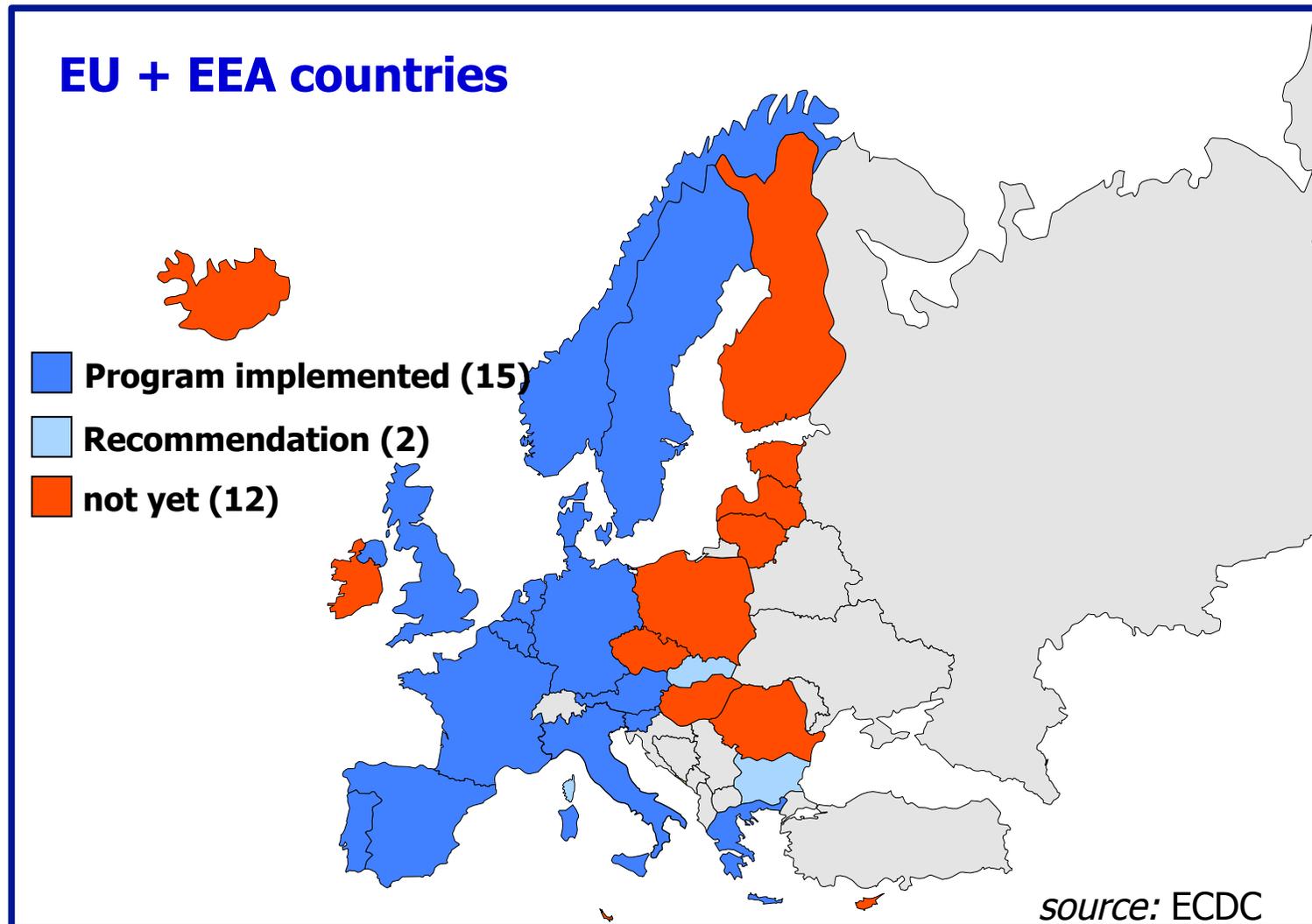
HBV



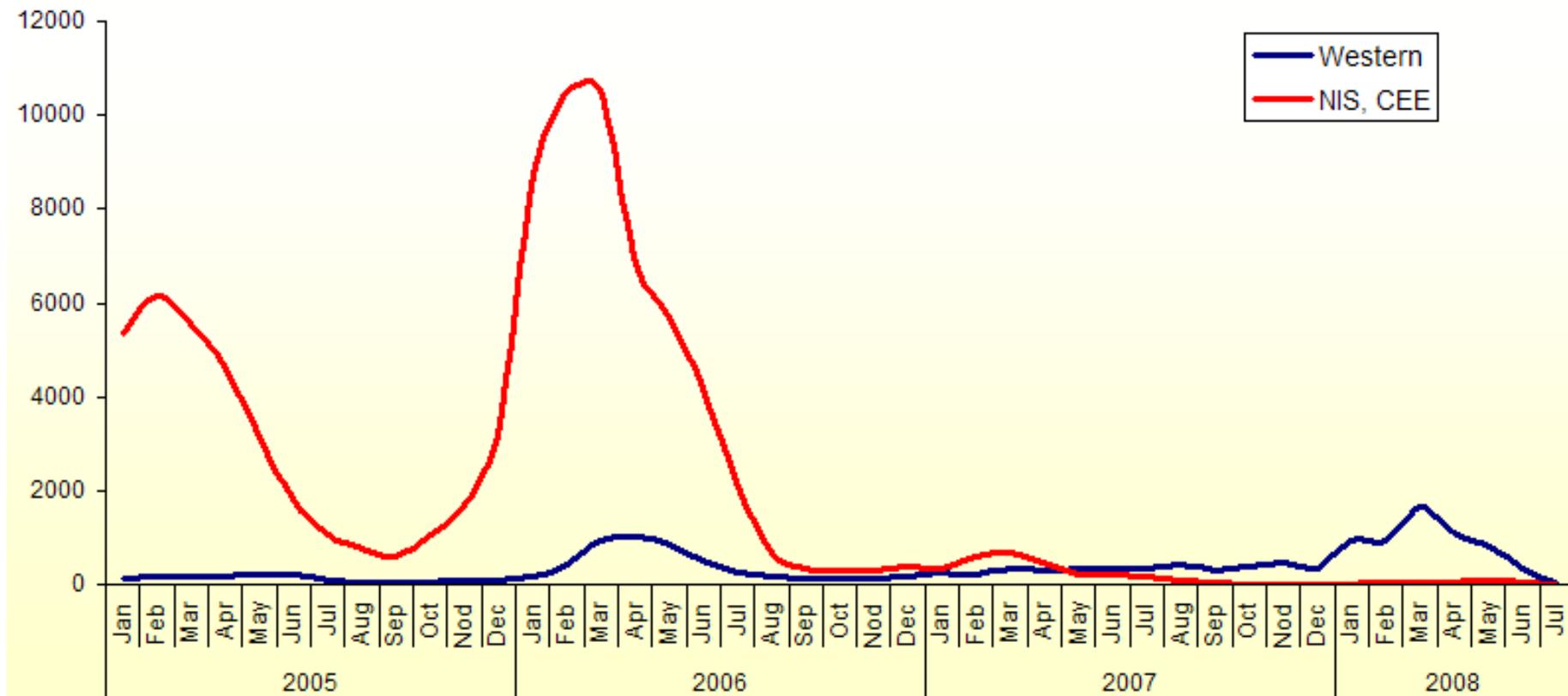
Pneumococcal vaccination in the EU



Status of decision making process on HPV vaccine introduction *(as to May 2010)*



Measles situation in the European Region: elimination goal 2010

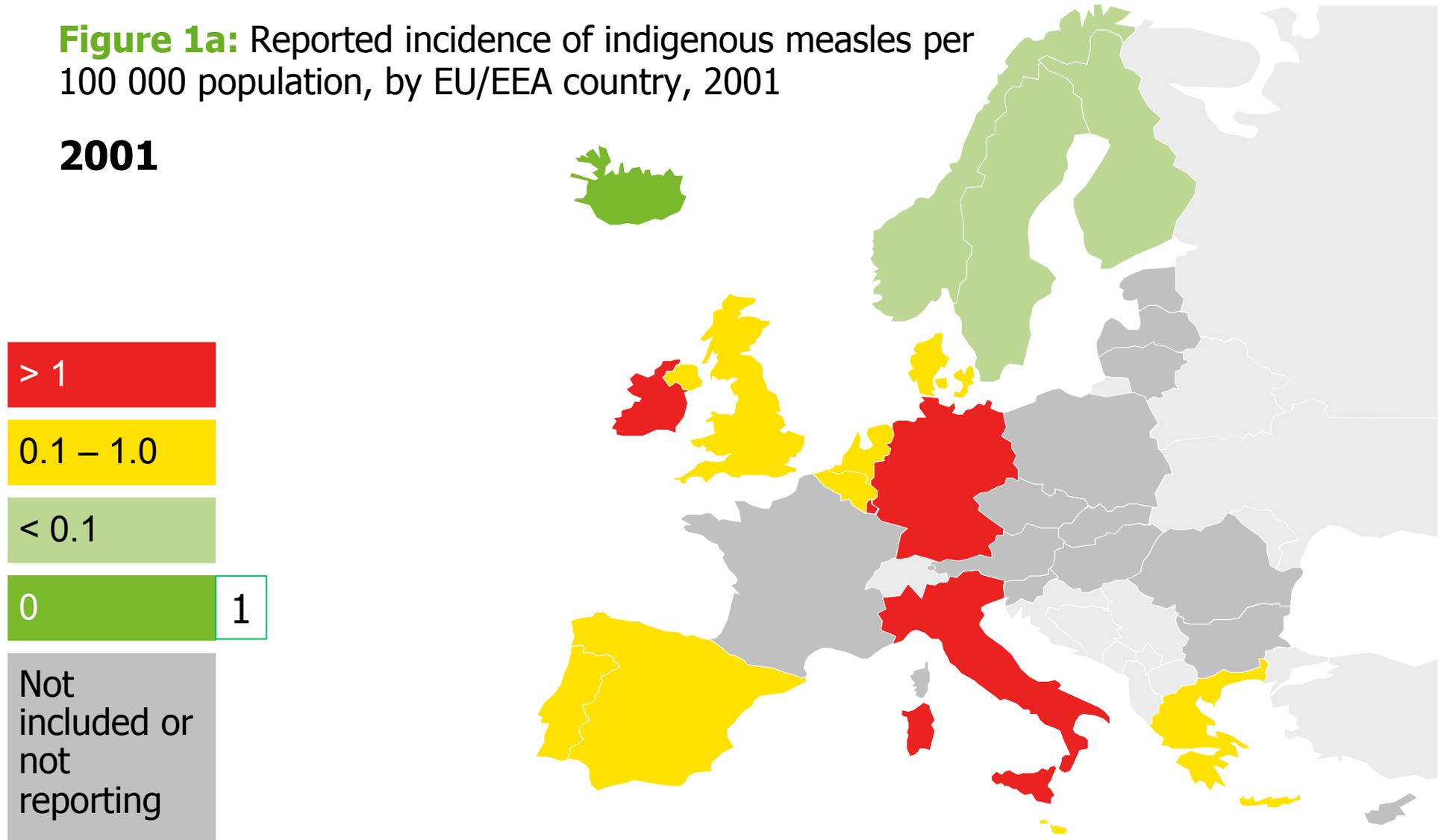


Source: WHO

Measles incidence rates

Figure 1a: Reported incidence of indigenous measles per 100 000 population, by EU/EEA country, 2001

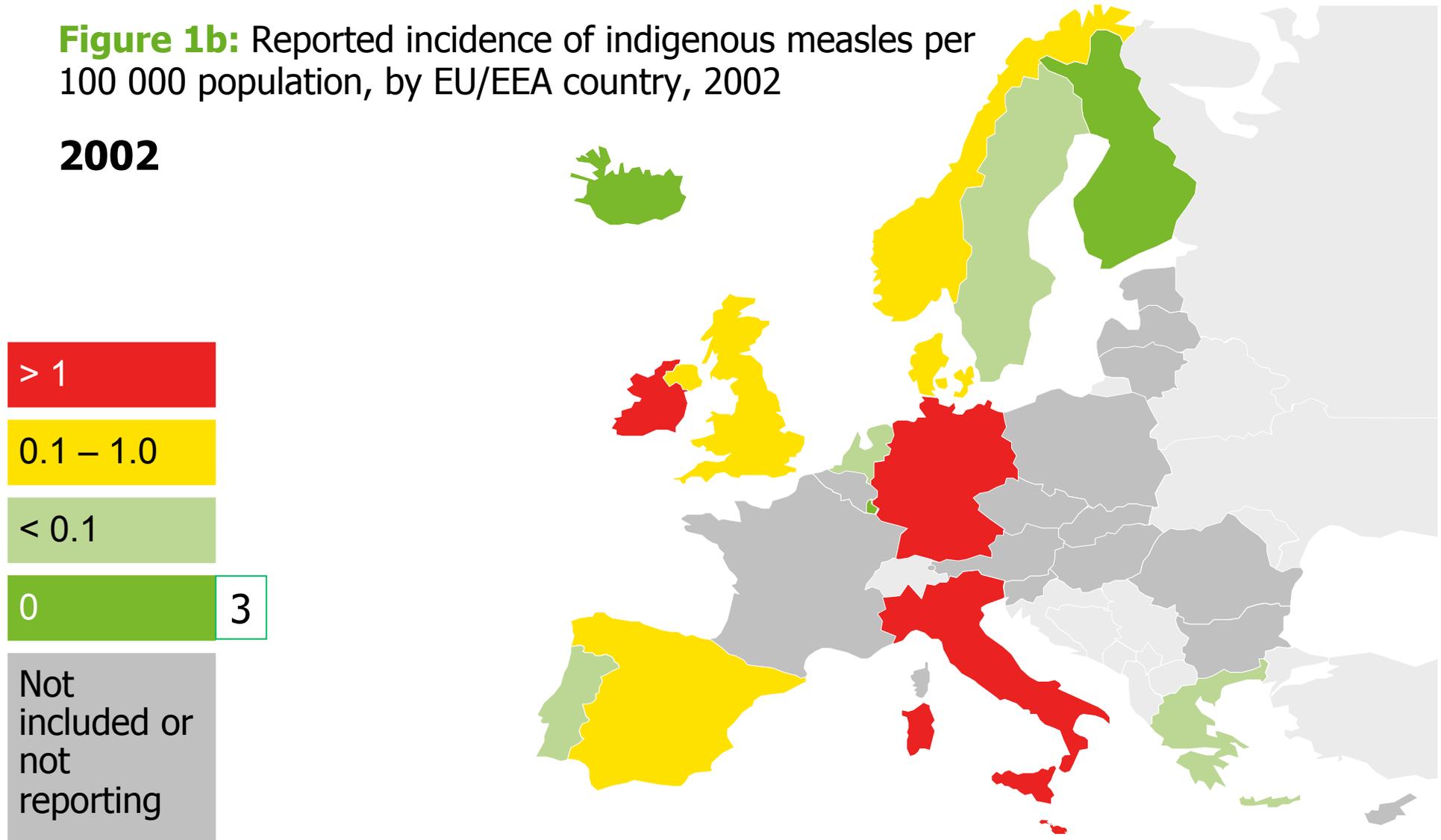
2001



Measles incidence rates

Figure 1b: Reported incidence of indigenous measles per 100 000 population, by EU/EEA country, 2002

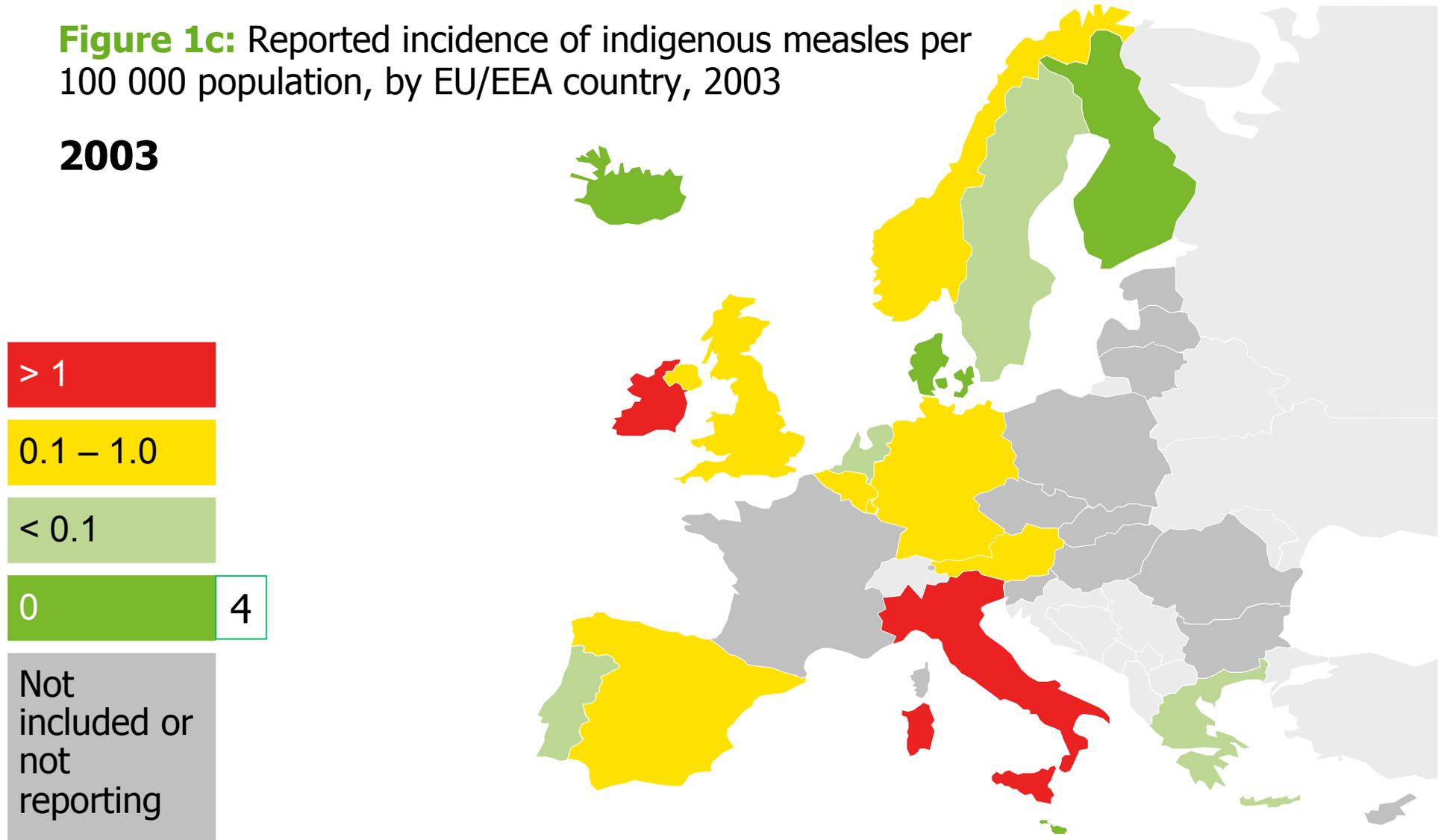
2002



Measles incidence rates

Figure 1c: Reported incidence of indigenous measles per 100 000 population, by EU/EEA country, 2003

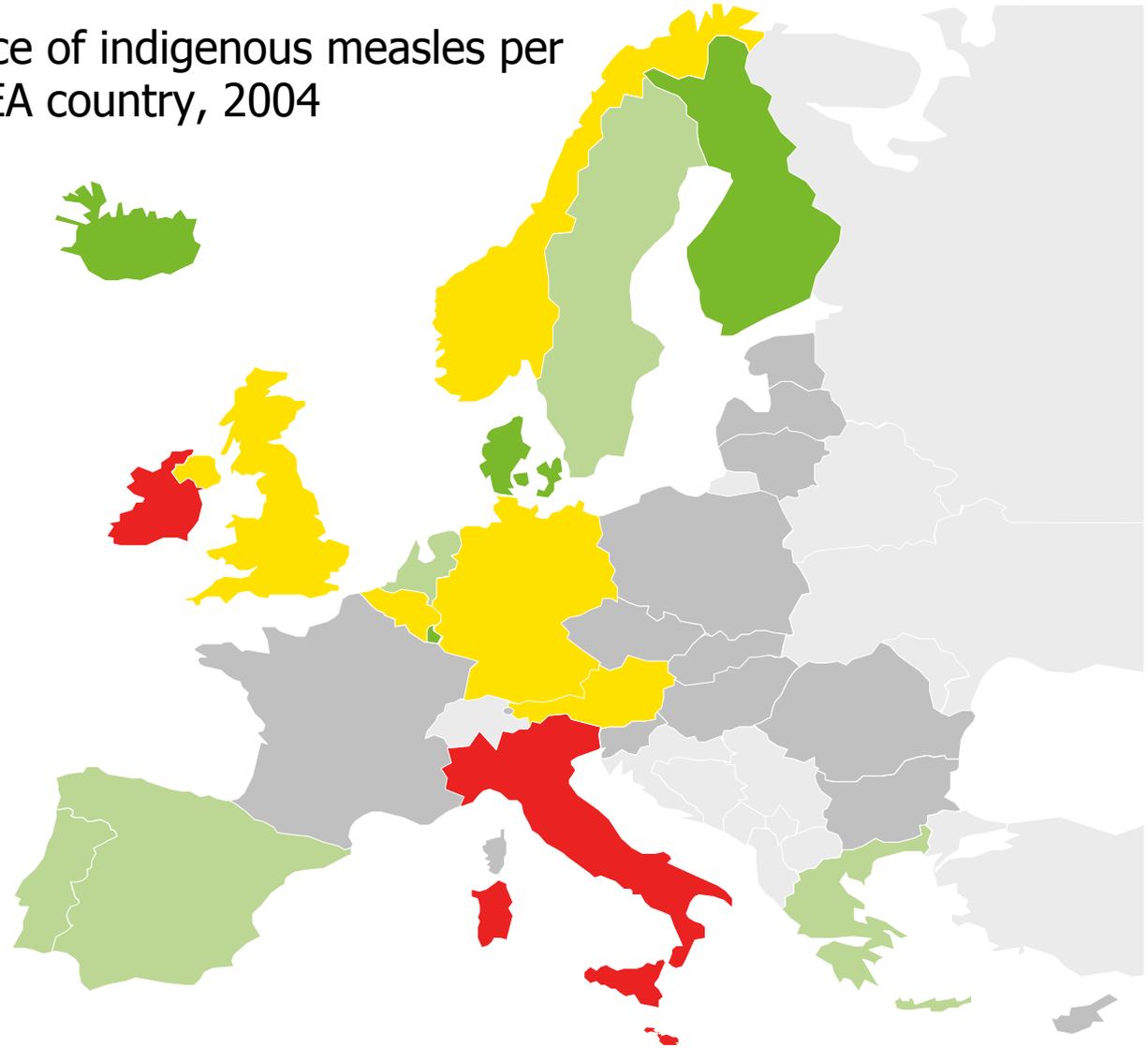
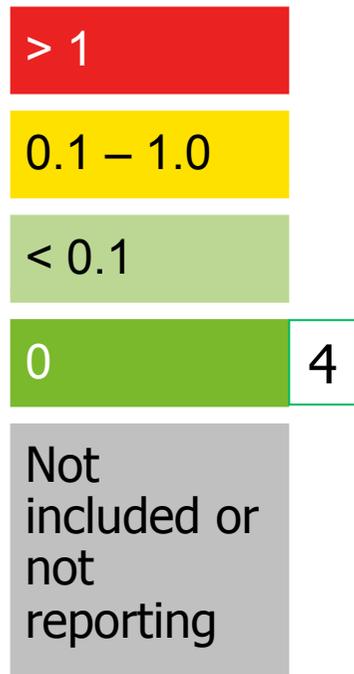
2003



Measles incidence rates

Figure 1d: Reported incidence of indigenous measles per 100 000 population, by EU/EEA country, 2004

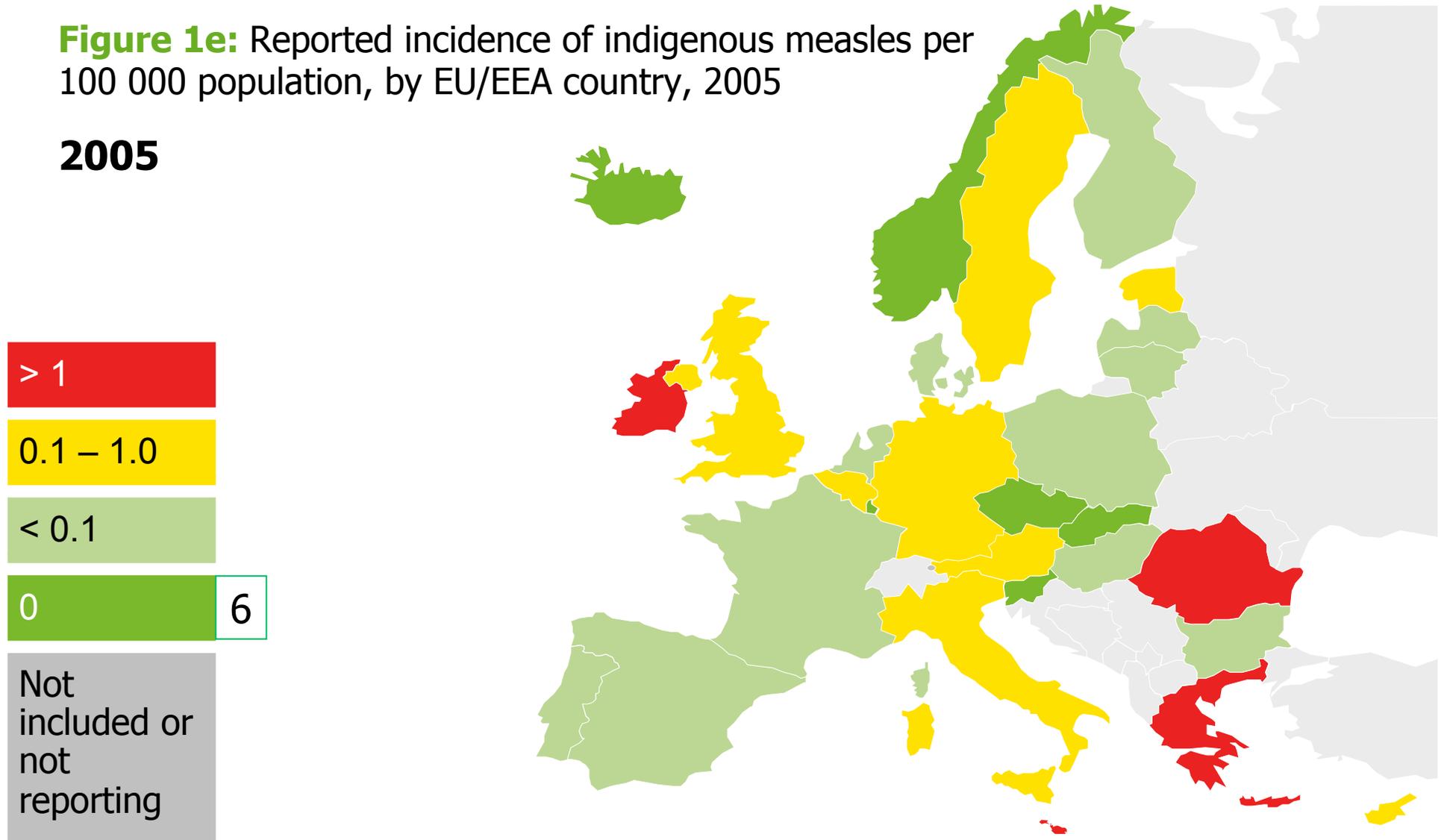
2004



Measles incidence rates

Figure 1e: Reported incidence of indigenous measles per 100 000 population, by EU/EEA country, 2005

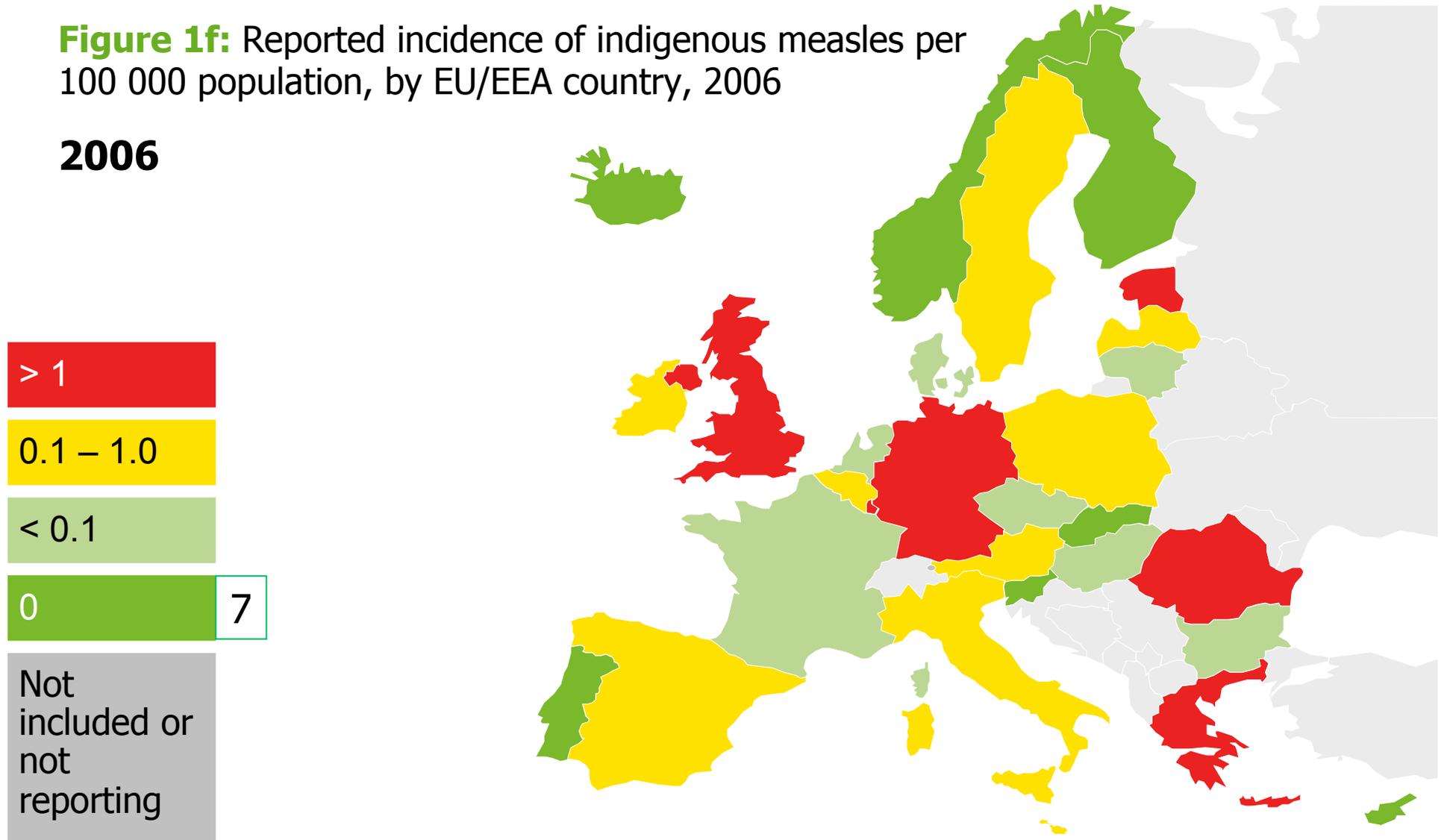
2005



Measles incidence rates

Figure 1f: Reported incidence of indigenous measles per 100 000 population, by EU/EEA country, 2006

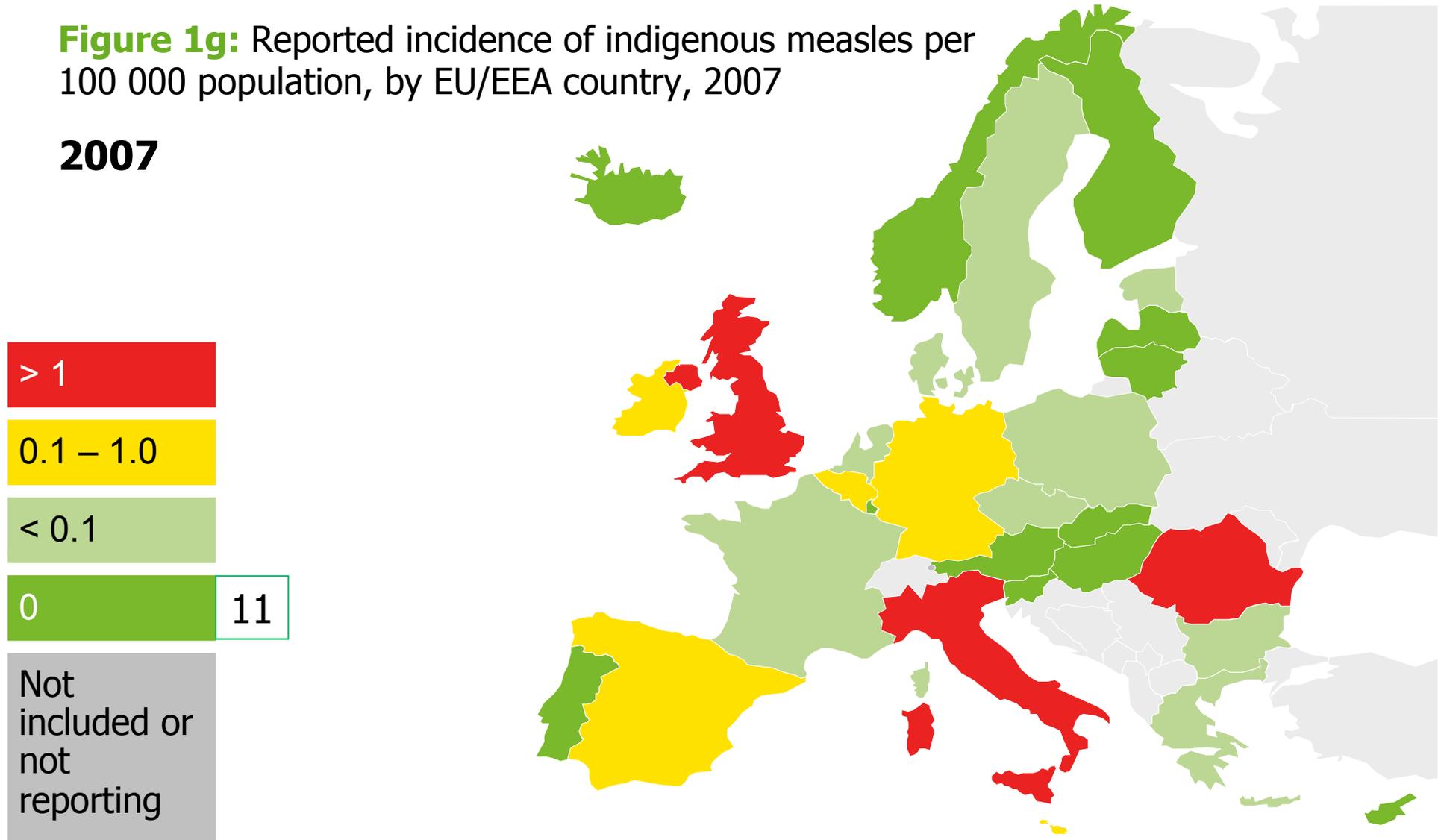
2006



Measles incidence rates

Figure 1g: Reported incidence of indigenous measles per 100 000 population, by EU/EEA country, 2007

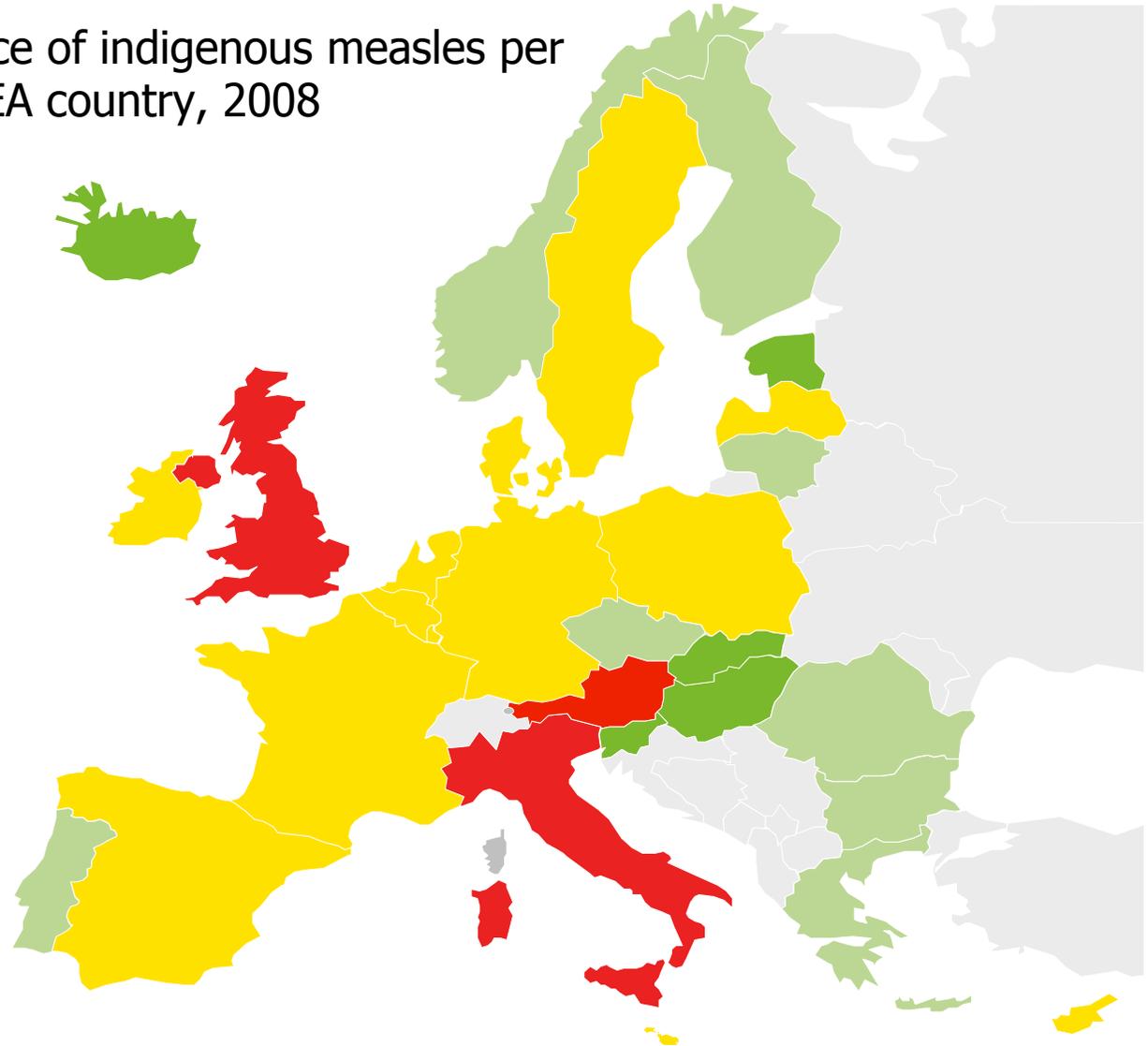
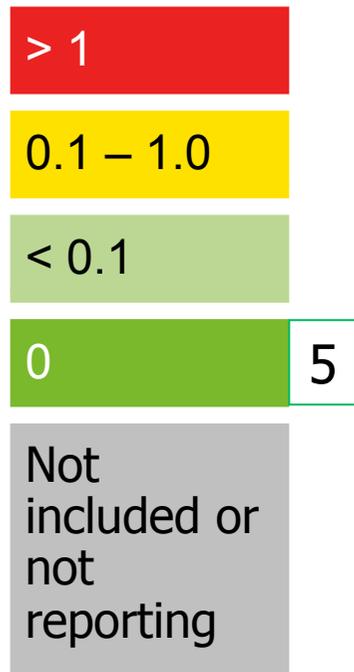
2007



Measles incidence rates

Figure 1h: Reported incidence of indigenous measles per 100 000 population, by EU/EEA country, 2008

2008



Measles incidence rates

Figure 1i: Reported incidence of indigenous measles per 100 000 population, by EU/EEA country, 2009

2009

