

# **Piano Regionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2013-2015**

**Marzo 2013**

## Introduzione

Il Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc), approvato come Intesa Stato-Regioni il 23 marzo 2011, indica *gli obiettivi generali e specifici e le azioni da avviare o da implementare a livello regionale per raggiungere tali obiettivi.*

**Obiettivi generali** del PNEMoRc da raggiungere entro il 2015:

- Eliminare il morbillo endemico (incidenza <1 caso di morbillo/1.000.000 popolazione)
- Eliminare la rosolia endemica (incidenza <1 caso di rosolia/1.000.000 popolazione)
- Ridurre l'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 caso per 100.000 nati vivi.

**Obiettivi specifici** del PNEMoRc :

1. Raggiungere una copertura vaccinale  $\geq 95\%$  per la prima dose di morbillo e rosolia, entro i 24 mesi di vita, a livello nazionale, regionale e di ASL e  $\geq 90\%$  in tutti i distretti
2. Raggiungere una copertura vaccinale  $\geq 95\%$  per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno di età a livello nazionale, regionale e di ASL e  $\geq 90\%$  in tutti i distretti
3. Mettere in atto iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i 2 anni, incluso gli adolescenti, i giovani adulti ed i soggetti a rischio (operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi "difficili da raggiungere" quali i nomadi)
4. Ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, a meno del 5%.
5. Migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino
6. Migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo incluso la gestione dei focolai epidemici
7. Garantire la diffusione del nuovo Piano e migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche relative al morbillo e rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale

**Obiettivo specifico 1: raggiungere una copertura vaccinale  $\geq 95\%$  per la prima dose di MPR, entro i 24 mesi di vita, a livello regionale e di ASL e  $\geq 90\%$  in tutti i distretti.**

**Obiettivo Regionale specifico 1: raggiungere una copertura vaccinale  $\geq 93\%$  per la prima dose di MPR, entro i 24 mesi di vita, a livello regionale e  $\geq 90\%$  in tutte le ASL per l'anno 2013. Raggiungere una copertura vaccinale  $\geq 95\%$  per la prima dose di MPR, entro i 24 mesi di vita, a livello regionale e  $\geq 90\%$  in tutti i Distretti delle Ulss per l'anno 2015.**

La Regione Veneto, con DGR n. 4003/05, ha introdotto l'offerta attiva e gratuita del vaccino contro la Varicella per garantire la protezione dei bambini anche nei confronti di questa malattia: la prima dose è offerta al 14° mese di vita e la seconda dose all'età di 5-6 anni. Il vaccino contro la varicella può essere somministrato contemporaneamente con il vaccino anti-MPR ma in siti separati, o in associazione (MPRV-formulazione quadrivalente).

Le **azioni** per raggiungere l'obiettivo 1 sono le seguenti:

1. Adesione di tutte le Aziende Ulss all'anagrafe informatizzata regionale ONVAC per la gestione delle vaccinazioni. Il software consente l'analisi delle coperture vaccinali anche degli assistiti per ciascun pediatra di famiglia. I dati sulle coperture saranno inviate ai pediatri periodicamente (almeno 2 volte all'anno) insieme all'elenco dei propri assistiti non vaccinati per MPR.
2. Raggiungimento di coperture vaccinali per MPR superiori al 93% (per il 2013); questo valore dovrebbe essere inserito tra gli obiettivi di budget dell'azienda Ulss con i PLS.
3. Miglioramento delle modalità di chiamata attiva (lettera-invito, telefonata) dei bambini nei tempi previsti dal calendario vaccinale (a partire dal 13° mese di vita ed entro il 15° mese di vita, per la prima dose di vaccino), che preveda il sollecito per le famiglie che non rispondono al primo invito.
4. Anticipazione della somministrazione della prima dose di vaccino nei bambini che si recano in aree geografiche ad alto rischio. La prima dose può essere somministrata a partire dal nono mese di vita (dal 6° mese in caso di elevata esposizione).
5. Utilizzazione di tutte le occasioni opportune (accesso al centro vaccinale o dal pediatra o all'ospedale) per verificare lo stato vaccinale del bambino e offerta del vaccino se risulta non immune.
6. Organizzazione di incontri formativi annuali per tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo vaccinale (operatori ASL, PLS, MMG, Pediatri ospedalieri, Ginecologi, ecc)

Si raccomanda inoltre di:

- dare sempre la priorità alla vaccinazione MPR posticipando eventualmente le vaccinazioni antivaricella, antipneumococcica e antimeningococcica
- effettuare visite a domicilio rivolte soprattutto ai gruppi di popolazione difficili da raggiungere.

**Obiettivo specifico 2: Raggiungere una copertura vaccinale  $\geq 95\%$  per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno di età a livello nazionale, regionale e di ASL e  $\geq 90\%$  in tutti i distretti.**

**Obiettivo Regionale specifico 2: Raggiungere una copertura vaccinale  $\geq 85\%$  per la seconda dose di MPR a 5-6 anni ed entro il compimento del 15° anno di età in tutte le Ulss entro il 2013. Raggiungere una copertura vaccinale  $\geq 93\%$  per la seconda dose MPR a 5-6 anni ed entro il compimento del 15° anno di età a livello regionale e  $\geq 90\%$  in tutti i Distretti delle Ulss entro il 2015.**

Le **azioni** per raggiungere l'obiettivo 2 sono le seguenti:

1. Offrire attivamente la seconda dose di vaccino MPR (o MPRV) ai bambini a 5-6 anni di età
2. Offrire attivamente la seconda dose di vaccino MPR (o MPRV) a 12-15 anni di età agli adolescenti che non abbiano ricevuto la seconda dose a 5-6 anni
3. Utilizzare le occasioni opportune di qualunque tipo e, in particolare, altre vaccinazioni (es. richiamo anti difterite-tetano-pertosse, vaccinazioni per i viaggiatori), certificazioni (iscrizione a campi estivi, iscrizione a società sportive, altre certificazioni), ricoveri, visite mediche dal pediatra/medico di base, per vaccinare o promuovere la seconda dose di MPR (o MPRV). Nel caso in cui il soggetto si presenti per una vaccinazione che non è co-somministrabile con il vaccino MPR (o MPRV), (es. vaccino HPV, allo stato attuale), utilizzare comunque l'occasione per informarlo dell'opportunità di effettuare la seconda dose e fissare un appuntamento.
4. Anticipare la somministrazione della seconda dose nei bambini che si recano in aree geografiche ad alto rischio. La seconda dose può essere somministrata ad un mese di distanza dalla prima dose.
5. In presenza di focolai di morbillo, oltre ad offrire la vaccinazione ai contatti mai vaccinati in precedenza, offrire la seconda dose ai contatti vaccinati con una sola dose.
6. Ai bambini che si presentano ai servizi vaccinali per la prima dose dopo i 5-6 anni dare immediatamente un appuntamento per la seconda dose, dopo un mese dalla prima dose.
7. Il pediatra di famiglia o ospedaliero che verifica la mancata vaccinazione della prima o della seconda dose del bambino, lo invierà al servizio vaccinale di competenza.
8. Inviare periodicamente ai PLS e MMG gli elenchi dei loro assistiti che non hanno ricevuto la seconda dose di vaccino.

**Obiettivo specifico nazionale e regionale3: Mettere in atto iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i 2 anni inclusi gli adolescenti, i giovani adulti e i soggetti a rischio (operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi “difficili da raggiungere” quali i nomadi).**

Le azioni per raggiungere l’obiettivo 3 sono le seguenti:

1. Effettuare un’analisi dei dati disponibili a livello di Ulss per identificare le coorti maggiormente suscettibili.
2. Avviare la chiamata attiva dei diciottenni suscettibili (lettera-invito), partendo, nel 2013 con la coorte dei nati nel 1995. Questi soggetti sono legalmente idonei ad assumere una decisione autonoma che dovrà essere utilizzata anche per eventuali inadempienze legate alle vaccinazioni ex-obbligatorie.
3. Utilizzare le occasioni opportune di qualunque tipo e, in particolare, altre vaccinazioni (vaccinazioni per i viaggiatori, ecc.), certificazioni (iscrizione a società sportive, altre certificazioni), ricoveri, visite mediche dal pediatra/medico di base, per promuovere la vaccinazione MPR (o MPRV). Nel caso in cui il soggetto si presenti per una vaccinazione che non è co-somministrabile con il vaccino MPR o MPRV (es. vaccino HPV allo stato attuale), utilizzare comunque l’occasione per informarlo dell’opportunità di effettuare la vaccinazione.
4. Offrire la vaccinazione MPR (o MPR + V ) agli operatori sanitari e ai soggetti ad essi equiparabili (specializzandi, volontari, ) al momento dell’assunzione e/o durante la frequenza dell’ambiente sanitario. Verificare lo stato immunitario nei confronti di morbillo, rosolia e varicella (documentazione scritta di avvenuta vaccinazione o malattia) degli operatori e vaccinare i soggetti suscettibili, coinvolgendo i medici competenti.
5. Per il personale scolastico predisporre una nota informativa da indirizzare agli Istituti scolastici con l’invito a rivolgersi alla Azienda Ulss di appartenenza per valutare il proprio stato vaccinale.
6. Invitare a sottoporsi a vaccinazione con MPR (o MPR + V) gli studenti di scuole superiori e università non immuni, attraverso la distribuzione di materiale informativo o altre modalità ritenute opportune al momento dell’iscrizione al 1° anno .
7. Verificare lo stato immunitario (vaccinazione o pregressa malattia) dei viaggiatori che accedono agli ambulatori e valutare l’opportunità di effettuare la vaccinazione ai soggetti suscettibili.
8. Acquisire informazioni sulla presenza e numerosità dei gruppi di popolazione difficile da raggiungere (nomadi, Roma/Sinti) nel territorio della Azienda Ulss e considerare le modalità più opportune per offrire attivamente la vaccinazione a questi soggetti (per es. interventi vaccinali presso i campi nomadi, fasce orarie dedicate, ecc.).
9. Per quanto riguarda il personale alle armi (marina, esercito, aeronautica) vigono le disposizioni emanate dal Ministero della Difesa (Decreto del 31.03.2003 e Direttiva tecnica del 14.02.2008).

**Obiettivo specifico nazionale e regionale 4: Ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, a meno del 5%.**

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 4 sono le seguenti:

1. Aumentare la consapevolezza delle donne in relazione alla prevenzione delle malattie infettive potenzialmente gravi in gravidanza (predisporre materiale informativo a livello aziendale).
2. Informare e formare gli operatori sanitari (MMG, PLS, ginecologi, ostetrici, neonatologi, medici competenti) sui rischi della rosolia in gravidanza, sui benefici e rischi della vaccinazione MPR o MPRV, sulla sicurezza della vaccinazione nel postpartum, e sull'importanza di utilizzare tutte le occasioni opportune per informare le donne, in età fertile, verificarne la situazione immunitaria e indirizzare le donne suscettibili ai servizi vaccinali. Devono essere considerate suscettibili le donne senza documentazione scritta di avvenuta vaccinazione antirosolia (una dose) o di positività per anticorpi IgG rosolia-specifici. L'anamnesi di rosolia senza accertamenti di laboratorio, infatti, è poco specifica e non può essere considerata come prova di acquisita protezione. Non è necessario seguire lo screening anticorpale prima dell'esecuzione della vaccinazione.
3. Diffondere a tutti i laboratoristi, MMG, ginecologi e ostetrici il diagramma di flusso per la corretta esecuzione dei test per la conferma della diagnosi di rosolia in gravidanza (Allegato 3 del PNEMoRc 2010-2015) e il nominativo del referente del laboratorio di riferimento regionale per la rosolia in gravidanza.
4. Organizzare un flusso diretto dai laboratori analisi ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica per la comunicazione dei dati delle donne in età fertile risultate negative al rubeo test (IgG), eseguito per qualunque motivo, in modo da invitarle attivamente a sottoporsi a vaccinazione.
5. Verificare nei servizi vaccinali sistematicamente se è stata effettuata la vaccinazione contro la rosolia, al momento del richiamo dTp a 5-6 anni, della vaccinazione anti-HPV a 12 anni e per le donne adulte al momento della prima vaccinazione dei propri figli e in qualsiasi altra occasione opportuna.
6. Raccomandare che venga verificato lo stato vaccinale contro la rosolia al momento dell'esecuzione dello screening con il pap-test (possibilmente il primo).
7. Predisporre in ogni ASL protocolli per la vaccinazione delle donne suscettibili nel post partum, nel post-interruzione volontaria di gravidanza o aborto, da diffondere a tutti i punti nascita del territorio. Possibili strategie:
  - a) Vaccinazione somministrata in corso di ricovero prima della dimissione
  - b) Vaccinazione somministrata presso il servizio vaccinale con chiamata ad hoc
  - c) Vaccinazione somministrata presso il servizio vaccinale in occasione della somministrazione della prima dose di vaccini al neonato.Negli ultimi due casi è opportuno concordare con le sezioni di neonatologia per la trasmissione, ai servizi vaccinali, dell'elenco delle neomamme suscettibili.
8. Verificare con modalità opportune che venga valutato lo stato immunitario delle donne esposte professionalmente (operatrici sanitarie, personale scolastico) e vaccinare le donne suscettibili. Predisporre una strategia aziendale per raggiungere e offrire la vaccinazione alle donne straniere suscettibili coinvolgendo le Associazioni presenti sul territorio.

**Obiettivo specifico nazionale e regionale 5: Migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino.**

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 5 sono le seguenti:

1. Informare e formare i pediatri di famiglia, i MMG e i medici ospedalieri inclusi i medici di Pronto Soccorso e i medici infettivologi, della necessità di segnalare i casi sospetti di morbillo e rosolia organizzando incontri di formazione. I medici devono segnalare alla Ulss, entro 12 ore, per telefono, fax o posta elettronica, ogni caso sospetto di morbillo e rosolia.
2. Avviare tempestivamente l'indagine epidemiologica per ogni caso sospetto di morbillo, inclusa la conferma di laboratorio della diagnosi, e inviare immediatamente il modulo d'indagine al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità (a cura della Ulss). Compilare, da parte della Ulss, la Scheda di sorveglianza integrata morbillo-rosolia (All 3 nota Ministeriale 20.02.13).
3. Introdurre lo zero reporting mensile (via fax o mail) a partire dal mese di aprile per morbillo, rosolia e rosolia congenita, dalle Ulss alla Regione (Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica) che a sua volta trasmetterà il dato al Ministero della Salute e all'ISS. (nota n. 96383 del 4-marzo-2013)
4. Diffondere ai pediatri un protocollo operativo per il follow-up dei bambini nati da madri con rosolia accertata in gravidanza (Allegato 3 del PNEMoRc 2010-2015).
5. Informare e formare i MMG, i ginecologi e gli ostetrici della necessità di segnalare i casi sospetti di rosolia in gravidanza (allegati 2 e 4B del PNEMoRc 2010-2015) secondo le modalità e i tempi previsti dalla circolare d'introduzione della notifica obbligatoria della malattia.
6. Informare e formare gli ostetrici, i neonatologi, cardiologi, oftalmologi, audiologi, e neurologi della necessità di segnalare i casi sospetti di rosolia congenita (allegati 2 e 4 C del PNEMoRc 2010-2015) secondo le modalità e i tempi previsti dalla circolare d'introduzione della notifica obbligatoria delle infezioni congenite da virus della rosolia.
7. Ogni Azienda Ulss elabora un proprio flusso informativo in accordo con il laboratorio affinché tutte le positività al rubeo-test (IgM e/o IgG) effettuato in gravidanza vengano segnalate.
8. Segnalare tutti gli eventuali eventi avversi entro 30 giorni dalla somministrazione del vaccino MPR e V

Per quanto riguarda il sistema di sorveglianza integrato Morbillo\_rosolia vedi nota Prot. n. 96386 del 4 marzo 2013 e Nota Ministero della Salute DGPRES 4460 –P-20/02/2013.

**Obiettivo specifico nazionale e regionale 6. Migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo incluso la gestione dei focolai epidemici.**

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 6 sono le seguenti:

1. Offrire attivamente la vaccinazione ai contatti suscettibili di casi di morbillo entro 72 ore dall'esposizione. Nei casi in cui siano trascorsi più di 72 ore offrire comunque la vaccinazione per recuperare i suscettibili eventualmente non contagiati. Offrire attivamente la seconda dose ai contatti vaccinati con una sola dose, anche se di età inferiore a quella prevista dal calendario vaccinale per la seconda dose;
2. In presenza di focolai di morbillo in scuole materne/asili nido:
  - offrire attivamente la seconda dose ai bambini esposti e ai loro fratelli/sorelle vaccinati con una sola dose, anche se di età inferiore a quella prevista dal calendario vaccinale per la seconda dose;
  - offrire la prima dose ai bambini suscettibili esposti a partire dai 6 mesi di età.

**Obiettivo specifico nazionale e regionale 7: Garantire la diffusione del nuovo Piano e migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche relative al morbillo e rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale**

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 7 sono le seguenti:

1. Inserimento del Piano nel Portale di ogni singola azienda (sezione dedicata alle vaccinazioni)
2. Diffondere il Piano Regionale a tutte le figure professionali coinvolte nell'offerta vaccinale e nella sorveglianza delle malattie in oggetto inclusi i MMG, PLS, Ginecologi, Pediatri ospedalieri, gli infettivologi, Medici competenti, ecc.
3. Predisposizione di materiale informativo per gli operatori sanitari e scolastici e per le famiglie sul morbillo e sulla rosolia congenita e varicella.