REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
Servizio Prevenzione Collettiva
Ufficio Igiene e Sanità Pubblica

Prot. n° GA 181405/

Pescara 03 AGO. 2012

Ai Direttori Generali
Asl della Regione Abruzzo
Loro Sedi

Ai Responsabili Servizi Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica
Asl della regione Abruzzo
Loro sedi

GGETTO:*Piano regionale di prevenzione vaccinale 2012-2014.*

Si trasmette, in allegato, copia della deliberazione di Giunta regionale n. 376 del 18 giugno 2012 con oggetto "Intesa Tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-20142.Recepimento Intesa e approvazione Piano regionale della prevenzione vaccinale 2012-2014" e successiva deliberazione n. 471 del 23 luglio 2012 di rettifica errore materiale allegato B alla stessa.

Cordiali saluti.

Il Dirigente del Sevizio
(Dott.ssa Tamara Agostini)

5/DE/DE20 Uffici D

REGIONE ABRUZZO

Direzione Salute

Data di arrivo 28 GIU. 2012

GIUNTA REGIONALE

Seduta del 18 GIU. 2012 Deliberazione N. 376

L'anno _____ il giorno _____ del mese di 18 GIU. 2012 negli uffici della Regione Abruzzo, si è riunita la Giunta Regionale presieduta dal Presidente Sig. GIOVANNI CHIODI

con l'intervento dei componenti:

1. CASTIGLIONE ASSENTE
2. CARPINETA
3. DE FANIS
4. DI DALMAZIO
5. DI PAOLO
6. FEBBO
7. GATTI ASSENTE
8. GIULIANTE
9. MASCI ASSENTE
10. MORRA

Segretario Walter Gariani

OGGETTO

INTESA TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE "PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE 2012-2014". RECEPIMENTO INTESA E APPROVAZIONE "PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE VACCINALE 2012-2014".

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2011 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), individuando tra le attività di prevenzione le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;

VISTO l'art.1,Allegato 1.B, del predetto DPCM 29 novembre 2011 che prevede tra le fonti LEA anche gli Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni per il raggiungimento degli obiettivi del PSN e che le prestazioni individuate dagli Accordi fanno parte dei LEA nei limiti di cogenza degli Accordi medesimi, desumibile da quanto in esso convenuto;

VISTO l'art.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;

VISTO il "Piano Nazionale Vaccini 2005-2007" , recepito in sede di Accordo Stato Regioni del 3 marzo 2005, nel quale si individuano gli obiettivi da raggiungere, le aree prioritarie di intervento e le azioni necessarie per migliorare l'offerta della vaccinazione sul territorio nazionale;

VISTO il "Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012" stipulato in sede Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2012 che individua tra gli obiettivi di salute prioritari la prevenzione delle malattie infettive;

VISTO il "Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012" approvato, in esecuzione della predetta Intesa, dalla Giunta regionale d'Abruzzo con deliberazione n. 1012 del 20 dicembre 2010 e che prevede tra gli altri il progetto

"Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per le quali si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento" ;

VISTA l'Intesa del 23.3.2011 (rep.Atti n.66/CSR) sancita in sede di Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome relativo al "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015" che ridefinisce le linee guida attuative nazionali, fissando come termine il 2015 per il raggiungimento dell'obiettivo della eliminazione delle suddette malattie infettive-diffusive;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n.736 del 7 novembre 2011 di recepimento della predetta Intesa con relative indicazioni alle Asl del territorio per attivare azioni volte alla eliminazione del morbillo e della rosolia congenita;

CONSIDERATO che con Intesa del 22 settembre 2011 è stato approvato il PSN 2011-2013 che dedica un capitolo alle malattie infettive e vaccinazioni in coerenza con gli obiettivi di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS);

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art.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 del 22 febbraio 2012) sancita al fine di aggiornare le strategie vaccinali per il raggiungimento dei soprariferiti obiettivi e per armonizzare le attività vaccinali in atto sul territorio nazionale per garantire equità e parità di accesso alle prestazioni da parte di tutti i cittadini;

CONSIDERATO che detto documento definisce gli obiettivi da raggiungere nella popolazione generale nei gruppi a rischio; obiettivi che costituiscono impegno prioritario per tutte le Regioni e che verranno verificati annualmente nell'ambito del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza;

RITENUTO pertanto di recepire l'allegato alla predetta Intesa recante il "Piano nazionale Prevenzione vaccinale 2012-2014" denominato allegato "A" al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

CONSIDERATO che il documento "Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014"raccomanda ad ogni Regione, in sede di adozione del 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 da raggiungere, la copertura vaccinale da raggiungere per l'anno;

CONSIDERATO altresì che il documento "Piano nazionale della prevenzione vaccinale 2012-2014"definisce i criteri per la valutazione annuale dei programmi locali di vaccinazione secondo la scheda denominata "Aspetti e indicatori per la valutazione annuale a livello locale del Programma di vaccinazione" denominata allegato "C" alla presente proposta di deliberazione e che pertanto ogni anno ciascuna Asl dovrà effettuare la valutazione delle attività aziendali di vaccinazione secondo gli indicatori nella stessa indicati;

VISTA la Intesa del 20 dicembre 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente "Strategia per l'offerta attiva e gratuita del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia" nella quale è previsto che ogni Regione dovrà assicurare la realizzazione delle attività di propria competenza per la messa in atto dell'offerta attiva e gratuita del vaccino contro l'infezione HPV al fine del raggiungimento entro il 2012 della copertura vaccinale superiore o uguale al 95% della categoria target";

CONSIDERATO che la vaccinazione anti HPV delle dodicenni è stata ricompresa nel documento "Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2012-2014" prevedendo, tra gli obiettivi, il raggiungimento di specifiche coperture vaccinali per il triennio 2012-2014;

RITENUTO per l'anno 2012 di finanziarie con risorse finalizzate la vaccinazione gratuita HPV delle ragazze appartenenti alla coorte di nascita del 2001 (bambine che compiranno 11 anni di età dal 1 gennaio al 31 dicembre 2012) pari ad euro 850.000,00 sul bilancio regionale 2012 da ripartire tra le Aziende Asl in base al target delle ragazze appartenenti alla coorte di nascita del 2001 calcolato in ciascuna Asl, con imputazione sul capitolo di spesa 81501.2 UPB 12.01.001 del Bilancio regionale esercizio 2012 a valere sul conto di tesoreria regionale sanità n.188386;

L.R. 14.9.1999, n. 77, art. 23

DIREZIONE REGIONALE / STRUTTURA SPECIALE SUPPORTO (Art. 14 L.R. 77/99):

POLITICHE DELLA SALUTE

SERVIZIO / POSIZIONE DI STAFF: **PREVENZIONE COLLETTIVA**

UFFICIO: **IGIENE E SANITA' PUBBLICA**

L' Estensore
Dott.ssa Manuela Di Giacomo
(firma)

Il Responsabile dell' Ufficio
Dott.ssa Manuela Di Giacomo
(firma)

Il Dirigente del Servizio
Dott.ssa Tamara Agostini
(firma)

Il Direttore Regionale
Dott. ssa Maria Crocco
(firma)

Il Componente la Giunta
Dr. Luigi De Fanis
Firmato
(firma)

Approvato e sottoscritto:

Il Segretario della Giunta
F.to Gariani
(firma)

Il Presidente della Giunta
F.to Chiodi
(firma)

Copia conforme all'originale per uso amministrativo

L'Aquila, lì 21 GIU 2012

GIUNTA REGIONALE SERVIZIO AFFARI DELLA GIUNTA L'AQUILA

Il Dirigente del Servizio Affari della Giunta
IL FUNZIONARIO
Anna Maria Balassone
(firma)

RITENUTO , alla luce delle indicazioni contenute nel precitato documento nazionale, approvare il "Piano regionale della prevenzione vaccinale 2012-2014" denominato allegato "B" al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale che definisce,in linea con le strategie nazionali, e sulla base dell' analisi di contesto regionale, il calendario delle vaccinazioni offerte attivamente dalla Regione Abruzzo alla popolazione con la stima, per ogni anno di calendario, della quota di malattia prevenibile localmente e delle dimensioni della popolazione target da raggiungere per l'anno;

RITENUTO altresì di demandare alla competenza del Servizio Prevenzione Collettiva la ricognizione delle risorse (strutture,personale, fondi) messe a disposizione dalle Aziende Sanitarie territoriali per l'attuazione del "Piano regionale di prevenzione vaccinale 2012-2014";

CONSIDERATO altresì che il "Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2012-2014" ribadisce, tra gli obiettivi, la informatizzazione delle anagrafi vaccinali come strumento fondamentale di politica vaccinale;

CONSIDERATO che già con Deliberazione n.914 del 23 dicembre 2011 la Giunta regionale ha dato mandato, in virtù delle competenze di cui alla L. regionale n.25/2000, alla struttura Sistema Informativo Regionale, in raccordo con gli organismi dalla stessa legge individuati (CRIT,ARIT) all'espletamento delle attività volte anche alla informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali;

RITENUTO di far fronte alle spese previste per l'attuazione del Piano regionale di prevenzione vaccinale 2012-2014 con le risorse finanziarie del FSR indistinto quota capitaria cap.81500 e con 850.000,00 euro sul capitolo 81501.2, come funzione regionale, per finanziarie con risorse finalizzate per l' anno 2012 l'attivazione della campagna di vaccinazione HPV delle bambine appartenenti alla coorte di nascita del 2001;

DATO ATTO che la presente proposta di deliberazione comporta oneri a carico del FSR quota indistinta capitaria e funzioni regionali così come sopra specificato;

VISTA la L.R.n.77/99 e succ.modifiche ed integrazioni;

DATO ATTO che il Direttore della Direzione Politiche della Salute ha espresso il proprio parere favorevole in merito alla regolarità tecnica e amministrativa della presente proposta di deliberazione ed alla sua conformità alla legislazione vigente;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge

Delibera

1. di recepire l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante"Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014" del 22 febbraio 2012 allegato "A" al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale della presente proposta di deliberazione;

2. di approvare il documento "Piano regionale di prevenzione vaccinale 2012-2014" allegato "B" alla presente proposta di deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

3. di stabilire che le Asl del territorio provvedano alle azioni specificatamente indicante nel "Piano regionale di prevenzione vaccinale 2012-2014", congiuntamente agli obblighi ed obiettivi disciplinati in materia di programmazione regionale;

4. di stabilire che ciascuna Azienda ogni anno effettui una valutazione delle attività di vaccinazione secondo gli indicatori indicati nella scheda del Piano Nazionale di prevenzione vaccinale denominata " Aspetti e indicatori per la valutazione annuale a livello locale del Programma di vaccinazione" denominata allegato "C" al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

5. di demandare alla competenza del Servizio Prevenzione Collettiva la ricognizione delle risorse (strutture,personale, fondi) messe a disposizione dalle Aziende Sanitarie territoriali per l'attuazione del Piano regionale di prevenzione vaccinale 2012-2014;

6. di stabilire di far fronte alle spese previste per l'attuazione del Piano regionale di prevenzione vaccinale 2012-2014 con le risorse finanziarie del FSR indistinto quota capitaria cap.81500 e con 850.000,00 euro sul capitolo 81501.2, come funzione regionale, per finanziarie con risorse finalizzate per l'anno 2012 l'attivazione della campagna di vaccinazione HPV delle bambine appartenenti alla coorte di nascita del 2001;

7. di dare atto che il presente atto è a valere sul conto di Tesoreria regionale sanità n.188386;

8. di demandare alla competenza del Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva l'assunzione degli atti consequenziali relativi al trasferimento alle Asl delle risorse di cui al cap.81501.2 per la vaccinazione HPV delle dodicenni;

9. di inviare il presente atto al BURA per la relativa pubblicazione.

DELLA SALUTE
PESCARA

GIUNTA REGIONALE
PESCARA
DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

Allegato A

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012 - 2014

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 28 e di 28 facciate ciascuna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Politiche della Salute".

Pescara, li 30/5/2012

Dott.ssa Manuela Di Giacomo

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 376 del 18 GIU. 2012

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Dott. Walter Gariani)

INDICE DEL PIANO

- Prefazione
- Introduzione
- Il contesto
- Gli obiettivi del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014
- Superamento delle differenze territoriali
- Obbligatorietà vaccinale: percorso per il superamento dell'obbligo vaccinale e certificazione
- Criteri e percorsi per l'introduzione di nuove vaccinazioni tra le strategie di prevenzione
- Valutazione dei programmi di vaccinazione
- Calendario delle vaccinazioni attivamente offerte
- Le vaccinazioni per i soggetti ad alto rischio
- Le vaccinazioni per gli operatori sanitari
- Indicazioni per l'emanazione di atti e documenti attuativi

Prefazione

Questo documento vuole costituire uno strumento tecnico di supporto operativo all'accordo tra Stato e Regioni in tema di diritto alla prevenzione di malattie per le quali esistono vaccini efficaci e sicuri, diritto che deve essere garantito a tutti i cittadini del Paese, indipendentemente dalla regione di residenza, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione.

Esso è frutto di un'ampia e lunga consultazione che ha coinvolto il Consiglio Superiore di Sanità esperti dell'Istituto Superiore di Sanità e della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, ed è stato condiviso con l'Agenzia Italiana per il Farmaco e il Coordinamento Interregionale della Prevenzione.

E' stata, effettuata un'analisi e revisione della letteratura scientifica disponibile sui vaccini e un'approfondita consultazione della documentazione prodotta dagli organi tecnici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e del Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC).

Necessariamente, il testo non è esaustivo e deve esser considerato continuamente aggiornabile alla luce delle conoscenze di volta in volta disponibili. Tuttavia, esso rappresenta una base di riferimento perché le Regioni possano garantire in modo uniforme il diritto alla prevenzione vaccinale.

Il documento non entra nel merito delle modalità organizzative dell'offerta vaccinale,di competenza delle Regioni, ma delinea gli schemi ottimali per un'offerta di servizi vaccinali sicuri, efficaci ed efficienti.

Introduzione

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati (*herd immunity*).

I vaccini hanno cambiato la storia della medicina e si sono affermati come strumento fondamentale per la riduzione della mortalità e morbosità, modificando profondamente l'epidemiologia delle malattie infettive. L'impiego dello strumento vaccinale ha portato a risultati spesso clamorosi come la scomparsa del Vaiolo – dichiarato, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), eradicato l'8 maggio 1980 – e della Poliomielite – dichiarata, dall'OMS, eliminata nella Regione Europea dal Giugno 2002. Tuttavia lo stato di area *polio-free* è stato messo in discussione nel 2010 per la segnalazione di circa 500 casi confermati di poliomielite da virus selvaggio di tipo 1 verificatisi in quattro paesi della Regione Europea dell'OMS (Kazakhstan, Russia, Tajikistan e Turkmenistan),.In Italia, le malattie per le quali sono state condotte vaccinazioni di massa sono pressoché eliminate (Difterite, Poliomielite) o ridotte ad un'incidenza molto bassa (Tetano, Epatite B, *Haemophilus influenzae* tipo b); per altre malattie, tipiche dell'infanzia, si è pervenuti ad una veloce e costante diminuzione dell'incidenza grazie all'aumento delle coperture vaccinali (Pertosse, Morbillo, Rosolia, Parotite). Queste vaccinazioni, insieme alla vaccinazione anti-influenzale per i soggetti considerati a rischio, sono incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed offerte attivamente in tutto il Paese anche se i livelli di copertura assicurati nelle diverse realtà geografiche sono eterogenei e non tutti gli obiettivi di controllo delle malattie prevenibili sono stati raggiunti.

Negli ultimi anni sono stati registrati vaccini che hanno dimostrato elevata efficacia nel prevenire malattie infettive con un grave decorso clinico (meningiti ed altre infezioni invasive da Meningococco C e da *Streptococcus pneumoniae*), o malattie che, pur decorrendo nella maggior parte dei casi senza complicanze, hanno un'elevata incidenza (varicella).

La riforma del Titolo V della Costituzione, realizzata con Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, ha modificato l'assetto dei rapporti istituzionali tra Stato, Regioni ed Enti Locali, introducendo un quadro di devoluzione delle competenze e delle responsabilità in materia sanitaria.

Con questa riforma le Regioni hanno la responsabilità, pressoché esclusiva, dell'organizzazione e gestione del servizio sanitario, mentre lo Stato ha la responsabilità di stabilire quali sono le prestazioni sanitarie "essenziali" (LEA) che tutte le Regioni devono offrire ai cittadini, ovunque residenti.

Nel panorama sanitario italiano, l'offerta di prestazioni sanitarie, ed in particolare di quelli vaccinali, si configura ad oggi come un mosaico estremamente variegato. Le politiche vaccinali sono caratterizzate da forte eterogeneità territoriale, con la stessa vaccinazione offerta gratuitamente a tutti i nuovi nati in alcune Regioni e solo ad alcuni soggetti a rischio in altre o, addirittura, con differenze all'interno della stessa Regione, per i diversi comportamenti delle singole Aziende Sanitarie Locali.

Inoltre manca spesso nei cittadini, proiettati verso una cultura dell'assistenza sanitaria nei confronti della malattia, la consapevolezza dell'importanza dell'intervento vaccinale.

Contestualmente, si constata uno scarso livello di informazione degli stessi professionisti sanitari che porta ad un forte scetticismo nei confronti dell'efficacia e della sicurezza di alcune vaccinazioni e, quindi, ad una diffusa sotto utilizzazione. Tale atteggiamento di diffidenza si è manifestato chiaramente durante la recente pandemia influenzale in cui gli stessi operatori sanitari hanno manifestato una scarsissima adesione alle campagne di vaccinazione.

Ciò che va sempre tenuto come riferimento per lo Stato è il dovere di garantire indistintamente la tutela della salute a tutti i cittadini, come sancito dall'Art. 32 della Costituzione che recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". E' d'obbligo, quindi, salvaguardare l'individuo malato che necessita di cure, ma anche tutelare l'individuo sano.

Il contesto

Le vaccinazioni in Italia furono introdotte verso la fine del 1800 sulla spinta delle esperienze acquisite in Europa e nel nostro Paese con il vaccino contro il vaiolo e le ricerche sui batteri di Pasteur e Koch.
La prima ad essere introdotta fu, appunto, quella antivaiolosa, resa obbligatoria dalla legge Crispi-Pagliani (1888). Nel 1939 venne resa obbligatoria la vaccinazione antidifterica entro i primi due anni di vita.
I criteri che da allora fino all'inizio del XXI secolo hanno indirizzato gli interventi dell'Autorità Sanitaria sono stati: a) disponibilità di un vaccino efficace e sicuro; b) situazione epidemiologica e rilevanza sanitaria e sociale della malattia che si intendeva prevenire.
Su questa base si sono successivamente introdotte, come programmi di immunizzazione universale dei nuovi nati, le vaccinazioni contro le seguenti malattie: Difterite, Tetano, Poliomielite, Pertosse, Rosolia, Morbillo, Parotite, Epatite B, *Haemophilus influenzae* b.
Le vaccinazioni contro Difterite, Tetano, Poliomielite ed Epatite B sono state introdotte come obbligatorie, e l'obbligatorietà permane tuttora.

In questa evoluzione un'azione importante è stata svolta dal Governo centrale nel periodo 2000-2005 con una combinazione di misure finanziarie, da parte del Ministero dell'Economia, e sanitarie, da parte del Ministero della Salute, culminate con il varo del Piano Nazionale della Prevenzione attiva 2004-2006, quello del Piano della Prevenzione 2005-2007 e del Piano Nazionale Vaccini 2005-2007. Per quanto attiene l'ambito specifico delle malattie prevenibili con i vaccini va ricordato anche il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc - approvato come Accordo Stato-Regioni nel 2003 e il suo aggiornamento, approvato come Intesa Stato-Regioni il 23 marzo 2011), che prevede entro il 2015 l'eliminazione del Morbillo endemico (incidenza inferiore a un caso per milione di popolazione), l'eliminazione della Rosolia endemica (incidenza inferiore a un caso per milione di popolazione) e la riduzione dell'incidenza della Rosolia congenita a meno di un caso per 100.000 nati vivi.

Da un punto di vista istituzionale, l'anno 2001 segna un momento storico per il nostro Paese con l'approvazione, con referendum confermativo, della modifica del Titolo V della Costituzione ed il conferimento alle Regioni di poteri molto più forti del passato in una serie di settori, in primis la Sanità.

E' per questo che, per quanto concerne la prevenzione, assumono grande rilevanza i seguenti atti programmatici e legislativi intervenuti tra Stato e Regioni:

- Accordo di Cernobbio 2004
- Piano Prevenzione Attiva 2004-2006
- Intesa Stato-Regioni del marzo 2005
- Piano Nazionale Prevenzione 2005-2007
- Piano Nazionale Vaccinazioni 2005-2007
- Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012.

Per quanto concerne il primo atto, l'accordo "sulle linee di intervento necessarie per garantire servizi sanitari in modo efficiente e soddisfacente ai cittadini" impegnava Stato e Regioni ad attivarsi concretamente per la "prevenzione attiva" relativamente a: rischio cardiovascolare, complicanze del diabete, screening oncologici, vaccinazioni.
Nell'accordo, la prevenzione attiva veniva 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.
Rispetto ai tradizionali interventi di prevenzione, si puntava non sull'obbligatorietà e sul controllo, ma sulla promozione ed adesione consapevole da parte del cittadino e sul coinvolgimento di tutte le strutture sanitarie e articolazioni organizzative delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale, pur con diversi livelli di responsabilità ed operatività: a partire dai Dipartimenti di Prevenzione, ma anche con il coinvolgimento di medici di medicina generale, strutture ospedaliere e specialistiche e servizi socio-sanitari.

Le aree di intervento inserite nel Piano della Prevenzione venivano individuate in base ad un duplice criterio:

1. Il rapporto costo/efficacia favorevole anche nel medio periodo;
2. la semplice identificabilità di una popolazione bersaglio o di un problema di salute bersaglio, rispetto ai quali poter chiamare alla comune mobilitazione le diverse componenti strutturali e professionali del Servizio Sanitario Nazionale.

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, avente per oggetto il finanziamento del Piano Nazionale di Prevenzione attiva, il Ministero della Salute e le Regioni convennero poi di vincolare alla sua realizzazione l'utilizzo del 20% delle risorse finalizzate per gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, per un importo annuo di circa 240 milioni di euro con un ulteriore cofinanziamento per un importo annuo di 200 milioni, in modo da consolidare un finanziamento triennale complessivo rilevante, come mai prima si era verificato.

Per la certificazione di verifica degli adempimenti interveniva un nuovo organismo, il Centro Nazionale per il Controllo delle malattie (CCM), istituito con la Legge n. 138 del 26 maggio 2004 "Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica" e avente, tra i suoi compiti istituzionali, il coordinamento con le Regioni dei Piani di sorveglianza e di prevenzione attiva e la promozione, aggiornamento e formazione, funzionali all'attuazione dei programmi annuali per i quadri nazionali e regionali.

Nel frattempo, il percorso di innovazione culturale avviato con l'esperienza del Piano Nazionale Prevenzione 2005-07, in termini di modalità di programmazione regionale e di governance del sistema, sta proseguendo, in una forma più matura e radicata, con il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010) in cui gli ambiti di intervento si sono ulteriormente ampliati, interessando anche argomenti solo marginalmente affrontati nel passato.

Obiettivi

Gli obiettivi per la Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione sono indicati dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 che ha, in proposito, integrato tra i suoi obiettivi generali, fondamentali interventi che riguardano: il mantenimento delle coperture vaccinali per le malattie per le quali è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento, il miglioramento delle coperture vaccinali nei soggetti ad alto rischio, la definizione di strategie vaccinali per i nuovi vaccini, l'informatizzazione delle anagrafici vaccinali, il potenziamento della sorveglianza epidemiologica e del monitoraggio delle coperture vaccinali, l'implementazione della sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali di malattie prevenibili, la realizzazione di iniziative di informazione e comunicazione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 costituisce il documento di riferimento ove si riconosce, come priorità di Sanità Pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale. Il Piano si prospetta, inoltre, come guida alla pianificazione delle strategie di Sanità Pubblica per la promozione della salute.

Alla luce di quanto descritto, nel presente PNPV, oltre **l'obiettivo generale** dell'armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel nostro Paese, al fine di garantire equità nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione superando i ritardi e le insufficienze presenti e assicurando parità di accesso alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini, **si definiscono**, gli **obiettivi vaccinali specifici da raggiungere nella popolazione generale e nei gruppi a rischio**, obiettivi che costituiscono impegno prioritario per tutte le Regioni e PPAA, diritto esigibile per tutti i cittadini, e che verranno verificati annualmente nell'ambito del monitoraggio dei **Livelli Essenziali di Assistenza**.

Gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014 sono:

1. Mantenere e sviluppare le attività di sorveglianza epidemiologica delle malattie suscettibili di vaccinazione, anche tramite il potenziamento e collegamento con le anagrafi vaccinali, al fine di determinare le dimensioni dei problemi prevenibili e per valutare l'impatto degli interventi in corso.
2. Potenziare la sorveglianza delle malattie suscettibili di vaccinazione collegando i flussi informativi con le anagrafi vaccinali e integrando la sorveglianza epidemiologica con le segnalazioni provenienti dai laboratori diagnostici.
3. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale al fine del raggiungimento e del mantenimento dei livelli di copertura sotto indicati necessari a prevenire la diffusione delle specifiche malattie infettive:
    - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq$ 95% per le vaccinazioni anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib, nei nuovi nati e delle vaccinazioni anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni;
    - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq$ 90% per la vaccinazione dTpa negli adolescenti all'età di 14-15° anni (5° dose), (range 11-18 anni);
    - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per 1 dose di MPR $\geq$ 95% entro i 2 anni di età;
    - Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per 2 dosi di MPR $\geq$ 95% nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (11-18 anni);
    - Riduzione della percentuale delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia a meno del 5%;

- Raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75% come obiettivo minimo perseguibile e del 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio;
- Raggiungimento e mantenimento nei nuovi nati di coperture vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione antipneumococcica
- Raggiungimento e mantenimento nei nuovi nati e negli adolescenti (11-18 anni) di coperture vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione antimeningococcica;
- Offerta attiva della vaccinazione antivaricella agli adolescenti suscettibili (11 – 18 anni) e alle donne suscettibili in età fertile e ai soggetti a elevato rischio individuale e professionale;
- Raggiungimento di coperture vaccinali per 3 dosi di HPV ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001, ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002, ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per 1 dose di vaccinazione antivaricella ≥ 95% entro i 2 anni di età, a partire dalla coorte 2014.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per 2 dosi di vaccinazione antivaricella ≥ 95% nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti, a partire dalla coorte 2014.

4. Garantire l'offerta attiva e gratuita nei gruppi e rischio delle vaccinazioni prioritarie (dettagliate nei capitoli dedicati) e sviluppare iniziative per promuovere le vaccinazioni agli operatori sanitari e ai gruppi difficili da raggiungere.
5. Ottenere la completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali (potenziando così il monitoraggio delle coperture vaccinali negli adolescenti, negli adulti e negli anziani e nelle categorie a rischio) e verificare lo stato vaccinale del bambino in tutte le occasioni di contatto con le strutture sanitarie regionali.
6. Raggiungere standard adeguati di sicurezza e qualità nel processo vaccinale.
7. Garantire la disponibilità, presso i servizi vaccinali delle ASL degli altri vaccini (da somministrare in co-payment) per le indicazioni d'uso e al costo che saranno definiti ed emanati con apposito provvedimento regionale.
8. Progettare e realizzare azioni per potenziare l'informazione e la comunicazione al fine di promuovere l'aggiornamento dei professionisti sanitari e per diffondere la cultura della prevenzione vaccinale come scelta consapevole e responsabile dei cittadini.

Varicella

Un maggior approfondimento merita l'introduzione di una strategia di vaccinazione universale attiva contro la varicella, poiché tale strategia appare giustificata solo se adottabile su scala nazionale al fine di ottenere una marcata riduzione della morbosità e delle complicazioni della malattia.
Un tale obiettivo richiede, però, il raggiungimento di livelli di performance vaccinale che non sono oggi uniformemente garantiti dalle Regioni e che occorre ancora migliorare, secondo le priorità definite dal presente Piano, innanzitutto dedicandosi al raggiungimento degli obiettivi riguardanti le altre vaccinazioni.
Sono in atto nel nostro Paese alcune esperienze regionali di introduzione della vaccinazione universale e sono in corso, in sede europea, studi di valutazione dell'impatto potenziale di queste strategie.
Si posticipa l'introduzione della vaccinazione universale per la varicella in tutte le Regioni al 2015 quando saranno stati raggiunti tutti gli altri obiettivi e saranno disponibili i risultati degli studi.

valutazioni e i dati di monitoraggio provenienti dai programmi vaccinali pilota (Basilicata, Calabria, PA Bolzano, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto).

Superamento delle differenze territoriali

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.
Tale situazione origina da diversità nelle strategie di offerta adottate nelle realtà regionali, da differenti standard di qualità assicurati dai servizi vaccinali, dall'insufficienza ed eterogeneità nei livelli di performance raggiunti dalle campagne di vaccinazione.
Al fine di raggiungere l'obiettivo generale di armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese il presente Piano adotta speciali strumenti finalizzati al superamento delle differenze territoriali.

1. Monitoraggio dei LEA

Gli obiettivi previsti dal Piano vengono verificati annualmente attraverso uno o più indicatori per ciascun obiettivo vaccinale specifico nell'ambito del sistema ordinario di monitoraggio dei Livelli Essenziali. Il raggiungimento dei livelli stabiliti dagli obiettivi verrà verificato nelle sedi ordinarie e verrà formulato un giudizio specifico sull'adempimento di tali obiettivi.
Le Regioni dichiarate inadempienti per questi obiettivi assumono l'impegno di presentare, entro un massimo di 90 giorni, uno specifico piano di avvicinamento agli obiettivi stabiliti dal PNPV.

2. Rispetto degli obiettivi del Piano

In considerazione del fatto che il mancato rispetto di obiettivi vaccinali da parte anche di una sola Regione può avere ripercussioni sulla salute complessiva della popolazione nazionale, le Regioni dichiarate inadempienti, anche per un solo obiettivo vaccinale specifico, devono presentare entro un limite massimo di 90 giorni un apposito piano contenente la descrizione degli interventi che la Regione intende adottare per rispettare l'adempimento.
I piani dovranno, in particolare, indicare gli interventi di provata efficacia atti a ridurre lo scostamento descrivendo per ciascun intervento: la popolazione oggetto dell'intervento, la natura dell'intervento stesso, i tempi di attuazione, gli effetti previsti e gli indicatori prescelti per la valutazione del risultato. Il piano potrà essere articolato anche in più azioni e prevedere un impegno temporale scandito su più anni (in questo caso occorrerà indicare gli effetti previsti alla fine di ciascun anno). Il piano dovrà contenere l'indicazione strutturale delle modalità operative con cui s'intende far fronte ai costi dell'intervento. Occorrerà pertanto che tali piani siano valutati circa la loro coerenza e fattibilità con particolare attenzione.

3. Solidarietà tra Regioni

Al fine di assicurare maggior efficacia alle azioni previste dai piani di avvicinamento e facilitare il superamento delle differenze territoriali, le Regioni che hanno difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi vaccinali potranno avvalersi dell'esperienza di altre Regioni.
Le azioni previste dal Piano di avvicinamento potranno assumere svariate forme e contenuti e saranno dettagliatamente indicate nel Piano stesso.
Al fine di garantire il rispetto delle indicazioni formulate nel presente documento e di non introdurre ulteriori differenze, le Regioni s'impegnano a concordare con il Ministero eventuali modifiche o integrazioni delle strategie vaccinali nazionali quando queste siano motivate dalla specifica situazione epidemiologica regionale.

Obbligatorietà vaccinale: percorso per il superamento dell'obbligo vaccinale e certificazione

Il Piano Nazionale per le Vaccinazioni 1997-2000 aveva affrontato l'argomento del superamento dell'obbligo vaccinale sottolineando l'importanza dell'offerta attiva delle vaccinazioni, indipendentemente dal loro stato giuridico di obbligatorietà. Il successivo Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 ha individuato alcuni indicatori e obiettivi di cui una Regione dovrebbe dotarsi per iniziare il percorso, in via sperimentale, di sospensione dell'obbligo vaccinale, e precisamente:

- un sistema informativo efficace che abbia come base anagrafi vaccinali ben organizzate –
- un'adeguata copertura vaccinale;
- un adeguato sistema di sorveglianza delle malattie trasmissibili;
- un buon sistema di monitoraggio degli eventi avversi a vaccino, in grado di assicurare anche il follow up dei casi.

A questo si aggiunge, ovviamente, un'adeguata e continua formazione del personale dei servizi vaccinali e degli operatori, generalmente non coinvolti direttamente nell'esecuzione materiale delle vaccinazioni, quali i Pediatri.
Il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-12 indica, tra gli obiettivi da assumere per la prevenzione delle malattie infettive suscettibili di vaccinazione:
- raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per le quali è prevista l'eliminazione o il significativo contenimento per altre;
- verificare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, come strumento fondamentale per la politica vaccinale.

La Regione Veneto ha promulgato una Legge regionale (Legge 7/2007) che ha permesso l'attivazione del percorso per la sospensione dell'obbligo vaccinale a partire dai nati della coorte 2008.

Tale percorso intrapreso dal Veneto comprende, tra l'altro, un Piano di Monitoraggio semestrale del Sistema Vaccinale, condiviso con il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità. Questo strumento ha per obiettivo la verifica di tutti i parametri, in particolare le coperture vaccinali, per evidenziare immediatamente eventuali effetti sfavorevoli del provvedimento.

Altre realtà regionali hanno avviato percorsi per passare gradualmente dall'obbligatorietà alla adesione consapevole, come la Regione Piemonte, che a partire dal 2000 ha avviato un ampio e articolato processo di riordino dei servizi vaccinali che ha portato ad un comprovato e significativo miglioramento dell'organizzazione e della qualità degli stessi secondo gli obiettivi e gli indicatori sopra citati. Attualmente con Circolare Regionale del 2006 è stata prevista la sospensione delle sanzioni amministrative nei casi di rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie e introdotto un protocollo per la gestione dei soggetti inadempienti. Anche la regione Lombardia ha avviato lo stesso percorso per passare dall'obbligo alla raccomandazione.

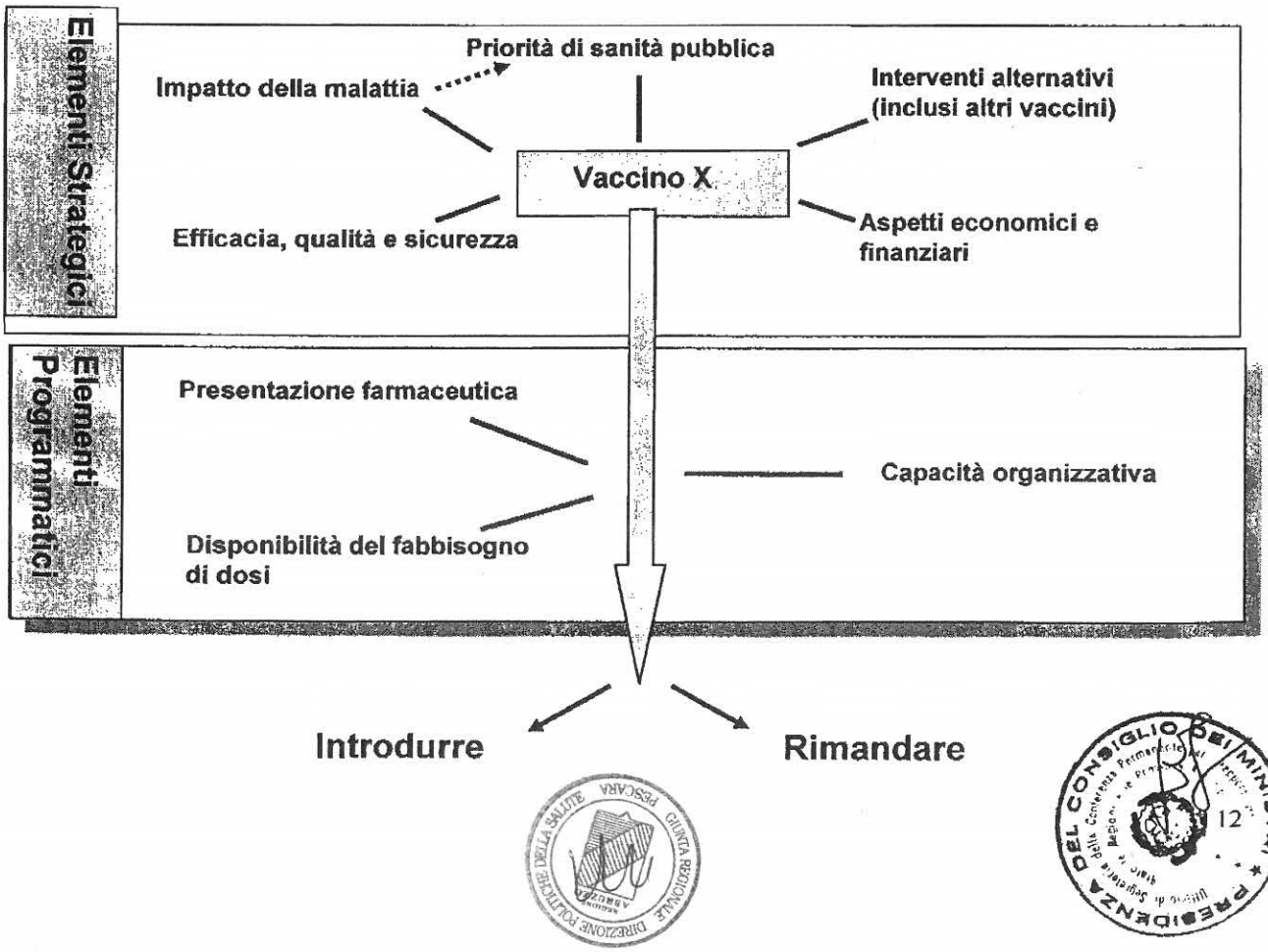
Il Ministero valuterà la situazione delle altre Regioni, in particolare il grado di maturità dei sistemi vaccinali e solo dopo potrà concertare un percorso che porti ad un progressivo superamento prevedendo anche con un iter legislativo ben preciso. Solo se i tempi saranno maturi per tutte le Regioni, si potrà prendere in considerazione la possibilità di concertare un percorso operativo, affiancato da un iter amministrativo, che porti progressivamente tutte le Regioni, in maniera sincrona, verso il superamento dell'obbligo vaccinale. Tale percorso presuppone una capillare opera formativa degli operatori sanitari coinvolti nelle attività vaccinali ed educativo/informativa della popolazione generale, in merito ai benefici della vaccinazione quale misura di prevenzione individuale e collettiva.

Criteri e percorsi per l'introduzione di ulteriori nuove vaccinazioni tra le strategie di prevenzione

La crescente disponibilità di nuove tecnologie vaccinali, pone la necessità di operare delle scelte al fine di razionalizzare l'impiego delle risorse disponibili e massimizzare i risultati in termini di salute, garantendo alla collettività un'adeguata protezione per le malattie prevenibili tramite vaccinazione.
Alla luce di ciò, appare evidente l'esigenza di stabilire criteri chiari, robusti e condivisi, al fine di guidare i processi decisionali relativi all'introduzione di una vaccinazione tra i programmi di prevenzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'OMS ha pubblicato nel 2005 un documento che rappresenta un punto di riferimento per i governi in merito alle decisioni da prendere sull'introduzione di nuovi vaccini. (1)
Lo schema riportato in figura 1 illustra gli elementi chiave che secondo le Linee Guida OMS devono essere considerati nel processo decisionale. Tali elementi sono suddivisi in due importanti aree di valutazione: le problematiche di politica vaccinale e le questioni di carattere programmatico.
La prima area pone l'accento sulla necessità di investigare il profilo di efficacia, sicurezza e sostenibilità economica del vaccino per appurare se esso rappresenti una priorità di Sanità Pubblica. Ove le valutazioni al primo punto risultino positive all'introduzione, si procederà con la valutazione della fattibilità del programma di vaccinazione, da un punto di vista tecnico e logistico.
Alla luce di tutte le valutazioni effettuate in tali fasi, si deciderà se introdurre la nuova vaccinazione in uno specifico programma di utilizzo, oppure rimandarne l'offerta a tempi successivi.

Figura 1. Elementi del processo decisionale per l'introduzione dei vaccini (adattato da 'Vaccine Introduction Guidelines'; WHO/IVB/05.18)



L'approccio che meglio ripercorre i criteri proposti dall'OMS è l'Health Technology Assessment (HTA), procedura la cui validità nel valutare le tecnologie sanitarie esistenti o di nuova introduzione è internazionalmente riconosciuta.
L'HTA è un processo multidisciplinare e indirizzato a supportare le scelte politiche che si propone come ponte tra il mondo scientifico e quello politico, trasferendo le migliori evidenze scientifiche disponibili ai decisori istituzionali.
Il metodo operativo, riassunto nella tabella 1, si articola nelle seguenti fasi:

1. Valutazione epidemiologica del carico della/e patologia/e prevenibile/i tramite vaccinazione, attraverso la raccolta dei dati disponibili in letteratura;
2. Analisi dell'impatto dell'infezione/malattia in termini di ricorso ai servizi sanitari, tramite la valutazione delle risorse e dei costi associati alla patologia/e prevenibile/i con vaccinazione;
3. Valutazione delle attuali strategie di controllo/trattamento della patologia, mediante revisione della letteratura scientifica;
4. Definizione dell'efficacia e della sicurezza del vaccino in oggetto, attraverso la revisione sistematica della letteratura e, ove possibile, la meta-analisi;
5. Valutazione economica dell'intervento vaccinale: tale analisi potrà essere condotta con diversi approcci come quello della revisione della letteratura scientifica, dell'analisi costo-efficacia, dell'analisi costo-utilità, dell'analisi di minimizzazione dei costi e della budget impact analysis;
6. Modellizzazione matematica dell'impatto clinico ed economico dell'intervento vaccinale, mediante simulazione dell'evoluzione dell'infezione/malattia in seguito alla realizzazione dello stesso;
7. Valutazione degli aspetti etici, legislativi e sociali, che viene effettuata tenendo presenti i principi di equità, giustizia distributiva e solidarietà e perseguendo il principio ippocratico del "primum non nocere";
8. Disamina dell'impatto organizzativo dell'introduzione/implementazione della tecnologia vaccino con la valutazione delle ripercussioni sul SSN in termini di sostenibilità economico-finanziaria, accesso alle cure, dinamiche e percorsi organizzativo/assistenziali.

Tabella 1 - Elementi per valutare l'introduzione di un vaccino.

Per tutte le patologie oggetto di strategie vaccinali sono presi in esame i seguenti elementi:	1. Quadro epidemiologico dell'infezione/malattia. 2. Impatto dell'infezione/malattia in termini di mortalità, morbosità, disabilità e ricorso ai servizi sanitari. 3. Valutazione dei competitor. 4. Sicurezza e efficacia dell'intervento vaccinale in oggetto.
Per i vaccini di più recente disponibilità, sono considerati, ove disponibili, anche i seguenti elementi:	5. Modellizzazione matematica dell'evoluzione dell'infezione/malattia in seguito alla realizzazione dell'intervento vaccinale. 6. Valutazione economica del programma vaccinale. 7. Disamina degli aspetti etici, legali e sociali, con particolare riguardo alla percezione della popolazione sulla gravità della malattia, all'accettabilità ed all'adesione all'intervento. 8. Valutazione delle ripercussioni organizzative e degli aspetti operativi.

Elemento fondamentale della valutazione HTA è il coinvolgimento di tutte le professionalità e gli *stakeholders* interessati all'attuazione dell'intervento vaccinale.
Le valutazioni omnicomprensive svolte alla luce di tutti gli elementi descritti permettono di avere un quadro chiaro ed *evidence-based* sulla tecnologia-vaccino in assessment utile al fine di decidere

quali vaccinazioni debbano essere garantite ed incluse nei LEA a fronte delle risorse economiche disponibili.

Percorso decisionale

Al fine di rendere operativa l'applicazione dei criteri sopra descritti è necessario identificare il percorso decisionale utile per l'introduzione di nuovi vaccini tra le strategie di prevenzione.
Le decisioni in ordine agli obiettivi generali di prevenzione nel nostro Paese vengono adottate nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione approvato con atto di intesa tra lo Stato e le Regioni e PA e periodicamente aggiornato.
La scelta, in tale sede, deriva da considerazioni di priorità relativa tra i problemi di salute prevenibili tra i quali rientrano, a pieno titolo, anche quelle malattie suscettibili di vaccinazione per le quali esiste un vaccino che rispetta i criteri generali per la sua introduzione nelle strategie di prevenzione.
A tal fine gli organi tecnici incaricati dal Ministero della Salute e dalle Regioni effettuano il reperimento e l'analisi delle informazioni necessarie a completare le valutazioni indicate negli 8 punti del metodo operativo sopra descritto verificando l'attendibilità e l'indipendenza delle fonti utilizzate. L'istruttoria si conclude con la proposta di un giudizio finale che viene sottoposto all'esame del Coordinamento Interregionale della prevenzione e del Ministero della Salute..

(1) Vaccine Introduction Guidelines. Adding a vaccine to a national immunization programme: decision and implementation. WHO, 2005. Disponibile online da: www.who.int/vaccines-documents/).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Valutazione dei programmi di vaccinazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda che i programmi di immunizzazione siano sistematicamente valutati in termini di adeguatezza, efficienza ed efficacia.
La valutazione e la verifica dei programmi vaccinali costituiscono, infatti, momenti fondamentali per la programmazione delle politiche e strategie vaccinali. In particolare, la valutazione di un programma di vaccinazione deve includere i punti di forza e di debolezza, l'efficienza e l'efficacia, L'impatto sull'incidenza delle malattie prevenibili con vaccino.
L'indicatore più importante è senz'altro quello di salute in termini di casi di malattia prevenuta. In tal senso ogni programma di vaccinazione deve essere strettamente connesso con le attività di sorveglianza epidemiologica e l'effetto del programma deve essere misurabile in termini di incidenza delle malattie prevenibili. Nel contempo la sorveglianza epidemiologica delle malattie prevenibili da vaccinazione dovrebbe porre particolare attenzione ad identificare eventuali fallimenti vaccinali verificando la storia vaccinale dei singoli casi.
Nel corso degli ultimi anni è aumentato il ricorso alla pianificazione di studi di tipo osservazionale per valutare l'efficacia dei programmi vaccinali. Un approccio comune è quello di valutare sia gli esiti specifici della malattia che gli effetti del programma vaccinale nella popolazione target.

Gli studi osservazionali permettono infatti di confrontare l'efficacia di un programma vaccinale prima e dopo l'introduzione, in particolare di :

- confrontare l'incidenza della malattia prevenibile con vaccino prima e dopo l'avvio delle vaccinazioni;
- quantificare per le malattie a trasmissione inter-umana la riduzione dell'incidenza delle malattie prevenibili da vaccino in popolazioni e/o classi di età non incluse nel programma vaccinale;
- verificare per vaccini ad elevata efficacia e per infezioni a trasmissione inter-umana, se la riduzione dell'incidenza sia maggiore di quanto atteso solo in base alla proporzione di soggetti vaccinati,
- quantificare la riduzione delle ospedalizzazioni, delle sequele e dei decessi dovuti alla malattia prevenibile da vaccino;
- osservare eventuali cambiamenti nella distribuzione per fascia di età delle malattie prevenibili da vaccino;
- valutare l'eventuale aumento delle infezioni e delle malattie causate da agenti etiologici di tipi/gruppi non contenuti nei vaccini.
- Identificare eventuali fallimenti vaccinali e fattori ad essi associati
- Confermare nel tempo l'efficacia vaccinale attesa in base ai dati di registrazione

La valutazione della copertura vaccinale (la proporzione di popolazione target vaccinata completamente in un anno di calendario o in una stagione) va effettuata regolarmente secondo metodi standardizzati, a diversi livelli (distretti, ASL, Regioni, Italia) per evidenziare le aree con "bassa performance" che necessitano di supporto o attenzione addizionale.
Solo un monitoraggio costante e l'utilizzo di dati routinari di buona qualità permette agli operatori sanitari a tutti i livelli di intraprendere tempestive azioni correttive. E' da notare che, per le malattie prevenibili da vaccino, è importante disporre della stima cumulativa annuale di soggetti suscettibili nella popolazione generale che, di fatto, sostengono la circolazione delle infezioni e causano malattie prevenibili in soggetti a maggior rischio.
Per le malattie oggetto di programmi di eliminazione vanno stabilite le soglie "epidemiche" di numero cumulativo di soggetti suscettibili (calcolate in base alla proporzione di soggetti vaccinati nella popolazione target e efficacia vaccinale attesa). La stima dei soggetti suscettibili accumulati

va calcolata almeno a scadenza annuale per decidere di avviare una campagna straordinaria di recupero "catch-up" ed rischio di epidemie.

Strumento essenziale di queste valutazioni è l'anagrafe vaccinale informatizzata collegata all'anagrafe sanitaria degli assistiti e a quella comunale dei residenti.
Tale anagrafe è inoltre uno strumento essenziale per definire le dimensioni della popolazione vaccinata e calcolare l'incidenza di eventi avversi che si verificano in soggetti vaccinati rispetto ai non vaccinati. Da tale confronto vengono stimati eventuali rischi associati alla vaccinazione.

Periodicamente il dato di copertura vaccinale ottenuto con metodi routinari va validato con indagini campionarie che utilizzano metodi diversi. In particolare, deve essere prestata attenzione alla presenza di persone che sfuggono alla registrazione in anagrafe (es. migranti) e che quindi vengono sistematicamente esclusi dalle rilevazioni ufficiali, ma che possono contribuire a sostenere la circolazione di patogeni controllabili con la vaccinazione.

In particolare, si raccomanda ad ogni Regione, al momento di adottare il presente Piano, di effettuare un'analisi di contesto in cui stimare, per ogni anno di calendario, la quota di malattia prevenibile localmente, le dimensioni della popolazione target da raggiungere (essenziale per valutare l'adeguatezza delle risorse presenti), la copertura vaccinale da raggiungere per l'anno e la descrizione delle risorse (strutture, personale, fondi) messe a disposizione.

Si sottolinea inoltre come la valutazione debba essere accompagnata da attività periodiche di aggiornamento del personale sanitario che si occupa di vaccinazione al fine di facilitare la raccolta dei dati e l'implementazione di interventi aggiuntivi o di modifiche organizzative, ove opportune.

Si allega a titolo esemplificativo un elenco di indicatori da utilizzare a livello di ogni ASL a scadenza almeno annuale per auto-valutazione delle attività di vaccinazione. Una sintesi della situazione e delle criticità riscontrate dovrà essere predisposta dalle autorità regionali competenti e trasmessa al Ministero della Salute, al Coordinamento Interregionale Prevenzione e all'ISS.

- Aspetti e indicatori per la valutazione annuale a livello locale del Programma di vaccinazione

Aspetti da valutare	Indicatori
1. Aspetti organizzativi relativamente all'analisi iniziale della dimensione della popolazione target e alla logistica necessaria [per tutte le vaccinazioni]	-Censimento completo delle sedi vaccinali - Presenza dei requisiti strutturali ed impiantistici richiesti per le strutture ambulatoriali che erogano prestazioni vaccinali [inserire referenza dove sono i requisiti] -Presenza di anagrafe vaccinale informatizzata correlata all'anagrafe assistiti e in grado di interfacciarsi con le anagrafi delle Asl della stessa regione -Aggiornamento periodico del personale dedicato alle vaccinazioni
2. Valutazione di processo [indicatori specifici per ogni vaccinazione]	- Dimensioni della popolazione target -Capacità di individuare soggetti a rischio per vaccinazioni offerte selettivamente - Proporzione di persone nella popolazione target attivamente invitate alla vaccinazione -Accesso alla segnalazione di eventi avversi successivi alla vaccinazione e feed-back periodici -Proporzione di soggetti che rifiutano la vaccinazione -Capacità di stimare i soggetti suscettibili accumulatisi nella popolazione generale o i gruppi a rischio -di Disponibilità di feedback periodici agli operatori sanitari sulle coperture e sull'incidenza delle malattie prevenibili -Qualità percepita dei servizi vaccinali da parte della popolazione.
3. Valutazione dei risultati rispetto agli obiettivi specifici [specifico per ogni vaccinazione)	-Coperture vaccinali (ciclo primario) entro i 24 mesi di età -Coperture vaccinali per 2 dosi di MPR a 5-6 anni e negli adolescenti (13-18 anni di età)Coperture vaccinali per successivi richiami di polio, DTPa o dTpa, a 6 anni e a 13-18 anni -Copertura vaccinale per 3 dosi di HPV nelle dodicenni (per anno di nascita a partire dalla coorte del 1997) -Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni e per i gruppi a cui è raccomandata -Incidenza delle malattie prevenibili da vaccino (dati di notifica o sistemi di sorveglianza dedicati) -N. di ricoveri per malattie prevenibili da vaccino -N. di decessi per malattie prevenibili da vaccino -N. di casi di malattia prevenibile da vaccino precedentemente vaccinati Indagini su eventuali casi di fallimento vaccinale

Nota: Solo per alcuni Indicatori è riportato tra parentesi il valore standard.
La valutazione compete sia al livello centrale che al livello locale (Regione-provincia autonoma/AUSL/Distretto).

Calendario delle vaccinazioni attivamente offerte

Per Calendario delle vaccinazioni si intende la successione cronologica con cui vanno effettuate le vaccinazioni.
Esso costituisce un'utile guida per gli operatori sanitari dei servizi vaccinali, i pediatri e i medici di medicina generale, e anche per i genitori, ma rappresenta, soprattutto, lo strumento per rendere operative le strategie vaccinali
Con l'ampliarsi delle indicazioni alla prevenzione vaccinale, diventa importante predisporre il calendario delle vaccinazioni da offrire attivamente e gratuitamente alla popolazione generale (nelle varie fasce di età) in conseguenza degli obiettivi di prevenzione del presente Piano e fornire le indicazioni per le vaccinazioni previste per i gruppi di popolazione a rischio e gli operatori sanitari.
Nel predisporre l'attuale Calendario Vaccinale si sono seguiti alcuni semplici principi:

- si è assunto come base il calendario vaccinale già in uso allo scopo di non stravolgere attività già consolidate e che hanno consentito di raggiungere elevati livelli di copertura vaccinale;
- sono stati concentrati, per quanto possibile, gli appuntamenti per le sedute vaccinali, utilizzando i vaccini combinati disponibili e le co-somministrazioni;
- si è garantito che le co-somministrazioni, quando proposte, non aumentino significativamente la frequenza o severità degli effetti collaterali e che non venga compromessa l'immunogenicità dei singoli vaccini. A questo riguardo si è tenuto conto delle evidenze disponibili nella letteratura scientifica e delle indicazioni fornite dal Produttore nello RCP (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto) specifico per ciascun vaccino
- si è stabilito, per migliorare la compliance alle vaccinazioni, che in ogni seduta vaccinale non siano somministrati contemporaneamente più di due vaccini per via iniettiva, in sede diversa, anche se ciò non è correlato a problemi di immunogenicità e/o sicurezza e potrà essere adottato in situazioni di necessità o opportunità;
- per garantire la sostenibilità dell'offerta, il presente Calendario non richiede ulteriori accessi ai servizi vaccinali, rispetto a quanto già in atto in tutte le regioni.

Tabella 3 - Calendario nazionale delle vaccinazioni offerte attivamente a tutta la popolazione

Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	11-18 anni	>65 anni	Ogni 10 anni
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa			DTPa[1]	dTpa		dT[2]
IPV		IPV	IPV		IPV			IPV			
HBV	HBV[3]	HBV	HBV		HBV						
Hib		Hib	Hib		Hib						
MPR						MPR		MPR	MPR[4]		
PCV		PCV	PCV		PCV						
Men C						Men C[5]			Men C[5]		
HPV									HPV [6] (3 dosi)		
Influenza										Influenza	
Varicella									Var [7] (2 dosi)		

Interpretazioni delle indicazioni di offerta del calendario

Popolazione generale: il calendario si riferisce ai programmi vaccinali rivolti a tutta la popolazione; in questo schema non è considerata l'offerta rivolta a gruppi o categorie a rischio, trattata nei paragrafi successivi.
3° mese si intende dal 61° giorno di vita
5-6 anni (di età) si intende dal 5° compleanno (5 anni e 1 giorno) ai 6 anni e 364 giorni(7° compleanno)
12° anno si intende da 11 anni e 1 giorno (11° compleanno) fino a 11 anni e 364 giorni (12° compleanno)
11-18 anni si intende da 11 anni e un giorno (11° compleanno) fino ai 17 anni e 364 giorni (18° compleanno)

Legenda:
DTPa: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare
dTpa: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare per adolescenti e adulti
dT: vaccino antidifto-tetanico per adolescenti e adulti
IPV: vaccino antipolio inattivato
HBV: vaccino antiepatite B
Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b
MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia
PCV: vaccino antipneumococcico coniugato
Men C: vaccino antimeningococco C coniugato
HPV: vaccino antipapilloma virus
Var: vaccino antivaricella

Note:
1) Dopo il compimento dei 7 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare di tipo adolescenziale-adulto (dTpa).
2) Gli adulti con anamnesi incerta per il ciclo primario di vaccinazione con dT devono iniziare o completare la vaccinazione primaria. Un ciclo primario per adulti è composto da 2 dosi di vaccino contenente tetano e difterite (dT) e una terza dose con vaccino dTpa. Le prime 2 dosi devono essere somministrate a distanza di almeno 4 settimane l'una dall'altra e la terza dose 6-12 mesi dopo la seconda. I successivi richiami devono essere effettuati ogni 10 anni (a partire dal completamento della serie primaria) e almeno una delle dosi booster di vaccino dT dovrebbe essere rimpiazzata da 1 dose di vaccino dTpa .
3) Per i bambini nati da madri positive per HBsAg: somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle immunoglobuline specifiche antiepatite B, la prima dose di vaccino anti-HBV; il ciclo andrà completato con una seconda dose a distanza di 4 settimane dalla prima, con una terza dose dopo il compimento della ottava settimana e con la quarta dose in un periodo compreso tra l'undicesimo ed il dodicesimo mese di vita, anche in concomitanza con le altre vaccinazioni.
4) In riferimento ai focolai epidemici in corso, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia d'età (catch up) anche una ricerca attiva ed immunizzazione dei soggetti conviventi/contatto, non vaccinati (mop up).
5) Dose singola. La somministrazione a 11-18 anni va considerata nei soggetti non vaccinati nell'infanzia
6) Per il sesso femminile, nel corso del 12° anno di vita, seguendo una scheda a 3 dosi. Vaccino bivalente (contro i genotipi 16 e 18 di HPV): 0, 1 e 6 mesi; vaccino quadrivalente (contro i genotipi 6, 11, 16 e 18 di HPV): 0, 2 e 6 mesi.
7) Nei soggetti anamnesticamente negativi e non precedentemente vaccinati è prevista la somministrazione di due dosi a distanza di un mese l'una dall'altra.

Le vaccinazioni indicate per i soggetti ad alto rischio

Le vaccinazioni erano considerate fino a non molti anni fa misure preventive da riservare alla popolazione in età pediatrica, nella quale si verificavano tradizionalmente la maggior parte dei casi di malattie verso le quali l'immunizzazione era diretta.
Lo scenario epidemiologico è oggi radicalmente mutato. Mentre il mantenimento di elevate coperture nei bambini continua a garantire il controllo delle più pericolose malattie in età infantile, l'incremento della speranza di vita verificatosi nel nostro Paese negli scorsi decenni ha importanti conseguenze:
1) la più lunga sopravvivenza di pazienti con malattie croniche (cardiopatie, broncopneumopatie, patologie metaboliche, dell'apparato uropoietico, patologie neoplastiche e condizioni di immunosoppressione, etc.), i quali sono più soggetti a complicanze gravi da malattie infettive, e la cui cura in caso di complicanze infettive prevenibili rappresenta peraltro un notevole impegno anche in termini di risorse umane ed economiche;
2) la possibilità che, nelle età avanzate, si riduca progressivamente l'immunità acquisita nell'infanzia dopo infezioni contratte naturalmente o dopo vaccinazione, anche per la riduzione o la mancanza dei cosiddetti "booster naturali", conseguenza questa del successo delle vaccinazioni nel controllare la diffusione delle infezioni in età pediatrica;
3) l'estensione dell'età in condizioni di buona salute anche a soggetti che un tempo, solo raramente, potevano dedicarsi ad attività lavorative o di tempo libero molto al di là dell'epoca del pensionamento;

Per questi motivi, al fine di garantire alla popolazione generale condizioni di vita per quanto possibile in ottimo stato di salute fino ad età avanzate, e per consentire la protezione da gravi complicanze infettive in malati cronici, risulta opportuno fornire nel presente documento indicazioni univoche in merito alle vaccinazioni indicate in ogni età per i soggetti appartenenti a gruppi a maggior rischio di ammalare, di avere gravi conseguenze in caso di malattia oppure di trasmettere ad altri la malattia stessa.
Particolare attenzione va posta per il potenziamento della rilevazione delle coperture vaccinali nelle popolazioni a rischio con conseguente definizione dei denominatori da utilizzare per il calcolo di tali coperture.

Vaccinazione contro Morbillo, Parotite e Rosolia
In accordo con il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, si raccomanda che la vaccinazione sia attiva e gratuita per tutti gli adulti non immuni anche per una sola delle tre malattie oggetto della vaccinazione. I soggetti adulti non immuni devono essere vaccinati in tutte le occasioni opportune.
Al fine di ridurre il rischio di casi di rosolia in gravidanza e di rosolia congenita, deve essere proposta la vaccinazione a tutte le donne in età fertile che non hanno una documentazione di vaccinazione o di sierologia positiva per rosolia (procrastinando la possibilità di intraprendere una gravidanza per 1 mese); nello specifico, devono essere approntati specifici programmi per vaccinare:

- le puerpere e le donne che effettuano una interruzione di gravidanza senza evidenza sierologica di immunità o documentata vaccinazione;
- tutte le donne suscettibili esposte ad elevato rischio professionale (scuole);
- tutti gli operatori sanitari suscettibili;

Vaccinazione contro la Varicella

Si raccomanda che la vaccinazione anti-varicella sia offerta ai seguenti gruppi di popolazione, elencati in ordine di priorità:

a. adolescenti suscettibili (11-18 anni)
b. persone suscettibili, che vivono con immunodepressi, quali persone con AIDS o altre manifestazioni cliniche dell'infezione da HIV, neoplasie che possano alterare i meccanismi immunitari con deficit dell'immunità cellulare, o con ipogammaglobulinemia, disgammaglobulinemia o in trattamento con farmaci immunosoppressori di lunga durata.
c. persone senza precedenti di varicella con patologie ad elevato rischio quali: leucemia linfatica acuta in remissione, insufficienza renale cronica, patologie per le quali è programmato un trapianto d'organo, infezione da HIV senza segni di immunodeficienza e con una proporzione di CD4 $\geq$ 200/μL).
d. donne in età fertile senza precedenti di varicella; la vaccinazione va praticata procrastinando la possibilità di intraprendere la gravidanza per 3 mesi.
e. persone suscettibili che lavorano in ambiente sanitario. Prioritariamente la vaccinazione dovrebbe essere eseguita dal personale sanitario che è a contatto con neonati, bambini, donne gravide o con persone immunodepresse.
f. lavoratori suscettibili che operano nei seguenti ambienti (in ordine di priorità): asili nido, scuole materne, scuole primarie, scuole secondarie.

Vaccinazione antinfluenzale.
È raccomandata per le categorie di soggetti indicate annualmente dalla Circolare emanata dal Ministero della Salute (vedi Tab.1).

Tabella 1. Elenco delle categorie per le quali la vaccinazione stagionale è raccomandata.

	Categoria	Dettaglio
1	Soggetti di età pari o superiore a 65 anni	
2	Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti fino a 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza.	a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO) b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite c) diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30 e gravi patologie concomitanti) d) insufficienza renale cronica e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie f) tumori g) malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosopressione indotta da farmaci o da HIV h) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali i) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici j) patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari) k) epatopatie croniche
3	Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.	
4	Donne cha all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza.	
5	Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti.	
6	Medici e personale sanitario di assistenza.	
7	Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio.	
8	Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori.	a) Forze di polizia b) Vigili del fuoco c) Altre categorie socialmente utili potrebbero avvantaggiarsi della vaccinazione, per motivi vincolanti allo svolgimento della loro attività lavorativa: a tale riguardo, è facoltà delle Regioni/PP.AA. definire i principi e le modalità dell'offerta a tali categorie. d) Infine, è pratica internazionalmente diffusa l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antinfluenzale da parte dei datori di lavoro ai lavoratori particolarmente esposti per attività svolta e al fine di contenere ricadute negative sulla produttività.
9	Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani.	a) allevatori b) addetti all'attività di allevamento c) addetti al trasporto di animali vivi d) macellatori e vaccinatori e) veterinari pubblici e libero-professionisti

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vaccinazione contro l'Epatite A

Il vaccino anti-epatite A deve essere offerto alla popolazione adulta secondo indicazioni cliniche, epidemiologiche, comportamentali o occupazionali.

Indicazioni cliniche: Soggetti con epatopatia cronica e soggetti riceventi concentrati di fattori della coagulazione.

Indicazioni comportamentali: omosessuali maschi e soggetti che fanno uso di droghe.

Indicazioni occupazionali: soggetti che lavorano a contatto con primati infettati dal virus dell'Epatite A (HAV) o con HAV in strutture laboratoristiche,

Indicazioni epidemiologiche: Bambini da 0 a 6 anni, figli di immigrati, che si recano in Paesi endemici o residenti in aree a rischio endemico .

Vaccinazione contro Epatite B

Oltre alla vaccinazione di tutti i nuovi nati prevista nel calendario vaccinale, per la quale non vi sono dosi di richiamo (booster), si raccomanda l'offerta gratuita ai seguenti soggetti mai vaccinati:

- conviventi e contatti, senza limiti di età, di persone HBsAg positive;
- pazienti politrasfusi, emofilici,
- emodializzati e uremici cronici per i quali si prevede l'entrata in dialisi;
- vittime di punture accidentali con aghi potenzialmente infetti;
- soggetti affetti da lesioni croniche eczematose o psoriasiche della cute delle mani;
- detenuti negli Istituti di prevenzione e pena;
- persone HIV+
- Epatopatia cronica in particolare HCV correlata
- persone che si rechino per motivi di lavoro in aree geografiche ad alta endemia di HBV;
- soggetti dediti alla prostituzione, tossicodipendenti, omosessuali maschi;
- personale sanitario di nuova assunzione nel Servizio sanitario nazionale e personale del Servizio sanitario nazionale già impegnato in attività a maggior rischio di contagio e segnatamente che lavori in reparti di emodialisi, rianimazione, oncologia, chirurgia generale e specialistica, ostetricia e ginecologia, malattie infettive, ematologia, laboratori di analisi, centri trasfusionali, sale operatorie, studi dentistici , medicina legale e sale autoptiche, pronto soccorso, assistenza sanitaria nelle carceri;
- soggetti che svolgono attività di lavoro, studio e volontariato nel settore della sanità;
- addetti al soccorso e al trasporto di infortunati e infermi;
- personale di assistenza in centri di recupero per tossicodipendenti;
- donatori di sangue appartenenti a gruppi sanguigni rari;
- al personale ed ospiti di istituti per portatori di handicap fisici e mentali
- personale addetto alla lavorazione degli emoderivati,
- personale religioso che svolge attività nell'ambito dell'assistenza sanitaria;.
- Personale della Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Corpo degli agenti di custodia, Comandi Provinciali dei Vigili del Fuoco, Comandi Municipali dei Vigili Urbani;
- Addetti alla raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti

Vaccinazione antimeningococcica
Oltre alla vaccinazione prevista nell'età evolutiva (a 13-15 mesi e nell'adolescenza), per la quale allo stato attuale non è prevista una dose di richiamo (booster), si raccomanda l'identificazione e l'immunizzazione, con vaccino antimeningococco coniugato , dei soggetti a rischio di infezione invasiva meningococcica perché affetti dalle seguenti patologie o per la presenza di particolari condizioni di vita:

- talassemia e anemia falciforme
- asplenia funzionale o anatomica
- condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidea ad alte dosi)
- diabete mellito tipo 1
- insufficienza renale con creatinina clearance <30 ml/min
- infezione da HIV
- immunodeficienze congenite
- malattie epatiche croniche gravi
- perdita di liquido cerebrospinale
- difetti congeniti del complemento (C5 – C9)
- difetti dei toll like receptors di tipo 4
- difetti della properdina

Vaccinazione anti meningoencefalite da zecca (TBE)
La vaccinazione è raccomandata per la popolazione residente in aree a rischio (valutando la situazione epidemiologica) e soggetti professionalmente esposti.

Vaccinazione anti pneumococcica
La vaccinazione antipneumococcica è consigliata ai soggetti di qualsiasi età a rischio di contrarre la malattia per la presenza di patologie o condizioni predisponenti:

- cardiopatie croniche
- malattie polmonari croniche
- cirrosi epatica, epatopatie croniche evolutive
- da alcoolismo
- diabete mellito, in particolare se in difficile compenso
- fistole liquorali
- anemia falciforme e talassemia,
- immunodeficienze congenite o acquisite,
- asplenia anatomica o funzionale,
- leucemie, linfomi, mieloma multiplo
- neoplasie diffuse
- trapianto d'organo o di midollo
- immunosoppressione iatrogena clinicamente significativa
- insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica
- HIV positivi,
- portatori di impianto cocleare.

Il vaccino polisaccaridico 23 valente non coniugato è sconsigliato al di sotto dei 2 anni di età per la scarsa capacità immunizzante di questo vaccino in tale fascia d'età .

Il vaccino 13 valente coniugato non è attualmente indicato al di sopra dei 5 anni di età, ma è attesa l'estensione all'età adulta.

Vaccinazione anti Haemophilus influenzae tipo b

La vaccinazione anti Haemophilus influenzae tipo b viene offerta attivamente a tutti i nuovi nati.
E' consigliata ai soggetti di qualsiasi età a rischio di contrarre forme invasise da HIB per la presenza di patologie o condizioni predisponenti:

- asplenia anatomica o funzionale
- soggetti trapiantati di midollo
- soggetti in attesa di trapianto di organo solido
- immunodeficienze congenite o acquisite (es. deficit di IgG2, deficit di complemento,immunosoppressione da chemioterapia, HIV positivi)

Le vaccinazioni per gli operatori sanitari

Gli operatori sanitari, a causa del loro contatto con i pazienti e con materiale potenzialmente infetto, sono a rischio di esposizione a malattie infettive prevenibili con vaccinazione.
L'obiettivo di un adeguato intervento di immunizzazione nel personale sanitario è fondamentale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni.
Programmi di vaccinazione ben impostati possono, infatti, ridurre in modo sostanziale il numero degli operatori suscettibili ed i conseguenti rischi sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni prevenibili con la vaccinazione ai pazienti o ad altri operatori.
La base legislativa delle vaccinazioni negli operatori sanitari è il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, che all'articolo 279 recita:
1. I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria.
2. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali:
a) la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente;
Il medico competente dell'azienda dalla quale l'operatore sanitario è dipendente è, pertanto, responsabile dell'identificazione e dell'esecuzione delle vaccinazioni che devono essere effettuate al personale sanitario.
In altri casi (es. vaccinazione anti-influenzale) l'immunizzazione attiva riveste un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore, ma soprattutto di garanzia nei confronti dei pazienti, ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni e persino casi mortali.

Partendo da tali considerazioni, a tutti gli operatori sanitari e gli studenti dei corsi di laurea e di diploma dell'area sanitaria sono fortemente raccomandate le seguenti vaccinazioni

Vaccinazione anti-epatite B.
L'epatite B rappresenta l'infezione per la quale il rischio professionale per l'operatore sanitario è massimo, ed è quindi indispensabile che la vaccinazione sia effettuata a tutti, possibilmente prima di iniziare le attività a rischio.
Sono somministrate 3 dosi di vaccino ai tempi 0, 1 e 6-12 mesi.
Qualora si sia immediatamente esposti al rischio di infezione, è possibile effettuare la vaccinazione con una schedula rapida a 4 dosi (0, 1, 2, 12 mesi), che garantisce elevate probabilità di risposta protettiva già dopo le prime 3 dosi.

Si rammenta inoltre la necessità di verificare l'avvenuta sieroconversione (presenza di anticorpi anti-HBs) un mese dopo l'esecuzione dell'ultima dose (secondo quanto disposto dal D.M 20/11/2000, art.4), per avere certezza dell'instaurazione della memoria immunologica.
Agli studenti dei corsi dell'area sanitaria e agli operatori sanitari nati dal 1980 in poi, che si presume siano stati sottoposti a vaccinazione anti-epatite B al dodicesimo anno di età, si raccomanda l'esecuzione del test per verificare il livello di anti-HBs prima di iniziare le attività a rischio. Un risultato positivo testimonia la presenza della memoria immunologica e non necessita di ulteriori interventi. Al contrario, ai soggetti che risultano negativi al test si raccomanda l'effettuazione di una sola dose di vaccino ed un nuovo controllo anticorpale a distanza di un mese. La positività di anti-HBs indica la presenza di memoria immunologica, la sua persistente negatività indica la necessità di completare il ciclo vaccinale con ulteriori due dosi, seguite da un nuovo controllo sierologico a distanza di un mese.
Ai soggetti non rispondenti ad un ciclo vaccinale, è possibile somministrare fino a 3 ulteriori dosi (ai tempi 0, 1, 6 mesi) per tentare di conferire protezione all'operatore.
Recentemente è stato proposto un nuovo schema vaccinale per i non rispondenti, che prevede la somministrazione di 2 dosi simultaneamente nei due muscoli deltoidi, seguita da analoga somministrazione dopo 2 mesi, e controllo sierologico per verificare l'eventuale siero-conversione (anti-HBs $\geq$10 mUI/ml) a distanza di ulteriori due mesi.

Vaccinazione anti-influenzale.
Questa vaccinazione oltre la salvaguardia della salute del singolo ha il duplice scopo di proteggere i pazienti con cui l'operatore può venire a contatto ed ai quali può trasmettere l'infezione, e di evitare l'interruzione di servizi essenziali di assistenza in caso di epidemia influenzale. Per tale ragione è necessario che ogni azienda sanitaria promuova attivamente tutte le iniziative ritenute idonee ad incrementare l'adesione alla vaccinazione da parte dei propri operatori e degli studenti dei corsi durante l'annuale campagna vaccinale che si svolge nella stagione autunnale.

Vaccinazione anti-morbillo, parotite, rosolia (MPR).
L'età di incidenza di queste infezioni è progressivamente aumentata negli ultimi anni, tanto che sono sempre più frequenti le descrizioni di epidemie nosocomiali da tali agenti infettivi. La vaccinazione con MPR degli operatori sanitari suscettibili è indispensabile sia per evitare danni all'operatore stesso (basti rammentare la pericolosità del morbillo nell'adulto e della rosolia per le donne in età fertile), sia per evitare la possibile trasmissione di agenti infettivi ai pazienti e di sostenere pertanto epidemie nosocomiali. Si rammenta che la vaccinazione deve essere somministrata in due dosi distanziate di almeno 4 settimane, e che, per tutte queste malattie, il ricordo di aver avuto la malattia non può essere considerato affidabile. In particolare, per la rosolia è necessario avere documentazione sierologica di immunità. La vaccinazione può essere effettuata anche in caso di suscettibilità ad una soltanto delle 3 malattie prevenute dal vaccino MPR.

Vaccinazione anti-varicella.
La presenza di fasce di suscettibilità alla varicella tra gli adulti (età nella quale l'infezione può assumere caratteri di maggiore gravità) e la descrizione dell'insorgenza di diverse epidemie nosocomiali rende necessario proporre attivamente questa vaccinazione a tutti gli operatori sanitari suscettibili (in questo caso ci si può affidare al ricordo di aver già avuto la malattia in passato). La vaccinazione va effettuata in due dosi distanziate di almeno 4 settimane.

Vaccinazione anti-tubercolare (BCG).

Il DPR 465/2001 ha drasticamente limitato le indicazioni di uso di questa vaccinazione ai soli operatori sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi di bacilli tubercolari multi-farmaco-resistenti, oppure che operino in ambienti ad alto rischio e non possano, in caso di cuticonversione, essere sottoposti a terapia preventiva, perché presentano controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici.

Vaccinazione anti-pertosse.

Per la protezione del neonato è consigliabile per gli operatori dei reparti ostetrici e del nido un richiamo con dTaP, così come lo è per tutte le altre figure che accudiscono il neonato.

Indicazioni per l'emanazione di atti e documenti attuativi

In attuazione del presente Piano è opportuno che vengano predisposti documenti informativi a contenuto tecnico utili ad orientare il lavoro dei servizi di prevenzione e a comunicare in modo appropriato con i destinatari degli interventi vaccinali.
A tal fine si elencano di seguito gli argomenti per i quali il Ministero provvederà all'emanazione di atti, d'intesa con le Regioni e le Province Autonome.

- Definizione operativa degli indicatori per la valutazione degli obiettivi del PNPV 2012-2014
- Requisiti per la qualità dei processi vaccinali
- Requisiti per la realizzazione delle anagrafi vaccinali
- Indicazioni d'uso per i vaccini disponibili da somministrare in co-payment presso i servizi vaccinali delle ASL
- Intervalli minimi e massimi fra le dosi e intervalli tra vaccini diversi, co-somministrazione di vaccini, eventi avversi a vaccini, controindicazioni e precauzioni
- Schede informative sulle singole malattie infettive, contenenti informazioni sul quadro epidemiologico, sulla sicurezza ed efficacia dei vaccini disponibili e sulle strategie di prevenzione indicate dal presente Piano, sugli intervalli minimi e massimi fra le dosi e intervalli tra vaccini diversi, co-somministrazione di vaccini, eventi avversi a vaccini, controindicazioni e precauzioni
- Quadro sinottico delle raccomandazioni vaccinali per singolo vaccino
- Quadro sinottico delle raccomandazioni vaccinali per soggetti destinatari

2

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 3 su 3 bollati, ciascuno vidimato da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Politiche della Salute".
Pescara, li 30/5/2012

Dott.ssa Manuela Di Giacomo

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;

VISTA la nota in data 14 novembre 2011 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di Intesa indicata in oggetto;

VISTA la lettera in data 21 novembre 2011 con la quale il documento in parola è stato diramato alle Regioni e Province autonome;

VISTA la lettera del 23 gennaio 2012 con la quale il Ministro della salute ha confermato, ai fini della prosecuzione del relativo iter, il documento di cui trattasi;

CONSIDERATO che, nel corso dell' incontro tecnico svoltosi in data 16 febbraio 2012, i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome ed il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze hanno espresso assenso sulla bozza di Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014 di cui all'oggetto;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e Province autonome sulla proposta in esame;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome nei termini di seguito riportati:

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 376 del 18 GIU. 2012
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A.

CONSIDERATI:

- il proprio Atto Rep. n. 2240 del 3 marzo 2005, con il quale si è sancito accordo sul "Piano Nazionale Vaccini 2005-2007", nel quale si individuano gli obiettivi da raggiungere, le aree prioritarie di intervento e le azioni necessarie per migliorare l'offerta delle vaccinazioni sul territorio nazionale;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, confermati dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 che, nel livello essenziale "assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro- punto I- F", tra le attività di prevenzione rivolte alla persona, individua le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;

- l'art. 1, Allegato 1.B, del predetto D.P.C.M. 29 novembre 2001 che prevede tra le fonti LEA anche gli Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni per il raggiungimento degli obiettivi del PSN, secondo quanto disposto dall'art.4 del D.Lgs 28 agosto 1997 n. 281 e che le prestazioni individuate dagli Accordi fanno parte dei LEA nei limiti previsti dal grado di cogenza degli Accordi medesimi, desumibile da quanto in esso convenuto;

- il proprio Atto Rep. n. 264 del 20 dicembre 2007, concernente "Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia". nel quale è previsto che ogni Regione dovrà assicurare la realizzazione della attività di propria competenza per la messa in atto dell'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV al fine del raggiungimento entro il 2012 della copertura vaccinale superiore o uguale al 95% della categoria target;

- che la predetta Intesa prevede, in maniera cogente, l'obbligo delle Regioni di attivare la vaccinazione gratuita HPV delle dodicenni;

- il proprio Atto Rep. n. 63 del 29 aprile 2010, con il quale si è sancito accordo sul "Piano Nazionale per la Prevenzione 2010-2012", che individua, tra gli obiettivi di salute prioritari, sui quali è opportuno elaborare progetti specifici, la prevenzione delle malattie infettive;

- che il predetto Accordo, in merito alle malattie prevenibili mediante vaccinazione, sottolinea la necessità di continuare a perseguire gli obiettivi già fissati e di elaborare strategie efficaci per i cosiddetti nuovi vaccini (anti-HPV, anti-meningococco C, anti-pneumococco, anti-varicella);

- il proprio Atto Rep. n. 66 del 23 marzo 2011, con il quale si è sancita intesa sul documento recante "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015", in cui vengono ridefinite le Linee guida attuative nazionali per il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita entro il 2015, come raccomandato dall'OMS;

- il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2011-2013, approvato con Intesa del 22 settembre 2011 (rep. atti n.88/CU), che dedica uno specifico capitolo alle malattie infettive e alle vaccinazioni che " rappresentano lo strumento per eccellenza a disposizione della sanità pubblica e rappresentano il metodo più innocuo, più specifico, più efficace e con un minor margine di errore per il contrasto

GIUNTA REGIONALE PESCARA DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

delle malattie infettive", in coerenza con gli obiettivi adottati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS);

- che, grazie alla vaccinazioni, si prevengono patologie che hanno costi umani e socio-sanitari elevati e che l'attuazione delle strategie vaccinali presenta profili di costi-benefici estremamente favorevoli;

- che si ritiene necessario aggiornare le strategie per il perseguimento degli obiettivi di salute stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed indicati nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 per quanto riguarda le malattie prevenibili con vaccinazioni;

- che si ritiene necessario armonizzare le strategie vaccinali in atto sul territorio nazionale al fine di garantire equità nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione assicurando parità di accesso alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini;

SI CONVIENE

sul documento recante il "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014", Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
Dott. Piero Gnudi

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A.

Allegato B

Regione Abruzzo

Piano Regionale Prevenzione Vaccinale (PRPV)

2012 - 2014

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
REGIONE ABRUZZO
PESCARA

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 26 e di 26 facciate ciascuna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Politiche della Salute".
Pescara, li 30/5/2012
Dott.ssa Manuela Di Giacomo

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 376 del 18 GIU. 2012
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

INDICE DEL PIANO

- Analisi di contesto
- Gli obiettivi del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014
- Calendario regionale delle vaccinazioni attivamente offerte
- Le vaccinazioni per i soggetti ad alto rischio
- Le vaccinazioni per gli operatori sanitari
- Scheda previsione coperture vaccinali regionali 2012-2013-2014

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
GIUNTA REGIONALE PESCARA

Analisi di contesto regionale

MALATTIE INFETTIVE PREVENIBILI DA VACCINAZIONE

Nella Regione Abruzzo, nel quadriennio 2008-2011, sono state notificate, attraverso il sistema di sorveglianza SIMIWEB, 207 malattie infettive di classe I, 5711 di classe II, 245 di classe III, 90 focolai di classe IV con complessivi 379 casi e 1313 casi di classe V per un totale di 7855 casi.
Nell'ambito di questo contesto complessivo andremo a prendere in considerazione le più importanti malattie infettive prevenibili con vaccinazione.

TETANO

Negli anni 2008-2011 le ASL della Regione Abruzzo hanno notificato 6 casi di tetano di cui 5 a carico di soggetti residenti in Regione. Nella tabella n.1 sono riportati i casi abruzzesi in base alla ASL di residenza, con i relativi tassi medi annui per 10^5abitanti. Di questi 4 casi sono stati notificati nel 2008 ed 1caso nel 2011, mentre la distribuzione per genere vede 1 maschio e 4 femmine; l'età media dei casi è di 80 anni (F:80; M:79).

Tab n.1

ASL di residenza	Casi	Tassi medi annui x 10^5 ab.
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	1	0,08
Lanciano-Vasto-Chieti	1	0,06
Pescara	1	0,08
Teramo	2	0,16
Abruzzo	5	0,09

EPATITE B

Nel periodo 2008-2011 sono state notificate dalle ASL regionali 77 casi di epatite B. Di essi 69 sono casi residenti la cui distribuzione è evidenziata nella tabella n. 2. Il tasso di incidenza più elevato rispetto al tasso regionale si riscontra nella ASL di Teramo.

Tab n.2

ASL di residenza	Frequenza	Tassi medi annui x 10^5 ab.
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	17	1,4
Lanciano-Vasto-Chieti	16	1
Pescara	8	0,6
Teramo	28	2,3
Abruzzo	69	1,3

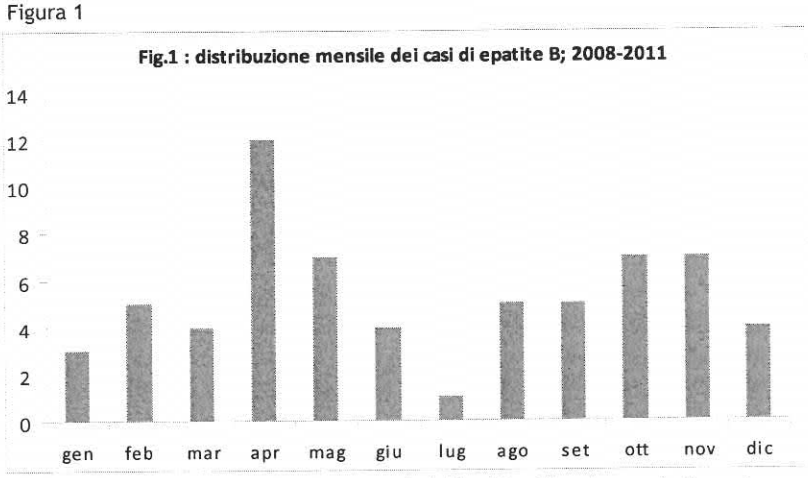
Nella successiva tabella (tab. n. 3) si riporta la distribuzione annua delle notifiche.

Tab n.3

Anno di notifica	Frequenza	Percentuale
2008	11	15,9%
2009	29	42,0%
2010	15	21,7%
2011	14	20,3%
Totale	69	100,0%

L'epatite B risulta avere un tasso di incidenza più di tre volte superiore nei maschi rispetto alle femmine ed in ambedue i sessi la classe di età più colpita è quella 25-64 anni. L'età media di comparsa della malattia è di 48 anni nelle femmine e di 44 anni nei maschi.
Nella figura 1 riportiamo la distribuzione mensile dei casi in base alla "data inizio sintomi" per le notifiche che riportano tale variabile (93%)

Figura 1



Nel caso dell'epatite B gli estremi della distribuzione si riscontrano nel mese di luglio (1 caso) e di aprile (12 casi).

MENINGITE MENINGOCOCCICA E MALATTIE INVASIVE BATTERICHE (MIB)

I casi di meningite meningococcica notificati sono 7, tutti relativi a residenti in regione.
Nella tabella n.4 sono riportate le ASL di residenza.

Tab n.4

ASL di residenza	Frequenza	Percentuale	Tassi medi annui x 10^5 ab.
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	17	42,9%	0,3
Lanciano-Vasto-Chieti	16	14,3%	0,1
Pescara	8	14,3%	0,1
Teramo	28	14,3%	0,1
Abruzzo	69	100,0%	0,1

La distribuzione annua di seguito riportata (tab. n.5) dimostra che l'emergenza meningococcica è sempre presente:

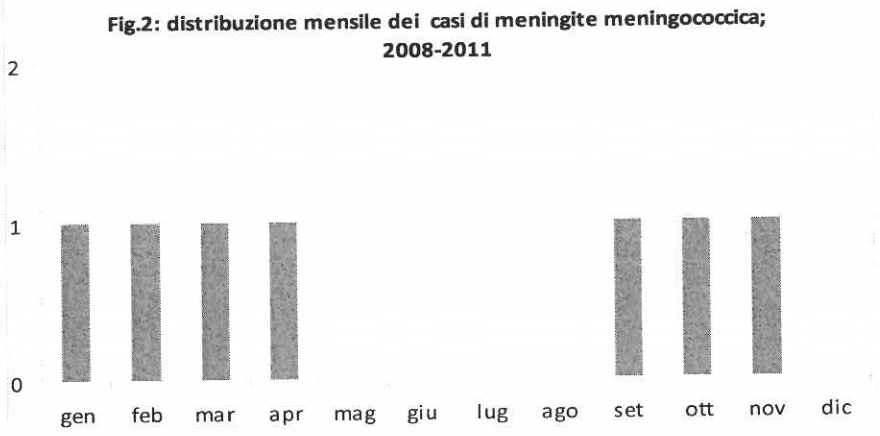
Tab n.5

Anno di notifica	Frequenza	Percentuale
2008	2	28,6%
2009	2	28,6%
2010	1	14,3%
2011	2	28,6%
Totale	7	100,0%

La distribuzione per classi di età e genere evidenzia un maggior numero di casi tra i maschi e nella fascia di età pediatrica (0-14 anni)

Nella figura 2 riportiamo la distribuzione dei casi in base alla "data inizio sintomi": si evidenzia, in modo particolare,l'assenza di casi nella stagione estiva.

Figura 2



Anche se non appartengono alla classe II, per motivi di comodità espositiva abbiamo voluto riportare in questo paragrafo, nella seguente tabella n.6, anche i dati (ripresi dallo specifico sito dell'Istituto Superiore di Sanità) relativi alle MIB (Malattie Invasive Batteriche) che comprendono sia le meningiti determinate da qualsiasi agente batterico, sia altri quadri clinici (ad es: sepsi) provocate da meningococco, pneumococco ed Emofilo.

Tab n.6

Anno	S.P.	N.M.	H.I.	S.B	M.T.	L.M.	A	N.I.	Tot.
2008	4	0	0	0	0	0	2	5	11
2009	1	1	1	0	0	1	0	7	11
2010	4	0	0	0	0	2	3	0	9
2011	0	3	0	0	0	2	2	1	8
Totale	9	4	1	0	0	5	7	13	39

Legenda
SP= Streptococcus pneumoniae
NM= Neisseria Meningitidis
HI= Haemophilus Influenzae
MT= Micobatterio Tubercolare
LM= Listeria Monocitogenes
A= Altro patogeno
NI= Non Identificato

Un dato preoccupante su cui riflettere è la presenza di 1/3 dei casi in cui il batterio rimane sconosciuto.
Inoltre si segnala che in classe V sono stati notificati 18 casi di meningite pneumococcica e 38 casi di meningite batterica ad eziologia non specificata.

MORBILLO

Nel periodo 2008-2011 sono stati notificati 97 casi di morbillo di cui 91 relativi a residenti in Abruzzo.
Di seguito (tab. n.7) riportiamo la distribuzione dei casi abruzzesi di morbillo in base alla ASL di residenza.

Tab n.7

ASL di residenza	Frequenza	Percentuale	Tassi medi annui x 10^5 ab.
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	36	39,5%	2,3
Lanciano-Vasto-Chieti	18	19,8%	1,5
Pescara	15	16,5%	1,2
Teramo	22	24,2%	1,8
Abruzzo	91	100,0%	1,7

La distribuzione per anno di notifica è riportata nella tabella successiva (tab. n.8) dove si evidenziano casi più o meno sporadici tra il 2008 ed il 2010 che precedono l'epidemia del 2011.

Tab n.8

Anno di notifica	Frequenza	Percentuale
2008	15	16,5%
2009	2	2,2%
2010	11	12,1%
2011	63	69,2%
Totale	91	100,0%

Per il morbillo riportiamo di seguito (tab. n.9) la distribuzione per classe che permette di evidenziare meglio il fenomeno che caratterizza le più recenti epidemie di morbillo, rappresentato dalla maggior concentrazione di casi verso classi di età più avanzate rispetto al passato; fenomeno, questo, da mettere in relazione al fatto che, mentre si raggiungono coperture vaccinali pressoché ottimali nella prima infanzia, tali coperture calano sensibilmente nelle età successive.

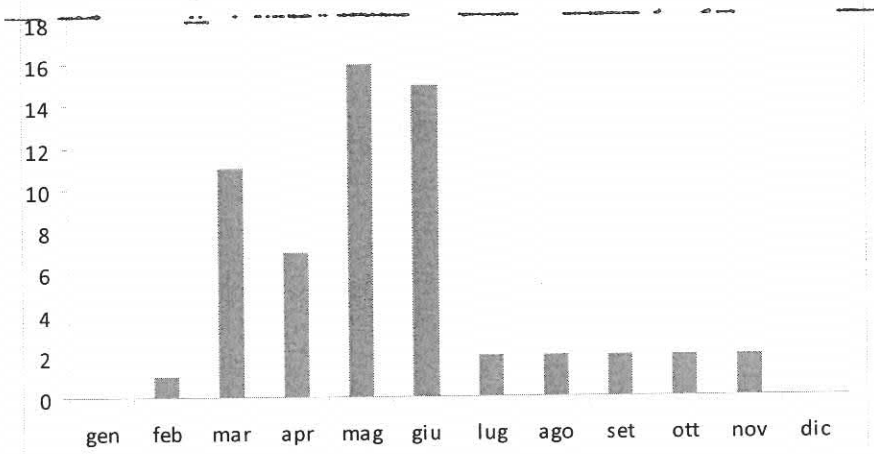
Tab n.9

Classi di età	Frequenza	Percentuale	Tassi medi annui x 10^5 ab.
0-5	10	11,0%	3,6
6-10	4	4,4%	1,7
11-14	8	8,8%	4,2
15-24	27	29,7%	4,9
25-64	42	46,2%	1,4
65 ed oltre	0	0,0%	0
Totale	91	100,0%	1,7

L'età media di insorgenza della malattia è di 23 anni (Femmine=25; maschi=21); la mediana è pari a 25 anni per le femmine ed a 22 anni per i maschi.
Nella figura 3 riportiamo la distribuzione mensile dei casi del 2011 in base alla "data inizio sintomi" (95% dei casi): si evidenziano un picco dei casi nell'ultimo periodo della stagione invernale e un altro nel periodo primaverile.

Figura 3

Fig. 3 : distribuzione mensile dei casi di morbillo; 2011



PAROTITE

In Abruzzo tra il 2008 ed il 2011 sono stati notificati 29 casi di parotite di cui 28 relativi a residenti nelle ASL abruzzesi (tab. n.10)

Tab n.10

ASL di residenza	Frequenza	Percentuale	Tassi medi annui x 10^5 ab.
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	6	21,5%	0,5
Lanciano-Vasto-Chieti	8	28,6%	0,5
Pescara	5	17,6%	0,4
Teramo	9	32,2%	0,7
Abruzzo	28	100,0%	0,5

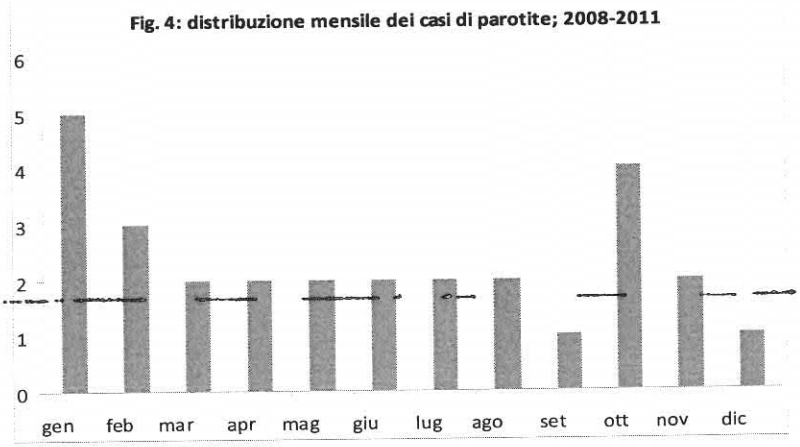
La relativa distribuzione per anno di notifica è la seguente (tab. n.11):

Tab n.11

Anno di notifica	Frequenza	Percentuale
2008	11	39,3%
2009	6	21,4%
2010	7	25,0%
2011	4	14,3%
Totale	28	100,0%

L'età media di comparsa della malattia è di 15 anni per le femmine e di 17 anni per i maschi con una mediana di 10 anni per ambedue i generi.
Nella figura n.4 riportiamo la distribuzione mensile dei casi in base alla "data inizio sintomi" dove si evidenzia un maggior numero di casi nel periodo autunno-inverno

Figura 4



PERTOSSE

Nel periodo 2008-2011 sono stati notificati 24 casi di pertosse di cui 20 relativi a residenti in Regione Abruzzo come evidenziato nella tabella n.12:

Tab n.12

ASL di residenza	Frequenza	Percentuale	Tassi medi annui x 10^5 ab.
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	11	55%	0,9
Lanciano-Vasto-Chieti	3	15%	0,2
Pescara	2	10%	0,2
Teramo	4	20%	0,3
Abruzzo	20	100,0%	0,4

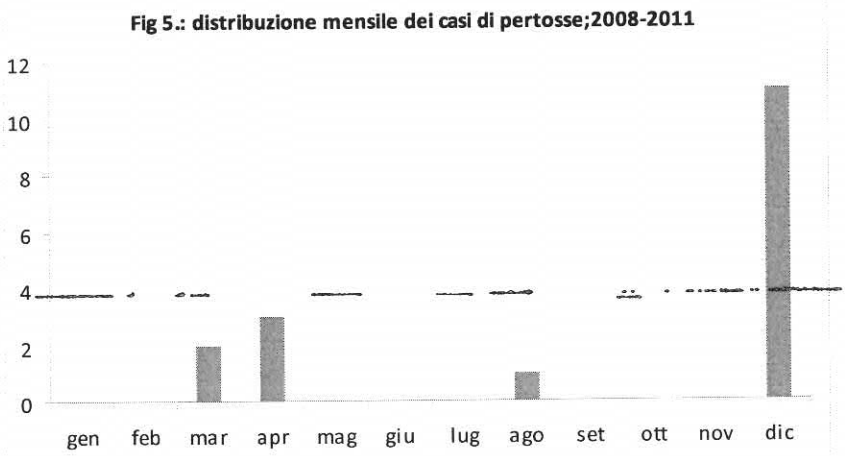
La frequenza per anno di notifica dei casi residenti è la seguente (tab.n.13):

Tab n.13

Anno di notifica	Frequenza	Percentuale
2008	1	5,0%
2009	4	20,0%
2010	1	5,0%
2011	14	70,0%
Totale	20	100,0%

La distribuzione per genere e classi di età risulta pressoché analoga tra i due sessi con tassi di incidenza più elevati nella classe 11-14 anni. L'età media di insorgenza della malattia è 11 anni nelle femmine (mediana 10 anni) e 13 anni nei maschi (mediana 12 anni).La distribuzione mensile per "data inizio sintomi" evidenzia che oltre il 50% dei casi si è manifestato nel mese di dicembre. (fig. 5)

Figura 5



ROSOLIA

Negli anni 2008-2011 in Regione Abruzzo sono stati notificati 170 casi di rosolia di cui 165 a carico di soggetti residenti. La distribuzione per ASL di residenza è la seguente (tab. n.14): si evidenzia un interessamento diffuso a livello regionale, ma più consistente a livello della ASL Lanciano-Vasto-Chieti.

Tab n.14

ASL di residenza	Frequenza	Percentuale	Tassi medi annui x 10^5 ab.
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	25	15,2%	2
Lanciano-Vasto-Chieti	98	59,4%	6,2
Pescara	31	18,7%	2,4
Teramo	11	6,7%	0,9
Abruzzo	165	100,0%	3,1

La tabella successiva (tab.n.15) indica l'epidemia di rosolia verificatasi nel 2008, anno in cui si è concentrato il 96% dei casi residenti.

Tab n.15

Anno di notifica	Frequenza	Percentuale
2008	159	96,4%
2009	2	1,2%
2010	4	2,4%
2011	0	0,0%
Totale	165	100,0%

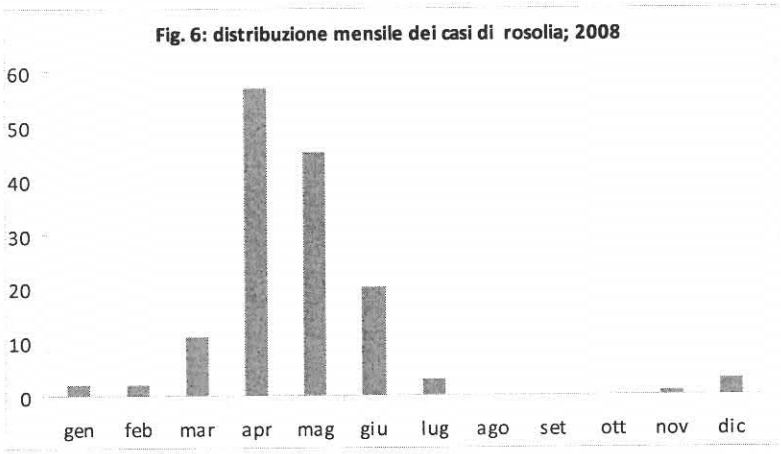
Per la rosolia riportiamo la distribuzione per classi di età distinta per genere (tab. n.16), in modo da evidenziare meglio sia la maggior concentrazione dei casi in età non pediatriche sia l'interessamento del genere femminile.

Tab n.16

Classi di età	Sesso	Frequenza	Percentuale	Tassi medi annui x 10^5 ab.
0-5	F	5	6,0%	3,7
	M	2	2,4%	1,4
6-10	F	2	2,4%	1,8
	M	6	7,3%	5
11-14	F	4	4,8%	4,3
	M	6	7,3%	6,1
15-24	F	45	54,2%	16,7
	M	50	61%	17,5
25-64	F	27	32,5%	1,8
	M	18	22,0%	1,2
65 ed oltre	F	0	0,0%	0
	M	0	0,0%	0
Totale	F	83	100,0%	3
	M	82	100,0%	3,2

L'età media di insorgenza della rosolia e di circa 23 anni nelle femmine (mediana 20 anni), mentre nei maschi abbiamo un'età media di insorgenza di 20 anni, con una mediana di 19. E' da rilevare che nel genere femminile il 73% dei casi si è verificato in donne in età fertile (18-49 anni).

Nella figura 6 riportiamo la distribuzione mensile dei casi che hanno caratterizzati l'epidemia del 2008 in base alla "data inizio sintomi" (91% dei casi del 2008) che mostra un evidente picco che interessa la stagione primaverile.



VARICELLA

La varicella è la malattia che ha fatto registrare il maggior numero di notifiche in assoluto: 4356 casi di cui 4311 relativi a residenti in Abruzzo. La distribuzione per ASL dei casi residenti è riportata di seguito (tab. n.17):

Tab n.17

ASL di residenza	Frequenza	Percentuale	Tassi medi annui x 10^5 ab.
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	824	19,1%	66,6
Lanciano-Vasto-Chieti	1858	43,1%	117
Pescara	1061	24,6%	82,6
Teramo	568	13,2%	45,6
Abruzzo	4311	100,0%	80,5

La distribuzione per anno di notifica è riportata di seguito (tab. n.18): si evidenzia, all'interno di una situazione di pluriennale epidemia, un numero maggiore di casi nel 2008, una riduzione dei medesimi nel 2009 ed un progressivo aumento negli anni 2010 e 2011.

Tab n.18

Anno di notifica	Frequenza	Percentuale
2008	1391	32,3%
2009	602	14,0%
2010	1079	25,0%
2011	1239	28,7%
Totale	4311	100,0%

Nella tab. n.19 riportiamo la distribuzione per classi di età.

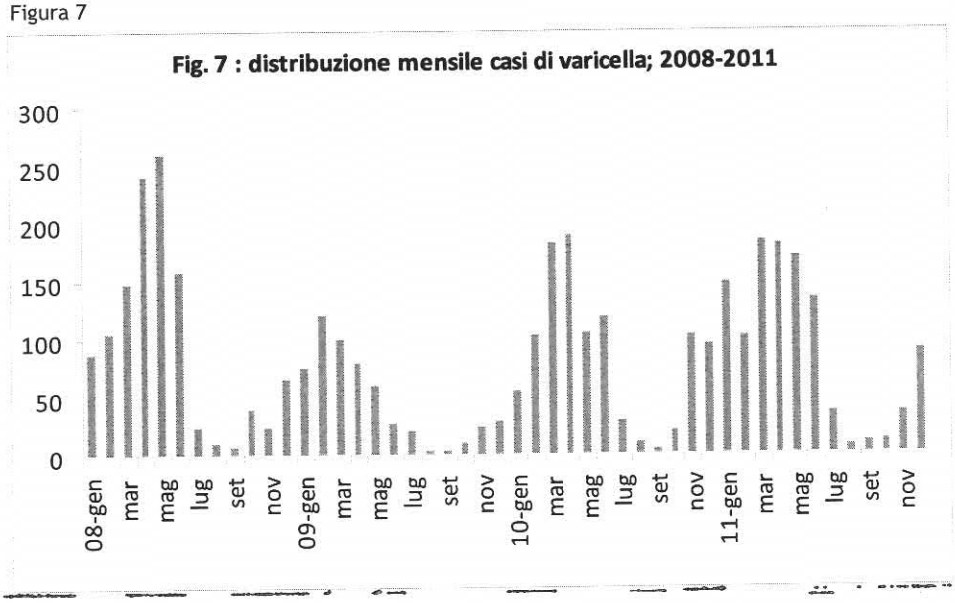
Tab n.19

Classi di età	Frequenza	Percentuale	Tassi medi annui x 10^5 ab.
0-5	2431	56,4%	881,6
6-10	1169	27,1%	505,3
11-14	233	5,4%	122,3
15-24	91	2,1%	16,4
25-64	380	8,8%	12,9
65 ed oltre	7	0,2%	0,6
Totale	4311	100,0%	80,5

Questa tabella dimostra che per la varicella, a differenza di quanto visto per morbillo e rosolia, essendo l'immunità acquisita quasi esclusivamente in modo naturale, visti i bassi livelli di copertura vaccinale, la malattia si diffonde ancora prevalentemente nei primi anni di vita. Infatti, l'età media di comparsa della malattia è di 8 anni sia per le femmine sia per i maschi (mediana 5 anni) .

Nella figura 7 riportiamo la distribuzione mensile dei casi in base alla "data inizio sintomi" (90% dei casi): si evidenzia un andamento pressoché simile per ogni anno (al di là dell'altezza delle "canne d'organo") con progressivo incremento del numero dei casi nel periodo autunno-inverno, raggiungimento del picco in primavera e successiva decrescita in estate.

Figura 7



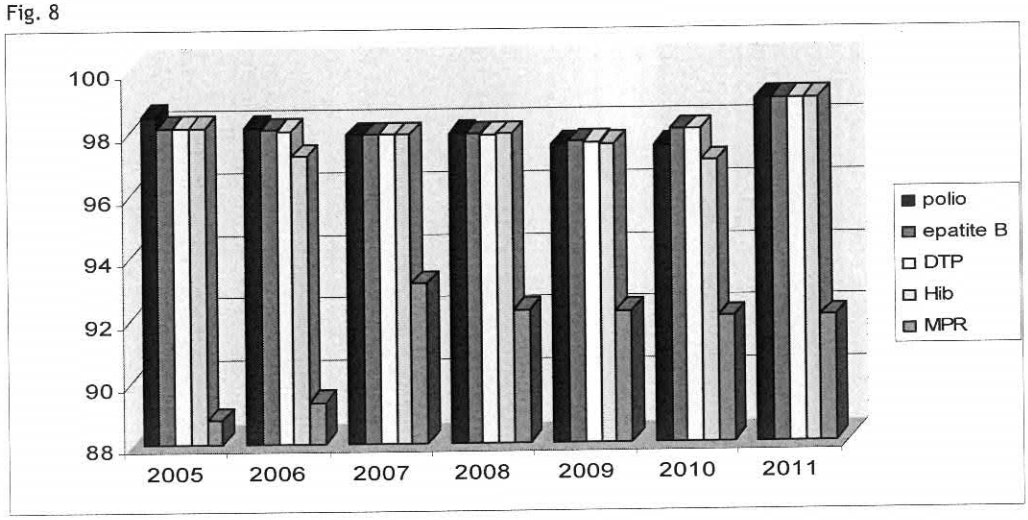
COPERTURE VACCINALI: i risultati sinora raggiunti

I livelli di copertura vaccinale a 24 mesi raggiunti nella Regione Abruzzo dal 2005 al 2011 appaiono complessivamente elevati rispetto alla media nazionale. In particolare i dati evidenziano che le coperture vaccinali per le vaccinazioni "obbligatorie" si attestano intorno al 98% e con valori che hanno raggiunto il 92% per morbillo-parotite-rosolia (Tabella 20 e Figura 8).
Nel corso degli anni, infatti, vi è stato un miglioramento delle coperture vaccinali ed il raggiungimento degli obiettivi nazionali previsti per tutte le vaccinazioni, tranne che per morbillo-parotite-rosolia. Per questa vaccinazione si registra pure un incremento notevole delle coperture nel corso degli anni, con riduzione del divario con le Regioni del nord. Pur tuttavia, pur essendo prossima al valore dell'obiettivo nazionale (92% vs 95%), per interrompere la trasmissione dell'infezione, è necessario un maggiore impegno da parte delle ASL.
In accordo con l'obiettivo dell'OMS per la Regione Europea di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita entro il 2015, la Regione Abruzzo ha recepito con Deliberazione di G.R. n. 736 del 07/11/2011 l'Intesa Stato-Regioni sul documento "Piano Nazionale del Morbillo e Rosolia Congenita (PNMeRC)" che ridefinisce le linee guida attuative nazionali.
Inoltre, la Regione Abruzzo, già nel Piano Regionale Prevenzione 2010-2012, ha previsto nell'ambito dell'obiettivo generale di salute "riduzione dell'incidenza delle malattie prevenibili con vaccinazioni", sulla base di evidence, misure ed indicazioni atte ad innalzare ulteriormente le coperture vaccinali anche per morbillo e rosolia, al fine di contrastare le epidemie di morbillo verificatesi di recente nel territorio regionale e di evitare i casi di rosolia in gravidanza e rosolia congenita.

Tab. 20 e Fig. 8. Coperture vaccinali per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate a 24 mesi.
Stima regionale per anno e tipo di vaccino.
Abruzzo, 2005-2011.

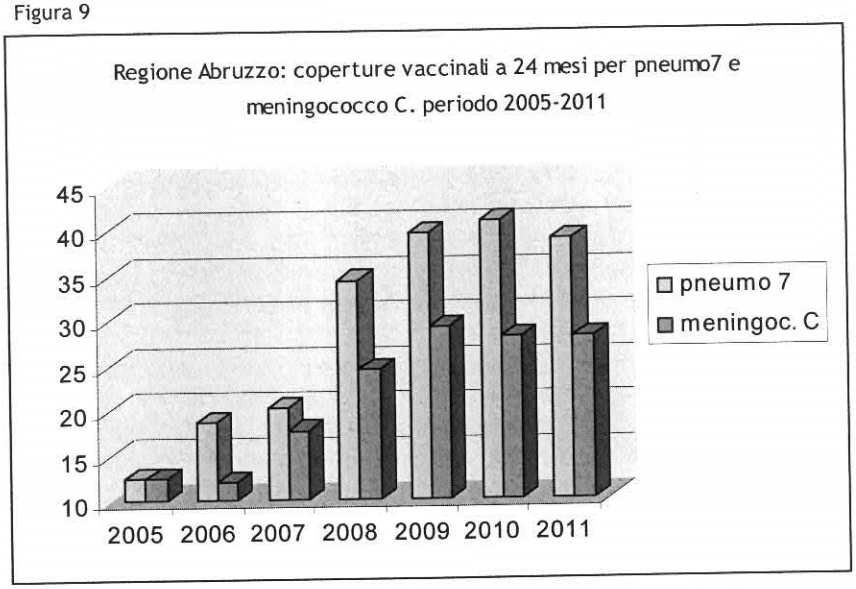
Tipo di vaccino	Anno						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
polio	99	98	98	98	98	98	99
epatite B	98	98	99	98	98	98	99
DTP	98	98	98	98	98	98	99
Hib	98	97	98	98	98	97	99
MPR	89	89	93	92	92	92	92

Fig. 8



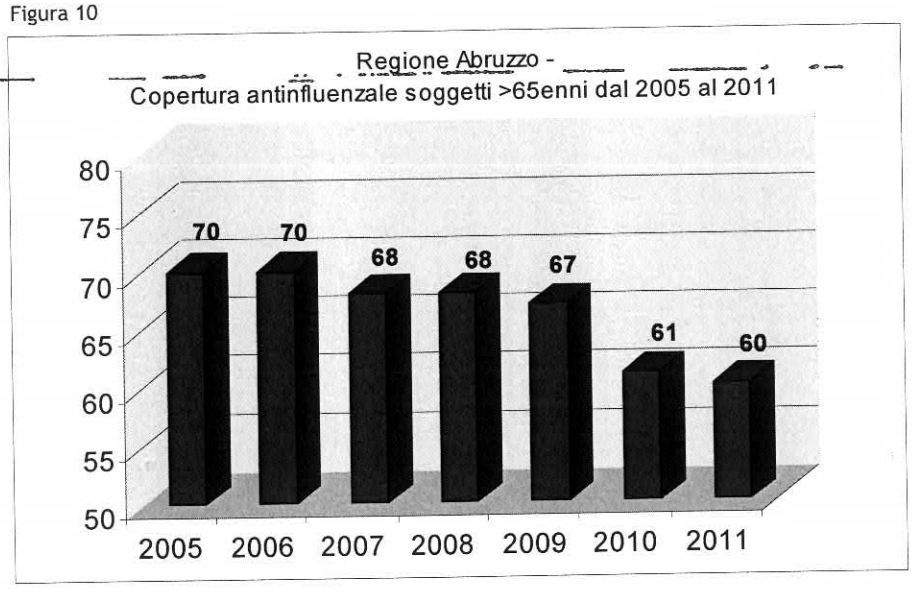
Nella fig. 9 vengono riportati i tassi di copertura a 24 mesi per le vaccinazioni antipneumococcica e antimenigococcica della Regione Abruzzo che risentono della mancata introduzione nel calendario vaccinale regionale, dovuta alle esigenze connesse al Piano di Rientro e alla impossibilità di erogare prestazioni extra LEA.

Figura 9



Nella fig. 10 vengono riportate le coperture raggiunte per la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti di età ≥ 65 anni nel periodo 2005-2011 nella Regione Abruzzo.

Figura 10



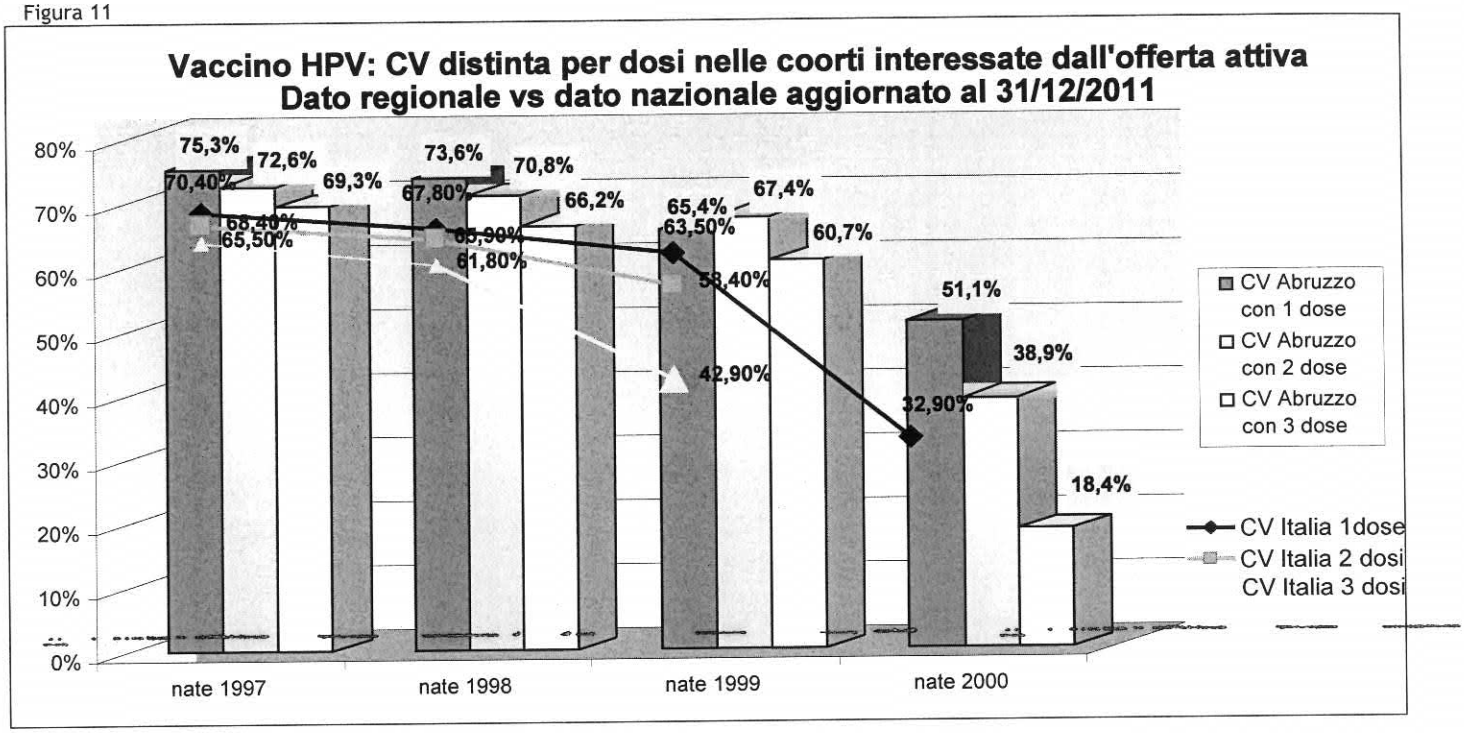
La copertura per la vaccinazione antinfluenzale ha subito nel corso degli anni una netta flessione. Una serie di fattori hanno sicuramente inciso su questa scarsa adesione alle campagne vaccinali:

- Il clima di sfiducia generatosi verso la vaccinazione antinfluenzale dopo la recente Pandemia influenzale;
- una scarsa informazione sui benefici della vaccinazione stessa;
- una non diffusa e omogenea partecipazione alla promozione della vaccinazione da parte dei MMG e PLS.

Nella fig. 11 vengono riportate i dati di copertura relativi alla vaccinazione Hpv, aggiornati al 31/12/2011. per le coorti di nascita 1997 (prima coorte invitata attivamente nel corso del 2008), 1998, 1999 e2000 per numero di dosi somministrate.
L'Intesa del 20/12/2007, aveva fissato come obiettivo del programma di immunizzazione per Hpv il raggiungimento di una copertura ≥95%, con tre dosi di vaccino, entro i cinque anni dall'inizio del programma di vaccinazione.
Sebbene i dati regionali non siano definitivi per tutte le coorti, pur risultando superiori alla media nazionale, le coperture vaccinali non mostrano l'incremento atteso. Continua ad essere presente una variabilità tra i dati aziendali che contrasta con la necessità di garantire in modo uniforme a tutta la popolazione regionale un uguale diritto di accesso agli interventi prevenzione vaccinale che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza.

La scarsa adesione alla vaccinazione potrebbe essere ricondotta ad una diffidenza soprattutto tra gli operatori sanitari e conseguentemente ad una scarsa sensibilizzazione alla vaccinazione. Al calo di copertura che si osserva ha comunque inciso anche la limitazione delle spese imposta dal Piano di Rientro, almeno fino all'introduzione della vaccinazione nei LEA.
La Regione Abruzzo ha aderito al Progetto VALORE (VAlutazione LOcale e REgionale delle campagne per la vaccinazione contro l'Hpv) coordinato dall'ISS al fine di produrre uno strumento operativo che possa supportare Regioni ed ASL nelle prossime campagne di vaccinazione contro l'Hpv con il fine ultimo di incrementare le coperture vaccinali per questa infezione.

Figura 11



Obiettivi

Gli obiettivi per la Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione sono indicati dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 che ha, in proposito, integrato tra i suoi obiettivi generali, fondamentali interventi che riguardano: il mantenimento delle coperture vaccinali per le malattie per le quali è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento, il miglioramento delle coperture vaccinali nei soggetti ad alto rischio, la definizione di strategie vaccinali per i nuovi vaccini, l'informatizzazione delle anagrafici vaccinali, il potenziamento della sorveglianza epidemiologica e del monitoraggio delle coperture vaccinali, l'implementazione della sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali di malattie prevenibili, la realizzazione di iniziative di informazione e comunicazione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 costituisce il documento di riferimento ove si riconosce, come priorità di Sanità Pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale. Il Piano si prospetta, inoltre, come guida alla pianificazione delle strategie di Sanità Pubblica per la promozione della salute.

Alla luce di quanto descritto, nel PNPV, **si definiscono**, gli **obiettivi vaccinali specifici regionali da raggiungere nella popolazione generale e nei gruppi a rischio**, obiettivi che verranno verificati annualmente nell'ambito del monitoraggio dei **Livelli Essenziali di Assistenza**.

Gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014, in linea con gli obiettivi del PNPV sono:

1. Mantenere e sviluppare le attività di sorveglianza epidemiologica delle malattie suscettibili di vaccinazione, al fine di determinare le dimensioni dei problemi prevenibili e per valutare l'impatto degli interventi in corso.
2. Integrare la sorveglianza epidemiologica con le segnalazioni provenienti dai laboratori diagnostici.
3. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale al fine del raggiungimento e del mantenimento dei livelli di copertura sotto indicati necessari a prevenire la diffusione delle specifiche malattie infettive:

- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per le vaccinazioni anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib, nei nuovi nati e delle vaccinazioni anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 90% per la vaccinazione dTpa negli adolescenti all'età di 14-15° anni (5° dose), (range 11-18 anni);
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per 1 dose di MPR ≥ 95% entro i 2 anni di età;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per 2 dosi di MPR ≥ 95% nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (11-18 anni);
- Riduzione della percentuale delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia a meno del 5%;
- Raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75% come obiettivo minimo perseguibile e del 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio;
- Raggiungimento e mantenimento nei nuovi nati di coperture vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione antipneumococcica
- Raggiungimento e mantenimento nei nuovi nati e negli adolescenti (11-18 anni) di coperture

vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione antimeningococcica;

- Offerta attiva della vaccinazione antivaricella agli adolescenti suscettibili (11 – 18 anni) e alle donne suscettibili in età fertile e ai soggetti a elevato rischio individuale e professionale;
- Raggiungimento di coperture vaccinali per 3 dosi di HPV ≥ 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001, ≥ 80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002, ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003;
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per 1 dose di vaccinazione antivaricella ≥ 95% entro i 2 anni di età, a partire dalla coorte 2014.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per 2 dosi di vaccinazione antivaricella ≥ 95% nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti, a partire dalla coorte 2014.

4. Garantire l'offerta attiva e gratuita nei gruppi e rischio delle vaccinazioni prioritarie (dettagliate nei capitoli dedicati) e sviluppare iniziative per promuovere le vaccinazioni agli operatori sanitari e ai gruppi difficili da raggiungere.
5. Ottenere la completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali (potenziando così il monitoraggio delle coperture vaccinali negli adolescenti, negli adulti e negli anziani e nelle categorie a rischio) e verificare lo stato vaccinale del bambino in tutte le occasioni di contatto con le strutture sanitarie regionali;
6. Raggiungere standard adeguati di sicurezza e qualità nel processo vaccinale.
7. Garantire la disponibilità, presso i servizi vaccinali delle ASL degli altri vaccini (da somministrare in co-payment) per le indicazioni d'uso e al costo definiti dal tariffario regionale vigente.
8. Progettare e realizzare azioni per potenziare l'informazione e la comunicazione al fine di promuovere l'aggiornamento dei professionisti sanitari e per diffondere la cultura della prevenzione vaccinale come scelta consapevole e responsabile dei cittadini.

Varicella

Come indicato nel PNPV si posticipa l'introduzione della vaccinazione universale per la varicella in tutte le Regioni al 2015 quando saranno stati raggiunti tutti gli altri obiettivi e saranno disponibili i risultati delle valutazioni e i dati di monitoraggio provenienti dai programmi vaccinali pilota (Basilicata, Calabria, PA Bolzano, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto).

GIUNTA REGIONALE DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE PESCARA

Calendario regionale delle vaccinazioni attivamente offerte

Per Calendario delle vaccinazioni si intende la successione cronologica con cui vanno effettuate le vaccinazioni.

Esso costituisce un'utile guida per gli operatori sanitari dei servizi vaccinali, i pediatri e i medici di medicina generale, e anche per i genitori, ma rappresenta, soprattutto, lo strumento per rendere operative le strategie vaccinali

Con l'ampliarsi delle indicazioni alla prevenzione vaccinale, diventa importante predisporre il calendario delle vaccinazioni da offrire attivamente e gratuitamente alla popolazione generale (nelle varie fasce di età) in conseguenza degli obiettivi di prevenzione del presente Piano e fornire le indicazioni per le vaccinazioni previste per i gruppi di popolazione a rischio e gli operatori sanitari.

Tabella 3 - Calendario regionale delle vaccinazioni offerte attivamente a tutta la popolazione

Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	11-18 anni	>65 anni	ogni 10 anni
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa			DTPa[1]	dTpa		dT[2]
IPV		IPV	IPV		IPV			IPV			
HBV	HBV[3]	HBV	HBV		HBV						
Hib		Hib	Hib		Hib						
MPR						MPR		MPR	MPR[4]		
PCV		PCV	PCV		PCV						
Men C						Men C[5]			Men C[5]		
HPV									HPV [6] (3 dosi)		
Influenza										Influenza	
Varicella									Var [7] (2 dosi)		

Interpretazioni delle indicazioni di offerta del calendario

Popolazione generale: il calendario si riferisce ai programmi vaccinali rivolti a tutta la popolazione; in questo schema non è considerata l'offerta rivolta a gruppi o categorie a rischio, trattata nei paragrafi successivi.
3° mese si intende dal 61° giorno di vita
5-6 anni (di età) si intende dal 5° compleanno (5 anni e 1 giorno) ai 6 anni e 364 giorni (7° compleanno)
12° anno si intende da 11 anni e 1 giorno (11° compleanno) fino a 11 anni e 364 giorni (12° compleanno)
11-18 anni si intende da 11 anni e un giorno (11° compleanno) fino ai 17 anni e 364 giorni (18° compleanno)

Legenda:

DTPa: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare
dTpa: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare per adolescenti e adulti
dT: vaccino antidifto-tetanico per adolescenti e adulti
IPV: vaccino antipolio inattivato
HBV: vaccino antiepatite B
Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b
MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia

PCV: vaccino antipneumococcico coniugato
Men C: vaccino antimeningococco C coniugato
HPV: vaccino antipapilloma virus
Var: vaccino antivaricella

Note:

1. Dopo il compimento dei 7 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare di tipo adolescenziale-adulto (dTpa).
2. Gli adulti con anamnesi incerta per il ciclo primario di vaccinazione con dT devono iniziare o completare la vaccinazione primaria. Un ciclo primario per adulti è composto da 2 dosi di vaccino contenente tetano e difterite (dT) e una terza dose con vaccino dTpa. Le prime 2 dosi devono essere somministrate a distanza di almeno 4 settimane l'una dall'altra e la terza dose 6-12 mesi dopo la seconda. I successivi richiami devono essere effettuati ogni 10 anni (a partire dal completamento della serie primaria) e almeno una delle dosi booster di vaccino dT dovrebbe essere rimpiazzata da 1 dose di vaccino dTpa.
3. Per i bambini nati da madri positive per HBsAg: somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle immunoglobuline specifiche antiepatite B, la prima dose di vaccino anti-HBV; il ciclo andrà completato con una seconda dose a distanza di 4 settimane dalla prima, con una terza dose dopo il compimento della ottava settimana e con la quarta dose in un periodo compreso tra l'undicesimo ed il dodicesimo mese di vita, anche in concomitanza con le altre vaccinazioni.
4. In riferimento ai focolai epidemici in corso, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia d'età (catch up) anche una ricerca attiva ed immunizzazione dei soggetti conviventi/contatto, non vaccinati (mop up).
5. Dose singola. La somministrazione a 11-18 anni va considerata nei soggetti non vaccinati nell'infanzia
6. Per il sesso femminile, nel corso del 12° anno di vita, seguendo una scheda a 3 dosi. Vaccino bivalente (contro i genotipi 16 e 18 di HPV): 0, 1 e 6 mesi; vaccino quadrivalente (contro i genotipi 6, 11, 16 e 18 di HPV): 0, 2 e 6 mesi.
7. Nei soggetti anamnesticamente negativi e non precedentemente vaccinati è prevista la somministrazione di due dosi a distanza di un mese l'una dall'altra.

Le vaccinazioni indicate per i soggetti ad alto rischio

Vaccinazione contro Morbillo, Parotite e Rosolia

In accordo con il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, si raccomanda che la vaccinazione sia attiva e gratuita per tutti gli adulti non immuni anche per una sola delle tre malattie oggetto della vaccinazione. I soggetti adulti non immuni devono essere vaccinati in tutte le occasioni opportune.
Al fine di ridurre il rischio di casi di rosolia in gravidanza e di rosolia congenita, deve essere proposta la vaccinazione a tutte le donne in età fertile che non hanno una documentazione di vaccinazione o di sierologia positiva per rosolia (procrastinando la possibilità di intraprendere una gravidanza per 1 mese); nello specifico, devono essere approntati specifici programmi per vaccinare:

- le puerpere e le donne che effettuano una interruzione di gravidanza senza evidenza sierologica di immunità o documentata vaccinazione;
- tutte le donne suscettibili esposte ad elevato rischio professionale (scuole);
- tutti gli operatori sanitari suscettibili.

Vaccinazione contro la Varicella

Si raccomanda che la vaccinazione anti-varicella sia offerta ai seguenti gruppi di popolazione, elencati in ordine di priorità:

a. adolescenti suscettibili (11-18 anni)
b. persone suscettibili, che vivono con immunodepressi, quali persone con AIDS o altre manifestazioni cliniche dell'infezione da HIV, neoplasie che possano alterare i meccanismi immunitari con deficit dell'immunità cellulare, o con ipogammaglobulinemia, disgammaglobulinemia o in trattamento con farmaci immunosoppressori di lunga durata.
c. persone senza precedenti di varicella con patologie ad elevato rischio quali: leucemia linfatica acuta in remissione, insufficienza renale cronica, patologie per le quali è programmato un trapianto d'organo, infezione da HIV senza segni di immunodeficienza e con una proporzione di CD4 ≥ 200/ L).
d. donne in età fertile senza precedenti di varicella; la vaccinazione va praticata procrastinando la possibilità di intraprendere la gravidanza per 3 mesi.
e. persone suscettibili che lavorano in ambiente sanitario. Prioritariamente la vaccinazione dovrebbe essere eseguita dal personale sanitario che è a contatto con neonati, bambini, donne gravide o con persone immunodepresse.
f. lavoratori suscettibili che operano nei seguenti ambienti (in ordine di priorità): asili nido, scuole materne, scuole primarie, scuole secondarie.

Vaccinazione antinfluenzale

È raccomandata per le categorie di soggetti indicate annualmente dalla Circolare emanata dal Ministero della Salute (vedi Tab.1).

Tabella 1. Elenco delle **categorie** per le quali la **vaccinazione stagionale** è raccomandata

	Categoria	Dettaglio
1	Soggetti di età pari o superiore a 65 anni	
2	Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti fino a 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza	a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO) malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30 e gravi patologie concomitanti) d) insufficienza renale cronica e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie f) tumori malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosopressione indotta da farmaci o da HIV malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici j) patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari) k) epatopatie croniche
3	Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale	
4	Donne cha all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza	
5	Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti	
6	Medici e personale sanitario di assistenza	
7	Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio	
8	Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori	a) Forze di polizia b) Vigili del fuoco Altre categorie socialmente utili potrebbero avvantaggiarsi della vaccinazione, per motivi vincolanti allo svolgimento della loro attività lavorativa: a tale riguardo, è facoltà delle Regioni/PP.AA. definire i principi e le modalità dell'offerta a tali categorie. d) Infine, è pratica internazionalmente diffusa l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antinfluenzale da parte dei datori di lavoro ai lavoratori particolarmente esposti per attività svolta e al fine di contenere ricadute negative sulla produttività.
9	Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani	a) allevatori b) addetti all'attività di allevamento c) addetti al trasporto di animali vivi d) macellatori e vaccinatori e) veterinari pubblici e libero-professionisti

Vaccinazione contro l'Epatite A

Il vaccino anti-epatite A deve essere offerto alla popolazione adulta secondo indicazioni cliniche, epidemiologiche, comportamentali o occupazionali.
Indicazioni cliniche: Soggetti con epatopatia cronica e soggetti riceventi concentrati di fattori della coagulazione.
Indicazioni comportamentali: omosessuali maschi e soggetti che fanno uso di droghe.
Indicazioni occupazionali: soggetti che lavorano a contatto con primati infettati dal virus dell'Epatite A (HAV) o con HAV in strutture laboratoristiche,
Indicazioni epidemiologiche: Bambini da 0 a 6 anni, figli di immigrati, che si recano in Paesi endemici o residenti in aree a rischio endemico.

Vaccinazione contro Epatite B

Oltre alla vaccinazione di tutti i nuovi nati prevista nel calendario vaccinale, per la quale non vi sono dosi di richiamo (booster), si raccomanda l'offerta gratuita ai seguenti soggetti mai vaccinati:

- conviventi e contatti, senza limiti di età, di persone HBsAg positive;
- pazienti politrasfusi, emofilici,
- emodializzati e uremici cronici per i quali si prevede l'entrata in dialisi;
- vittime di punture accidentali con aghi potenzialmente infetti;
- soggetti affetti da lesioni croniche eczematose o psoriasiche della cute delle mani;
- detenuti negli Istituti di prevenzione e pena;
- persone HIV+
- Epatopatia cronica in particolare HCV correlata
- persone che si rechino per motivi di lavoro in aree geografiche ad alta endemia di HBV;
- soggetti dediti alla prostituzione, tossicodipendenti, omosessuali maschi;
- personale sanitario di nuova assunzione nel Servizio sanitario nazionale e personale del Servizio sanitario nazionale già impegnato in attività a maggior rischio di contagio e segnatamente che lavori in reparti di emodialisi, rianimazione, oncologia, chirurgia generale e specialistica, ostetricia e ginecologia, malattie infettive, ematologia, laboratori di analisi, centri trasfusionali, sale operatorie, studi dentistici , medicina legale e sale autoptiche, pronto soccorso, assistenza sanitaria nelle carceri;
- soggetti che svolgono attività di lavoro, studio e volontariato nel settore della sanità;
- addetti al soccorso e al trasporto di infortunati e infermi;
- personale di assistenza in centri di recupero per tossicodipendenti;
- donatori di sangue appartenenti a gruppi sanguigni rari;
- al personale ed ospiti di istituti per portatori di handicap fisici e mentali
- personale addetto alla lavorazione degli emoderivati,
- personale religioso che svolge attività nell'ambito dell'assistenza sanitaria;.
- Personale della Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Corpo degli agenti di custodia, Comandi Provinciali dei Vigili del Fuoco, Comandi Municipali dei Vigili Urbani;
- Addetti alla raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti.

Vaccinazione antimeningococcica

Oltre alla vaccinazione prevista nell'età evolutiva (a 13-15 mesi e nell'adolescenza), per la quale allo stato attuale non è prevista una dose di richiamo (booster), si raccomanda l'identificazione e l'immunizzazione, con vaccino antimeningococco coniugato , dei soggetti a rischio di infezione invasiva meningococcica perché affetti dalle seguenti patologie o per la presenza di particolari condizioni di vita:

- talassemia e anemia falciforme
- asplenia funzionale o anatomica
- condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidea ad alte dosi)
- diabete mellito tipo 1
- insufficienza renale con creatinina clearance <30 ml/min
- infezione da HIV
- immunodeficienze congenite
- malattie epatiche croniche gravi
- perdita di liquido cerebrospinale
- difetti congeniti del complemento (C5 – C9)
- difetti dei toll like receptors di tipo 4
- difetti della properdina

Vaccinazione anti meningoencefalite da zecca (TBE)

La vaccinazione è raccomandata per lapopolazione residente in aree a rischio (valutando la situazione epidemiologica) e soggetti professionalmente esposti.

Vaccinazione anti pneumococcica

La vaccinazione antipneumococcica è consigliata ai soggetti di qualsiasi età a rischio di contrarre la malattia per la presenza di patologie o condizioni predisponenti:

- cardiopatie croniche
- malattie polmonari croniche
- cirrosi epatica, epatopatie croniche evolutive
- da alcoolismo
- diabete mellito, in particolare se in difficile compenso
- fistole liquorali
- anemia falciforme e talassemia,
- immunodeficienze congenite o acquisite,
- asplenia anatomica o funzionale,
- leucemie, linfomi, mieloma multiplo
- neoplasie diffuse
- trapianto d'organo o di midollo
- immunosoppressione iatrogena clinicamente significativa
- insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica
- HIV positivi
- portatori di impianto cocleare.

Il vaccino polisaccaridico 23 valente non coniugato è sconsigliato al di sotto dei 2 anni di età per la scarsa capacità immunizzante di questo vaccino in tale fascia d'età.
Il vaccino 13 valente coniugato non è attualmente indicato al di sopra dei 5 anni di età, ma è attesa l'estensione all'età adulta.

Vaccinazione anti Haemophilus influenzae tipo b

La vaccinazione anti Haemophilus influenzae tipo b viene offerta attivamente a tutti i nuovi nati. E' consigliata ai soggetti di qualsiasi età a rischio di contrarre forme invasise da HIB per la presenza di patologie o condizioni predisponenti:

- asplenia anatomica o funzionale
- soggetti trapiantati di midollo
- soggetti in attesa di trapianto di organo solido
- immunodeficienze congenite o acquisite (es. deficit di IgG2, deficit di complemento, immunosoppressione da chemioterapia, HIV positivi)

Le vaccinazioni per gli operatori sanitari

Gli operatori sanitari, a causa del loro contatto con i pazienti e con materiale potenzialmente infetto, sono a rischio di esposizione a malattie infettive prevenibili con vaccinazione.
L'obiettivo di un adeguato intervento di immunizzazione nel personale sanitario è fondamentale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni.
Programmi di vaccinazione ben impostati possono, infatti, ridurre in modo sostanziale il numero degli operatori suscettibili ed i conseguenti rischi sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni prevenibili con la vaccinazione ai pazienti o ad altri operatori.
La base legislativa delle vaccinazioni negli operatori sanitari è il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, che all'articolo 279 recita:

1. I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria.

2. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente.

Il medico competente dell'azienda dalla quale l'operatore sanitario è dipendente è, pertanto, responsabile dell'identificazione e dell'esecuzione delle vaccinazioni che devono essere effettuate al personale sanitario.
In altri casi (es. vaccinazione anti-influenzale) l'immunizzazione attiva riveste un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore, ma soprattutto di garanzia nei confronti dei pazienti, ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni e persino casi mortali.
Partendo da tali considerazioni, a tutti gli operatori sanitari e gli studenti dei corsi di laurea e di diploma dell'area sanitaria sono fortemente raccomandate le seguenti vaccinazioni.

Vaccinazione anti-epatite B

L'epatite B rappresenta l'infezione per la quale il rischio professionale per l'operatore sanitario è massimo, ed è quindi indispensabile che la vaccinazione sia effettuata a tutti, possibilmente prima di iniziare le attività a rischio.
Sono somministrate 3 dosi di vaccino ai tempi 0, 1 e 6-12 mesi.
Qualora si sia immediatamente esposti al rischio di infezione, è possibile effettuare la vaccinazione con una schedula rapida a 4 dosi (0, 1, 2, 12 mesi), che garantisce elevate probabilità di risposta protettiva già dopo le prime 3 dosi.
Si rammenta inoltre la necessità di verificare l'avvenuta sieroconversione (presenza di anticorpi anti-HBs) un mese dopo l'esecuzione dell'ultima dose (secondo quanto disposto dal D.M. 20/11/2000, art.4), per avere certezza dell'instaurazione della memoria immunologica.
Agli studenti dei corsi dell'area sanitaria e agli operatori sanitari nati dal 1980 in poi, che si presume siano stati sottoposti a vaccinazione anti-epatite B al dodicesimo anno di età, si raccomanda l'esecuzione del test per verificare il livello di anti-HBs prima di iniziare le attività a rischio.
Un risultato positivo testimonia la presenza della memoria immunologica e non necessita di ulteriori interventi. Al contrario, ai soggetti che risultano negativi al test si raccomanda l'effettuazione di una sola dose di vaccino ed un nuovo controllo anticorpale a distanza di un mese. La positività di anti-HBs indica la presenza di memoria immunologica, la sua persistente negatività indica la necessità di completare il ciclo vaccinale con ulteriori due dosi, seguite da un nuovo controllo sierologico a distanza di un mese.
Ai soggetti non rispondenti ad un ciclo vaccinale, è possibile somministrare fino a 3 ulteriori dosi (ai tempi 0, 1, 6 mesi) per tentare di conferire protezione all'operatore.
Recentemente è stato proposto un nuovo schema vaccinale per i non rispondenti, che prevede la somministrazione di 2 dosi simultaneamente nei due muscoli deltoidi, seguita da analoga somministrazione dopo 2 mesi, e controllo sierologico per verificare l'eventuale siero-conversione (anti-HBs ≥10 mUI/ml) a distanza di ulteriori due mesi.

Vaccinazione anti-influenzale

Questa vaccinazione oltre la salvaguardia della salute del singolo ha il duplice scopo di proteggere i pazienti con cui l'operatore può venire a contatto ed ai quali può trasmettere l'infezione, e di evitare l'interruzione di servizi essenziali di assistenza in caso di epidemia influenzale. Per tale ragione è necessario che ogni azienda sanitaria promuova attivamente tutte le iniziative ritenute idonee ad incrementare l'adesione alla vaccinazione da parte dei propri operatori e degli studenti dei corsi durante l'annuale campagna vaccinale che si svolge nella stagione autunnale.

Vaccinazione anti-morbillo, parotite, rosolia (MPR)

L'età di incidenza di queste infezioni è progressivamente aumentata negli ultimi anni, tanto che sono sempre più frequenti le descrizioni di epidemie nosocomiali da tali agenti infettivi. La vaccinazione con MPR degli operatori sanitari suscettibili è indispensabile sia per evitare danni all'operatore stesso (basti rammentare la pericolosità del morbillo nell'adulto e della rosolia per le donne in età fertile), sia per evitare la possibile trasmissione di agenti infettivi ai pazienti e di sostenere pertanto epidemie nosocomiali.
Si rammenta che la vaccinazione deve essere somministrata in due dosi distanziate di almeno 4 settimane, e che, per tutte queste malattie, il ricordo di aver avuto la malattia non può essere considerato affidabile. In particolare, per la rosolia è necessario avere documentazione sierologica di immunità.
La vaccinazione può essere effettuata anche in caso di suscettibilità ad una soltanto delle 3 malattie prevenute dal vaccino MPR.

Vaccinazione anti-varicella
La presenza di fasce di suscettibilità alla varicella tra gli adulti (età nella quale l'infezione può assumere caratteri di maggiore gravità) e la descrizione dell'insorgenza di diverse epidemie nosocomiali rende necessario proporre attivamente questa vaccinazione a tutti gli operatori sanitari suscettibili (in questo caso ci si può affidare al ricordo di aver già avuto la malattia in passato).
La vaccinazione va effettuata in due dosi distanziate di almeno 4 settimane.

Vaccinazione anti-tubercolare (BCG)
Il DPR 465/2001 ha drasticamente limitato le indicazioni di uso di questa vaccinazione ai soli operatori sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi di bacilli tubercolari multi-farmaco-resistenti, oppure che operino in ambienti ad alto rischio e non possano, in caso di cuticonversione, essere sottoposti a terapia preventiva, perché presentano controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici.

Vaccinazione anti-pertosse
Per la protezione del neonato è consigliabile per gli operatori dei reparti ostetrici e del nido un richiamo con dTaP, così come lo è per tutte le altre figure che accudiscono il neonato.

Sheda previsione coperture vaccinali

REGIONE ABRUZZO

OBIETTIVI	STORICO 2011			VALORE 2012				VALORE 2013				VALORE 2014			
	coorte di riferimento	N. residenti	%	coorte di riferimento	N. residenti (scenario previsto fonte ISTAT)	valore di copertura atteso %	N.indicativo soggetti da vaccinare	coorte di riferimento	N. residenti (scenario previsto fonte ISTAT)	valore di copertura atteso %	N.indicativo soggetti da vaccinare	coorte di riferimento	N. residenti (scenario previsto fonte ISTAT)	valore di copertura atteso %	N.indicativo soggetti da vaccinare
Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per le vaccinazioni anti **DTPa Poliomielite - Epatite B - Hib** entro i 2 anni di età	nati 2009	10502*	99%	nati 2010	11442	99	**10870**	nati 2011	11729	99	**11143**	nati 2012	11707	≥95	**11122**
Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per **1dose di MPR** ≥ 95% entro i 2anni di età		10502*	92%		11442	95	**10870**		11729	95	**11143**		11707	≥95	**11122**
Raggiungimento e mantenimento nei nuovi nati di coperture vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione **antipneumococcica**	2012	10502*	39%		11442	50	**5721**		11729	75	**8210**		11707	≥95	**11122**
Raggiungimento e mantenimento nei nuovi nati di coperture vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione **antimeningococcica**		10502*	28%		11442	50	**5721**		11729	75	**8210**		11707	≥95	**11122**
Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 95% per le vaccinazioni anti **DTPa e Poliomielite** a 5-6 anni	nati 2004	10716*	91%	nati 2005	11642	95	**11060**	nati 2006	11776	95	**11187**	nati 2007	11681	≥95	**11097**
Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per **2 dosi di MPR** ≥ 95% nei bambini di 5-6 anni		10716*	81%		11642	95	**10478**		11776	95	**10834**		11681	≥95	**11097**
Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per **2 dosi di MPR** ≥ 95% negli adolescenti (11-18 anni)	nati 1999	10740*	74%	nati 2000	11731	80	**9033**	nati 2001	11965	85	**10170**	nati 2002	11967	≥95	**11369**
Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ≥ 90% per la vaccinazione **dTpa** negli adolescenti all'età di 14-15 anni (5°dose) (range13-18 anni)	nati 1996	11150*	56%	nati 1997	12139	70	**7283**	nati 1998	11953	80	**8965**	nati 1999	12082	90	**10874**
Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali per **2 dosi di MPR** ≥ 95% negli adolescenti (13-18 anni)		11150*	69%		12139	75	**8497**		11953	80	**9562**		12082	≥95	**11478**
Raggiungimento e mantenimento negli adolescenti (13-18 anni) di coperture vaccinali ≥ 95% per la vaccinazione **antimeningococcica**		11150*	n.r.		12139	50	**4856**		11953	70	**5977**		12082	≥95	**11478**
Raggiungimento di coperture vaccinali per **3 dosi di HPV** ≥ 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001	nate 2000	5578	18%**	nate 2001	5619	70	**3933**	nate 2002	5809	80	**4647**	nate 2003	5551	≥95	**5273**
Raggiungimento di coperture per la vaccinazione **antinfluenzale** del 75% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni	nati dal 1946	285063	60%	nati dal 1947	289157	75	**187952**	nati dal 1948	293534	75	**205474**	nati dal 1949	298543	75	**223907**
Offerta attiva della vaccinazione **antivaricella** agli adolescenti suscettibili (11-18anni) e alle donne in età fertile	nati 1996	11150*	n.r.	nati 1997	12139	OFFERTA ATTIVA		nati 1998	11953	OFFERTA ATTIVA		nati 1999	12082	OFFERTA ATTIVA	
OBIETTIVO	coorti di riferimento	N. residenti	quota suscettibili pari al 25% ****	coorti di riferimento	N. residenti suscettibili	valore di non suscettibilità alla rosolia atteso %	N.indicativo soggetti reso non suscettibile	coorti di riferimento	N. residenti suscettibili	valore di non suscettibilità alla rosolia atteso %	N.indicativo soggetti reso non suscettibile	coorti di riferimento	N. residenti suscettibili	valore di non suscettibilità alla rosolia atteso %	N.indicativo soggetti reso non suscettibile
Riduzione della percentuale delle donne in età fertile suscettibili alla **rosolia** a meno del 5% nate 1993-1962	nate dal 1993 al 1962	286133	71533	nate dal 1994 al 1963	72253	25	**18063**	nate dal 1995 al 1964	71944	60	**43166**	nate dal 1996 al 1965	71454	≥95	**67881**

* Dal n° di residenti è stata esclusa la popolazione della ex ASL di L'Aquila in quanto non sono stati forniti i dati vaccinali corrispondenti, a causa di problematiche legate al sisma

** Le coperture riportate sono riferite al 31.12.2011 (chiamata ancora in corso) - i dati definitivi verranno valutati al 30.06.2012 (a chiamata e ciclo a 3 dosi completati per l'intera coorte)

*** Le coperture riportate si intendono riferite a chiamata e ciclo a 3 dosi completati

n.r. = non rilevabile **** Stima effettuata dal Gruppo di lavoro composto da referenti di Asl per le vaccinazioni sulla base dei dati PASSI regionali.

GIUNTA REGIONALE DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE PESCARA

Allegato C

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014

Aspetti e indicatori per la valutazione annuale a livello locale del Programma di vaccinazione

Aspetti da valutare	Indicatori
1. Aspetti organizzativi relativamente all'analisi iniziale della dimensione della popolazione target e alla logistica necessaria (per tutte le vaccinazioni)	- Censimento completo delle sedi vaccinali - Presenza dei requisiti strutturali ed impiantistici richiesti per le strutture ambulatoriali che erogano prestazioni vaccinali [inserire referenza dove sono i requisiti] - Presenza di anagrafe vaccinale informatizzata correlata all'anagrafe assistiti e in grado di interfacciarsi con le anagrafi delle Asl della stessa regione - Aggiornamento periodico del personale dedicato alle vaccinazioni
2. Valutazione di processo (indicatori specifici per ogni vaccinazione)	- Dimensioni della popolazione target - Capacità di individuare soggetti a rischio per vaccinazioni offerte selettivamente - Proporzione di persone nella popolazione target attivamente invitate alla vaccinazione - Accesso alla segnalazione di eventi avversi successivi alla vaccinazione e feed-back periodici - Proporzione di soggetti che rifiutano la vaccinazione - Capacità di stimare i soggetti suscettibili accumulatisi nella popolazione generale o i gruppi a rischio - Disponibilità di feedback periodici agli operatori sanitari sulle coperture e sull'incidenza delle malattie prevenibili - Qualità percepita dei servizi vaccinali da parte della popolazione.
3. Valutazione dei risultati rispetto agli obiettivi specifici (specifico per ogni vaccinazione)	- Coperture vaccinali (ciclo primario) entro i 24 mesi di età - Coperture vaccinali per 2 dosi di MPR a 5-6 anni e negli adolescenti (13-18 anni di età)Coperture vaccinali per successivi richiami di polio, DTPa o dTpa, a 6 anni e a 13-18 anni - Copertura vaccinale per 3 dosi di HPV nelle dodicenni (per anno di nascita a partire dalla coorte del 1997) - Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni e per i gruppi a cui è raccomandata - Incidenza delle malattie prevenibili da vaccino (dati di notifica o sistemi di sorveglianza dedicati) - N. di ricoveri per malattie prevenibili da vaccino - N. di decessi per malattie prevenibili da vaccino - N. di casi di malattia prevenibile da vaccino precedentemente vaccinati Indagini su eventuali casi di fallimento vaccinale

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE REGIONE ABRUZZO PESCARA

La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 1 e di 1
facciate ciascuna vidimata da apposito
timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo:
Direzione Politiche della Salute"
Pescara, li 30/5/2012
Dott.ssa Manuela Di Giacomo