

REGIONE UMBRIA

OGGETTO: **Aggiornamento protocollo regionale per le vaccinazioni di cui alle DD.G.R. n. 1871/2002 e n. 2033/2007.**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4 febbraio 2008 n. 84

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'assessore Maurizio Rosi;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;
- c) della dichiarazione del dirigente medesimo che l'atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
- d) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'assessore, corredati dei pareri e dei visti prescritti dal regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

2) di approvare il documento allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto: «Protocollo regionale per le vaccinazioni» (*Allegato A*) e di integrare pertanto, con il presente atto, la D.G.R. n. 1871/2002 e la DGR n. 2033/2007 «Strategia vaccinale contro il papilloma virus umano (HPV);

3) di confermare che sono offerte attivamente e gratuitamente le prestazioni vaccinali espressamente indicate nell'*Allegato A* alla presente deliberazione;

4) di dare mandato alle Aziende USL di attuare le disposizioni contenute nell'*allegato A* alla presente deliberazione con le modalità ed i tempi di attuazione previsti nel documento medesimo;

5) di dare atto che, una volta resi operativi i programmi vaccinali compresi nel protocollo approvato con il presente atto, i vaccini normalmente utilizzati per l'offerta attiva nelle categorie previste dal protocollo potranno essere somministrati a chi ne fa richiesta a prezzo agevolato, semprechè questo non contrasti con le strategie di sanità pubblica in essere;

6) di pubblicare il presente atto nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria.

Il Vicepresidente
LIVIANTONI

(su proposta dell'assessore Rosi)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

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

La Regione Umbria ha approvato il primo protocollo regionale per le vaccinazioni raccomandate nel 1995 con D.G.R. n. 7693/95 nel quale, per la prima volta, veniva data indicazione per l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia e pertosse, del secondo richiamo contro la difterite e il tetano a distanza di 8/10 anni dal primo e venivano sollecitate le Az. USL a promuovere la vaccinazione antinfluenzale; Successivamente, con DGR n. 1086/1999 venivano date indicazioni sui tassi di copertura da raggiungere nell'anno 2000 e sulle strategie da seguire per la lotta alle malattie prevenibili con vaccinazione nei bambini fino a due anni di età e negli anziani per l'influenza a seguito dell'emanazione (con decreto del Ministro della sanità 7 aprile 1999) del nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;

Nel 2002, con DGR 1871: «Aggiornamento protocollo regionale per le vaccinazioni - Linee di indirizzo vincolanti per le Aziende USL» è stata ribadita, tra l'altro, l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni per l'infanzia cosiddette obbligatorie e di quelle contro morbillo, parotite, rosolia ed Hib; queste indicazioni sono state successivamente integrate con DGR n. 369/2004 - «Approvazione del piano regionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita»;

A livello nazionale già il Piano nazionale vaccini 2005-2007, peraltro in corso di revisione, ha ridefinito le strategie vaccinali individuando gli obiettivi, le aree prioritarie di intervento e le azioni necessarie al miglioramento dell'offerta vaccinale sul territorio nazionale e ha proposto l'inserimento nel calendario nazionale dei vaccini contro pneumococco, meningococco C e varicella, dando indicazione perché fossero innanzitutto offerti attivamente e gratuitamente alle categorie a rischio, e quindi ai nuovi nati, laddove previsti da protocolli regionali.

Tali indicazioni non sono state accolte in maniera omogenea, anche perché le Regioni e le Province autonome sono state impegnate nell'attuazione del Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

I successivi atti regionali:

— n. 1084/2005 «Piano regionale della prevenzione attiva - intesa 23 marzo 2005: 1) Piano vaccinazioni; 2) screening oncologici; 3) rischio cardiovascolare»;

— n. 534/2006 «Ulteriori determinazioni relative al Piano della prevenzione attiva» n. 773/2007 «Costituzione della "Commissione tecnico-scientifica per la programmazione e la valutazione delle attività vaccinali":nomina componenti»;

— n. 963/2007 «Approvazione del «Piano pandemico Regione Umbria»;

— n. 962/2007 e 1241/2007 relative alla approvazione delle «Linee guida vincolanti per le Az. USL finalizzate al miglioramento della pratica vaccinale e ad una migliore efficienza dei servizi»;

— n. 2033/2007 «Strategia vaccinale contro il papilloma virus umano (HPV): integrazione DGR n. 1871 del 23 dicembre 2002»;

hanno ulteriormente implementato l'attività vaccinale in Umbria.

Per fare il punto rispetto al contesto epidemiologico relativo alle diverse malattie infettive e ridefinire gli obiettivi di salute da raggiungere e le azioni da mettere in campo per raggiungerli, già nel corso del 2007 sono stati valutati e raccolti in una specifica pubblicazione «Le malattie infettive in Umbria. Rapporto 1996-2005» i dati relativi all'andamento delle notifiche delle malattie infettive soggette a vaccinazione e i livelli di copertura vaccinali nei nuovi nati raggiunti negli ultimi anni, nonché quelli delle campagne di vaccinazione antinfluenzale.

Da tali dati è possibile desumere che i livelli di copertura rilevati nel 2006 per le vaccinazioni contro poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B, emofilo, erano superiori al 97 per cento con un livello medio italiano compreso fra il 94 per cento e il 96 per cento; inoltre per il morbillo si è ottenuta una copertura del 93 per cento mentre a livello nazionale la media era pari all'87 per cento.

Tenuto conto altresì del fatto che una efficace strategia vaccinale richiede:

- 1) la definizione di indirizzi generali per la realizzazione di interventi omogenei di prevenzione sul territorio regionale, nonché l'uniformità delle strategie di immunizzazione;
- 2) il mantenimento di livelli di copertura vaccinale soddisfacenti e sostanzialmente omogenei;
- 3) un costante miglioramento della qualità dei servizi vaccinali;
- 4) la formazione permanente degli operatori nonché un'efficace comunicazione con gli utenti;
- 5) la implementazione di un efficace sistema di sorveglianza e valutazione degli eventi avversi.

Pertanto, in base all'analisi della situazione attuale, il Servizio prevenzione della Direzione sanità e servizi sociali ha elaborato, con il contributo della «Commissione tecnico-scientifica per la programmazione e la valutazione delle attività vaccinali» di cui alla D.G.R. n. 733 del 21 maggio 2007, il protocollo regionale allegato quale parte integrante e sostanziale al presente atto, al fine di aggiornare le direttive regionali in materia di profilassi vaccinale e garantire l'uniformità delle attività su tutto il territorio regionale. Per quanto sopra esposto si propone alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Perugia, li 23 gennaio 2008

L'istruttore
ANNA TOSTI

PROTOCOLLO REGIONALE PER LE VACCINAZIONI Regione Umbria

PREMESSA

Il presente protocollo aggiorna le disposizioni già esistenti nella Regione Umbria in materia di vaccinazioni, vista la recente disponibilità di nuovi ed efficaci vaccini, alla luce di quanto già contenuto nel Piano Nazionale Vaccinazioni 2005-2007, nonché delle indicazioni derivanti da circolari, documenti e studi nazionali e internazionali.

Vengono di seguito descritte separatamente le indicazioni riferite alle vaccinazioni previste per l'età evolutiva e quelle per adolescenti, adulti ed anziani, riportando le coorti coinvolte, i rispettivi calendari, le modalità e i tempi di somministrazione di ciascun vaccino.

1) VACCINAZIONI IN ETA' EVOLUTIVA

Tab. 1 - Calendario per l'età evolutiva ¹

Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	11°mese	13°mese	15°mese	5-6 anni	12 anni	12-14 anni
DTPa		DTPa	DTPa	DTPa IPV Ep.B Hib			DTPa(6)		dTpa(7)
IPV		IPV	IPV				IPV		
Epatite B	Ep.B(1)	Ep.B	Ep.B						
Hib		Hib	Hib						
MPRV						MPRV	MPRV		
PCV		PCV	PCV		PCV				
Men C						Men C(2)		Men C(8)	
Varicella								Var(5)	
Papilloma Virus								HPV(4)	
Epatite A							Epatite A(3)		

Legenda:

DTPa: vaccino antidiftto-tetanico-pertussico acellulare

IPV: vaccino antipolio inattivato

Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b

PCV: vaccino antipneumococcico coniugato eptavalente

Men C: vaccino antimeningococcico C coniugato

Ep B: vaccino antiepatite B

dTpa: vaccino antidiftto-tetanico-pertossico acellulare per adolescenti e adulti

MPRV: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia-varicella

HPV: vaccino antipapilloma virus

a) DTPa (vaccino contro la difterite, il tetano e acellulare contro la pertosse)

La vaccinazione primaria si basa sulla somministrazione di tre dosi, per via intramuscolare, nel primo anno di vita (terzo mese, quinto mese, undicesimo/tredicesimo mese). Viene raccomandato d'iniziare la vaccinazione fra il sessantunesimo e il sessantacinquesimo giorno di vita, al fine di conferire difese contro la *Bordetella pertussis* il più precocemente possibile. Per queste tre dosi può essere somministrato il vaccino esavalente attualmente disponibile. E' poi indicata una quarta dose a 5/6 anni, usando il vaccino DTPa, allo scopo d'impiegare per l'ultima volta una dose piena

¹ Note:

- 1) Nei bambini nati da madri positive per HBsAg, da somministrare entro le prime 12-24 ore di vita contemporaneamente alle immunoglobuline specifiche antiepatite B. Per il completamento del ciclo vedi paragrafo C
- 2) Dose singola . Se richiesta nel primo anno di vita è possibile la somministrazione di 2-3 dosi;
- 3) Bambini viaggiatori in aree ad elevata endemia dal 13° mese di vita;
- 4) Solo per il sesso femminile. Somministrare in tre dosi;
- 5) Soggetti anamnesticamente negativi. Somministrazione di due dosi a distanza di 1 mese l'una dall'altra;
- 6) Dopo il compimento dei 6 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidiftto -tetanico-pertossico acellulare di tipo adolescenziale-adulto (dTpa);
- 7) I successivi richiami verranno eseguiti ogni 10 anni;
- 8) La vaccinazione contro il Meningococco C viene effettuata su due coorti : 13/15° mese e 12 anni.

di tutti gli antigeni, ma soprattutto dell'anatossina difterica. In questa occasione potrà essere usato il vaccino combinato DTPa/IPV di prossima commercializzazione.

Dopo i 6 anni compiuti i richiami per difterite, tetano e pertosse vanno eseguiti con il vaccino dTpa contenente dosi ridotte di antigeni. L'uso di tale vaccino (dTpa) è indicato sia nei soggetti con ricordo anamnestico di superamento della malattia, sia in quelli senza pregressa immunizzazione per la pertosse. Il primo richiamo va effettuato all'età di 12-14 anni e poi i richiami successivi vanno effettuati con cadenza decennale, utilizzando il vaccino dTpa.

In considerazione che su precedenti indicazioni nazionale e regionale alcune A.S.L. effettuano il richiamo a 16 anni e che le più recenti indicazioni suggeriscono il primo richiamo all'età di 12 – 14 anni, si stabilisce che entro il prossimo triennio si uniformi l'epoca del richiamo a 14 anni garantendo, comunque, il recupero di quelli non vaccinati

b) IPV (vaccino inattivato e potenziato contro i tre virus della poliomielite)

Questo vaccino va somministrato con 4 dosi per via intramuscolare, di cui le prime 3 al terzo, quinto e undicesimo-tredicesimo mese, sempre utilizzando il vaccino esavalente combinato disponibile. La quarta dose è prevista al quinto-sesto anno, eventualmente utilizzando il vaccino combinato tetravalente (DTPa/IPV).

c) HBV (vaccino contro il virus dell'epatite B)

La vaccinazione contro il virus dell'epatite B va eseguita con 3 dosi per via intramuscolare, di cui la prima al terzo mese, la seconda al quinto mese e la terza a 11-13 mesi. Di regola questa vaccinazione fa parte del vaccino combinato esavalente.

Nei figli di madri HBsAg positive la vaccinazione prevede 4 dosi per via intramuscolare: la prima entro 12 ore dalla nascita, la seconda dopo un mese, la terza dopo 2 mesi e la quarta all'11°-12° mese anche in concomitanza con le altre vaccinazioni.

Contemporaneamente alla somministrazione della prima dose è previsto l'impiego di immunoglobuline specifiche anti-HBV (HBIG).²

Da un punto di vista pratico, nel caso di positività della ricerca dell'HBsAg, le prime due dosi vanno eseguite utilizzando un vaccino monocomponente, mentre per la terza dose e le successive il bambino riceverà il vaccino esavalente: ovviamente se si adotta questo schema il lattante riceverà 5 dosi di vaccino contro l'epatite B invece di 4, senza che questo comporti alcun rischio.

I nati da madri HBsAg positive devono essere testati per anti HBs e HBsAg dopo il completamento della schedula vaccinale. Il controllo dell'HBsAg identifica i bambini con infezione cronica infettati in utero o vaccinati senza successo ed è utile nella gestione medica successiva.

d) Haemophilus influenzae tipo b

Le dosi di vaccino sono 3, da impiegare per via intramuscolare: al terzo, quinto e all'11°-13° mese. Anche questo vaccino è contenuto nel vaccino esavalente combinato.

e) Morbillo – Parotite – Rosolia

La vaccinazione contro il morbillo parotite e rosolia consta di due dosi, per via sottocutanea, di cui la prima al 13°-15° mese, eventualmente anche in co-somministrazione con l'esavalente o il meningococco C coniugato, e la seconda a 5-6 anni, eventualmente in co-somministrazione con il

² Bambini nati da madre non controllate per l'HBsAg.

Alle donne che si presentano al parto e di cui non è noto lo stato sierologico per HBsAg, deve essere prelevato il sangue per controllarne immediatamente la condizione. Nell'attesa dei risultati, il bambino deve essere sottoposto a vaccinazione per l'epatite B entro 12 ore dalla nascita. Se la madre risulta positiva il bambino deve ricevere HBIG non appena possibile e comunque entro 7 giorni dalla nascita e proseguire la vaccinazione secondo lo schema raccomandato per i nati da madre HBsAg positive.

Se la madre risulta negativa il bambino seguirà il calendario previsto per i nati da donna HBsAg negativa.

Per i pretermine di peso inferiore ai 2 Kg, se lo stato della madre non può essere determinato entro 12 ore dalla nascita, oltre alla prima dose di vaccino debbono essere somministrate le HBIG data la minore immunogenicità del vaccino in questi casi.

vaccino DTPa/IPV. Inoltre è di prossima disponibilità per la prima e la seconda dose il nuovo vaccino quadrivalente MPRV (morbillo, parotite, rosolia, varicella).

Si ricorda inoltre che l'esecuzione del Rubeo-test deve diventare routinaria per tutte le donne in età fertile, specialmente nel corso di visite in previsione della gravidanza, con conseguente vaccinazione delle non immuni. Nelle puerpere, sieronegative, immediatamente dopo il parto, è necessario proporre attivamente la vaccinazione prima della dimissione dal reparto maternità, con un intervento tardivo ma ancora utile. In effetti la diffusione della vaccinazione contro la rosolia e soprattutto l'azione di recupero delle donne in età feconda che erano sfuggite alla vaccinazione è oggi una priorità di sanità pubblica.

f) Varicella

La campagna di vaccinazione di massa contro la varicella verrà avviata nella Regione a seguito della disponibilità del vaccino quadrivalente per la varicella morbillo, parotite e rosolia.

La vaccinazione verrà eseguita con la somministrazione della prima dose al 13° -15° mese e della seconda a 5-6 anni.

Per i bambini di 5 - 6 anni che devono ricevere la seconda dose di MPR, sarà offerto attivamente il vaccino quadrivalente MPRV e, a distanza di almeno un mese, una dose di vaccino monovalente per la varicella.

Parallelamente si provvederà alla vaccinazione degli adolescenti suscettibili, senza ricordo anamnestico della malattia, all'età di 12 anni con somministrazione di due dosi distanziate di un mese l'una dall'altra.

La somministrazione della vaccinazione in due coorti di nascita in associazione al vaccino MPR, permetterà di raggiungere in tempi rapidi livelli di copertura elevata, utile ad evitare circolazione residua del virus in fasce di età più elevata, dove le complicanze sono più frequenti e gravi.

g) Vaccino coniugato eptavalente contro lo pneumococco

Il vaccino viene somministrato con 3 dosi nel primo anno di vita (al terzo mese, al quinto mese e all'11°-13° mese). Qualora la terza dose venga somministrata prima del compimento dell'anno di vita, per i bambini a rischio, dovrà essere valutata l'eventualità di una dose di richiamo entro i 15 mesi di vita. Se la vaccinazione inizia nel secondo semestre di vita, vanno eseguite ugualmente 3 dosi di cui le prime due a distanza di due mesi l'una dall'altra con una dose di richiamo a 12 -15 mesi di vita e ad almeno 2 mesi dalla seconda dose. Dopo il compimento del primo anno verranno eseguite solo due dosi a distanza di 8 settimane l'una dall'altra; se la vaccinazione inizia dopo il compimento del secondo anno è sufficiente una singola dose.

Il vaccino può essere co-somministrato con l'esavalente o con qualsiasi altro vaccino.

La vaccinazione dei bambini al di sopra dei 24 mesi e fino ai 5 anni di vita verrà effettuata, a prezzo agevolato, dietro richiesta del pediatra.

Per i soggetti a rischio per le patologie di cui alla nota ³ il vaccino verrà offerto gratuitamente in singola dose fino all'età di 5 anni, e a distanza di almeno otto settimane dovrà seguire una successiva dose di vaccino polisaccaridico.

³ Patologie a rischio per pneumococco

- talassemia e anemia falciforme
- asplenia funzionale e anatomica
- condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi)
- diabete mellito
- insufficienza renale e sindrome nefrosica
- infezione da HIV
- immunodeficienze congenite
- malattie cardiovascolari croniche
- malattie epatiche croniche
- broncopneumopatie croniche compresa l'asma grave cronica e la fibrosi cistica
- soggetti con impianti cocleari
- altre condizioni che esponano ad elevato rischio di patologia invasiva da pneumococco
- perdita di liquido cerebrospinale

h) Vaccino coniugato contro il meningococco C

La vaccinazione contro il meningococco C viene offerta nei nuovi nati al 13°-15° mese di vita; è possibile la co-somministrazione con il vaccino MPR o MPRV quando disponibile.

Per i nuovi nati appartenenti ai gruppi a rischio (vedi soggetti a rischio), su richiesta del pediatra, la somministrazione inizierà a partire dal 3° mese con tre dosi; l'ultima dose verrà effettuata dopo l'anno di vita.

Al fine di incidere maggiormente sulla diffusione delle malattie invasive da meningococco C, è prevista anche l'offerta di una dose di vaccino coniugato negli adolescenti di 12 anni.

La vaccinazione dovrà essere offerta gratuitamente in singola dose (dopo l'anno di età) ai soggetti a rischio di qualunque età riportati nella nota⁴.

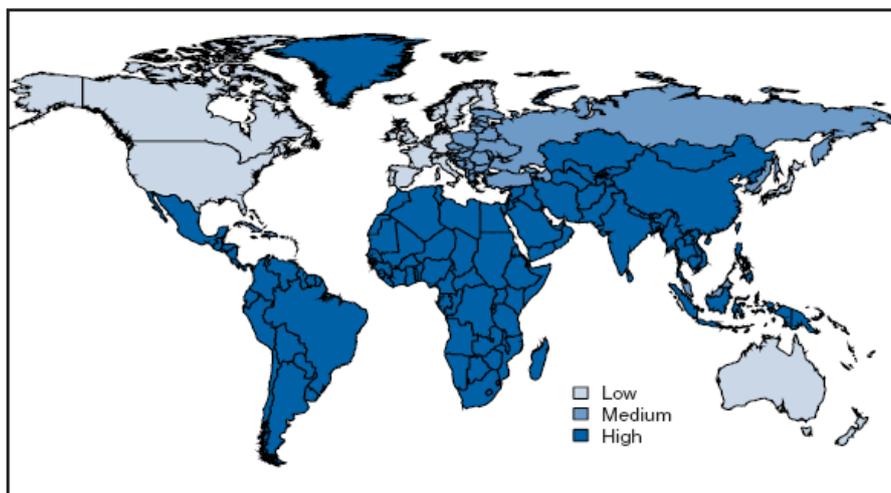
i) Vaccino contro l'epatite A

La vaccinazione contro l'epatite A è offerta attivamente e gratuitamente ai bambini appartenenti alle famiglie che provengono da zone ad alta endemia, i quali hanno una alta probabilità di effettuare soggiorni nel paese d'origine ove possono contrarre l'infezione; ciò allo scopo sia di prevenire la malattia nel ricevente, sia di evitare il contagio di altre persone dopo il ritorno in Italia, anche in considerazione dell'alta frequenza di forme asintomatiche nell'infanzia. L'offerta attiva va iniziata dal 13° mese; per tutta l'età pediatrica, comunque, la vaccinazione potrà essere effettuata gratuitamente in qualsiasi accesso vaccinale.

La vaccinazione va inoltre somministrata gratuitamente a bambini, portatori di epatopatia cronica (su richiesta del pediatra di base) e a bambini italiani e stranieri prima di viaggi in zona a rischio.

La vaccinazione si esegue con una dose, seguita da un richiamo dopo 6 – 12 mesi.

Geographic distribution of hepatitis A endemicity, 2005



* For multiple countries, estimates of prevalence of antibody to hepatitis A virus (anti-HAV), a marker of previous HAV infection, are based on limited data and might not reflect current prevalence. In addition, anti-HAV prevalence might vary within countries by subpopulation and locality. As used on this map, the terms "high," "medium," and "low" endemicity reflect available evidence of how widespread infection is within each country rather than precise quantitative assessments.

Da :MMWR -May19, 2006/55(RR07; 1-23 "Prevention of Hepatitis A through active or passive immunization"

⁴ Patologie a rischio per meningococco

- talassemia e anemia falciforme
- asplenia funzionale e anatomica
- condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi)
- diabete mellito tipo 1
- insufficienza renale con creatinina clearance <30 ml/min
- infezione da HIV
- immunodeficienze congenite
- malattie cardiovascolari croniche gravi

I) Vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano (HPV)

La vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano, finalizzata alla prevenzione del carcinoma della cervice uterina, deve essere somministrata per via intramuscolare nel deltoide in 3 dosi (ai mesi 0, 2, 6 oppure 0, 1, 6, a seconda del preparato utilizzato) a tutte le ragazze nel corso del dodicesimo anno di vita.

La vaccinazione in questa fascia di età garantisce la possibilità di far acquisire l'immunità prima dell'inizio dell'attività sessuale e di ottenere una risposta anticorpale ottimale al vaccino.

L'avvio del programma di vaccinazione attiva e gratuita per le dodicenni è previsto entro il 2008 con chiamata attiva per le adolescenti nate nel 1997.

E' inoltre prevista la disponibilità, su richiesta, in regime di gratuità, della vaccinazione per le adolescenti nate nel 1996.

La vaccinazione verrà offerta a prezzo agevolato fino al compimento del 18° anno di età, in considerazione della diminuzione dell'efficacia con il crescere dell'età.

L'utilità di un'ulteriore estensione sarà valutata quando saranno disponibili i risultati dell'apposito studio di valutazione in corso attualmente presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Si sottolinea inoltre l'importanza della registrazione di tutte le vaccinazioni effettuate, non soltanto quelle della coorte delle dodicenni, ma anche di quelle effettuate in altre coorti, al fine di poter monitorare adeguatamente le modificazioni epidemiologiche indotte dall'intervento di immunizzazione attiva.

Co-somministrazione di vaccini

Considerata la numerosità di dosi di vaccino previste nel calendario vaccinale per l'età evolutiva, per migliorare la compliance da parte dei genitori e dei bambini e quindi aumentare di conseguenza la copertura vaccinale, si rende necessario valutare attentamente la possibilità delle co-somministrazioni.

L'associazione di più vaccini nella stessa seduta deve garantire il mantenimento della stessa immunogenicità e della stessa reattogenicità che si riscontra quando i vaccini siano somministrati separatamente.

Pertanto si riportano, di seguito, le co-somministrazioni più frequentemente utilizzate e per le quali sono presenti in letteratura dati specifici:

- vaccino coniugato contro pneumococco + vaccini esavalenti,
- vaccino coniugato contro pneumococco + vaccino MPR,
- vaccino coniugato contro il meningococco C + vaccino esavalente,
- vaccino coniugato contro il meningococco C + vaccino MPR,
- vaccino MPR + vaccino esavalente,
- vaccino coniugato contro pneumococco + vaccino coniugato contro il meningococco C (ove la scheda tecnica lo preveda).

2) VACCINAZIONI IN ADOLESCENTI, ADULTI E ANZIANI

Tab. 2 - Calendario vaccinale per adolescenti, adulti ed anziani

Vaccini	Età 15-64	Età > 65
dTpa(**)	1 dose booster ogni 10 anni	
MPR	2 dosi	
Varicella	2 dosi [°]	
Influenza	1 dose annuale ^{°°}	1 dose annuale
Pneumococcico polisaccaridico	1 dose ^{°°}	
Meningococco	1 dose ^{°°}	
Epatite B	3 dosi ^{°°}	
Epatite A(*)	2 dosi ^{°°}	

[°] Nei soggetti anamnesticamente negativi

^{°°} Nei soggetti a rischio

*Sono esclusi dall'offerta gratuita i viaggiatori internazionali per i quali la vaccinazione non è a carico del SSN

** Per i soggetti mai vaccinati in precedenza contro il tetano, il ciclo primario prevede la somministrazione di tre dosi (due di vaccino monovalente tetano e una di dTpa)

A) dTpa

Negli adulti, il livello di protezione contro il tetano va mantenuto, qualunque sia la loro età, con richiami ogni 10 anni con il vaccino dTpa.

L'uso del dTpa è indicato anche nei soggetti che non siano stati vaccinati in precedenza contro la pertosse. In soggetti mai vaccinati utilizzare il vaccino anti-tetnico per le prime due dosi, e il vaccino dTpa per la terza dose. Quindi il vaccino dTpa trova un'indicazione anche nei soggetti che siano a rischio di tetano e che necessitino di una dose di richiamo, avendo già eseguito la vaccinazione primaria (fatta a qualsiasi età). Sia il ciclo primario che i richiami sono eseguiti gratuitamente senza necessità di presentare la richiesta del medico curante.

B) MPR o MPRV

L'immunizzazione dei soggetti suscettibili di qualunque età, per Morbillo, Parotite e Rosolia e/o varicella andrà effettuata con due dosi di vaccino MPR o MPRV alla distanza di almeno un mese l'una dall'altra. Particolare attenzione è da riservare alle donne in età fertile anamnesticamente negative per rosolia e varicella.

Il vaccino MPR o MPRV può essere utilizzato anche nei soggetti che hanno superato una o più delle malattie prevenibili con tali vaccini.

La vaccinazione è gratuita e non è necessaria la presentazione di richiesta del medico

C) Influenza

La vaccinazione viene effettuata gratuitamente sia nei soggetti di età inferiore a 65 anni, appartenente ad una delle categorie a rischio individuate ogni anno dalla relativa Circolare Ministeriale, sia nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni.

La vaccinazione va ripetuta ogni anno.

D) Pneumococco

Negli adulti a rischio per patologie o condizioni di vita (cardiopatie gravi congenite e scompenso cardiaco classe III e IV NYHA, broncopneumopatie croniche ostruttive, diabete mellito in precario compenso metabolico, epatopatie croniche gravi, insufficienza renale cronica con filtrato glomerulare inferiore a 30 ml, immunodeficienze, malattie croniche del sistema emopoietico, asplenia anatomica o funzionale, soggetti ospiti di comunità), è opportuno somministrare una dose di vaccino polisaccaridico contro lo pneumococco.

La somministrazione può essere ripetuta non prima di 5 anni dalla precedente dose.

La vaccinazione è erogata gratuitamente, previa presentazione del certificato del medico curante che attesti la specifica condizione di rischio.

E) Epatite B

La vaccinazione va offerta attivamente e gratuitamente oltre che ai soggetti a rischio, mai vaccinati in precedenza, individuati dal D.M. 4 ottobre 1991 e D.M. 22 giugno 1992, anche ai soggetti delle seguenti categorie:

- candidati ad un trapianto secondo quanto consigliato dalle più recenti indicazioni della letteratura scientifica;
- donatori di midollo osseo;
- soggetti affetti da epatopatie croniche in quanto l'infezione da HBV potrebbe causare l'aggravamento dell'epatopatia.

Per la vaccinazione di questi ultimi soggetti, è necessaria la richiesta del medico curante o del centro specializzato.

Per quanto riguarda gli emodializzati, i dati della letteratura internazionale indicano l'esecuzione della vaccinazione anche a soggetti non ancora sottoposti a dialisi ma che già presentino una insufficienza renale progressiva, in modo da ottenere una risposta anticorpale più elevata.

Lo schema di somministrazione è sempre lo stesso (0, 1, 6 mesi) utilizzando una dose doppia rispetto a quella utilizzata per l'adulto immunocompetente, privilegiando l'utilizzo di preparazioni vaccinali apposite.

F) Epatite A

La vaccinazione deve essere offerta attivamente e gratuitamente ai soggetti a rischio, (epatopatia cronica, emofilia, tossicodipendenza, contatti di soggetti malati) mai vaccinati in precedenza o non immuni, con due dosi di vaccino, la seconda dose va somministrata dopo almeno 6 mesi secondo quanto previsto dalla scheda tecnica

In caso di epidemia, la vaccinazione contro l'epatite A, sarà offerta gratuitamente ai soggetti esposti ed ai loro contatti, in base alle valutazioni effettuate dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della Az. U.S.L.

La vaccinazione dei viaggiatori adulti in aree ad elevata endemia, pur raccomandabile, non è a carico del SSN.

G) Meningococco C coniugato

La vaccinazione routinaria per i nuovi nati e i dodicenni dovrà essere affiancata da un ingente sforzo per l'identificazione e l'immunizzazione dei seguenti soggetti a rischio di infezione invasiva meningococcica in quanto affetti dalle seguenti patologie: talassemia e anemia falciforme, asplenia funzionale e anatomica, condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi), diabete mellito tipo 1, insufficienza renale cronica con filtrato glomerulare inferiore a 30 ml, infezione da HIV,

immunodeficienze congenite, malattie cardiovascolari croniche gravi, malattie epatiche croniche gravi, perdita di liquido cerebrospinale, difetti congeniti del complemento.
Nelle predette condizioni, attestate dal medico curante, la vaccinazione è gratuita.

H) Vaccinazione antitubercolare obbligatoria

Con DPR 7 novembre 2001, n. 465 è stato approvato il Regolamento che stabilisce le condizioni in cui è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare, che di seguito si riportano.

Il Decreto, riprendendo le indicazioni già espresse nelle “Linee-guida per il controllo della malattia tubercolare”, approvate dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province Autonome, restringe l’obbligatorietà della vaccinazione a due sole categorie di soggetti:

* neonati e bambini di età inferiore a 5 anni, con test tubercolinico negativo, conviventi o aventi contatti stretti con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa, qualora persista il rischio di contagio;

* personale sanitario, studenti in medicina, allievi infermieri e chiunque, a qualunque titolo, con test tubercolinico negativo, operi in ambienti sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi multifarmacoresistenti oppure che operi in ambienti ad alto rischio e non possa, in caso di cuticonversione, essere sottoposto a terapia preventiva, perché presenta controindicazioni cliniche all’uso di farmaci specifici.

Lo stesso Decreto definisce anche le modalità di effettuazione del test tubercolinico, il carattere pregiudiziale del test per l’esecuzione della vaccinazione e l’obbligo dei controlli periodici dopo la vaccinazione.