

**2008-2013**

**5 anni di sospensione  
dell'obbligo Vaccinale  
Nella Regione Veneto**



## **Stato dell'Arte ed Evoluzione**

**Francesca Russo  
Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e  
Sanità Pubblica  
Regione Veneto**

**Verona, 6 Dicembre 2013**

# Stato dell'arte

## Piano di monitoraggio

- garanzia delle condizioni di tutela della salute pubblica
- considerazione dell'impatto sul sistema vaccinale regionale
- attenzione all'opinione pubblica (della popolazione)



# Rete Strutturale

LIVELLO	UNITA' DI RIFERIMENTO	INTERLOCUTORI
LOCALE	COMUNE DI RESIDENZA	- Sindaco o referente comunale
	UNITÀ TERRITORIALE/DISTRETTO AULSS	- Pediatra di famiglia -Medico di medicina generale -Medico referente del distretto - assistente sanitaria
	<b>ULSS – DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>	- Direttore SISP - Medico referente per le vaccinazioni - assistenti sanitari -referente dei Pediatri di libera scelta -Gruppo locale per le emergenze (GORR)
REGIONALE	DIREZIONE PREVENZIONE	Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica Centro di riferimento per le malattie batteriche invasive Comitato di valutazione per il monitoraggio della legge regionale Canale Verde – Sorveglianza reazioni avverse a vaccini Gruppo regionale per le emergenze
SOVRAREGIONALE	MINISTERO - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ AIFA	Ufficio V CNEPS Coordinamento interregionale prevenzione - Gruppo interregionale sanità pubblica e screening
	REGIONE EUROPEA E MONDIALE	ECDC –CDC-WHO



# Piano di monitoraggio: garanzia delle condizioni di tutela della salute pubblica

- Sorveglianza delle malattie infettive
- Monitoraggio delle coperture vaccinali

	POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO	OBIETTIVI DI COPERTURA DEL PIANO NAZIONALE VACCINI	OBIETTIVI DI COPERTURA DEL PROGRAMMA REGIONALE	LIMITE DI ATTENZIONE	LIMITE DI ALLARME
DIFTERITE	24 mesi	95%	95%	90%	85%
	6 anni	95%	95%	90%	80%
TETANO	24 mesi	95%	95%	90%	85%
	6 anni	95%	95%	90%	80%
POLIOMIELITE	24 mesi	95%	95%	90%	85%
EPATITE B	24 mesi	95%	95%	90%	85%
	Gruppi a rischio	Potenziamento attività di vaccinazione dei gruppi a rischio	* / Piano per la ricerca attiva dei gruppi a rischio e attuazione DGR 2460/2004	Non applicabile	Non applicabile

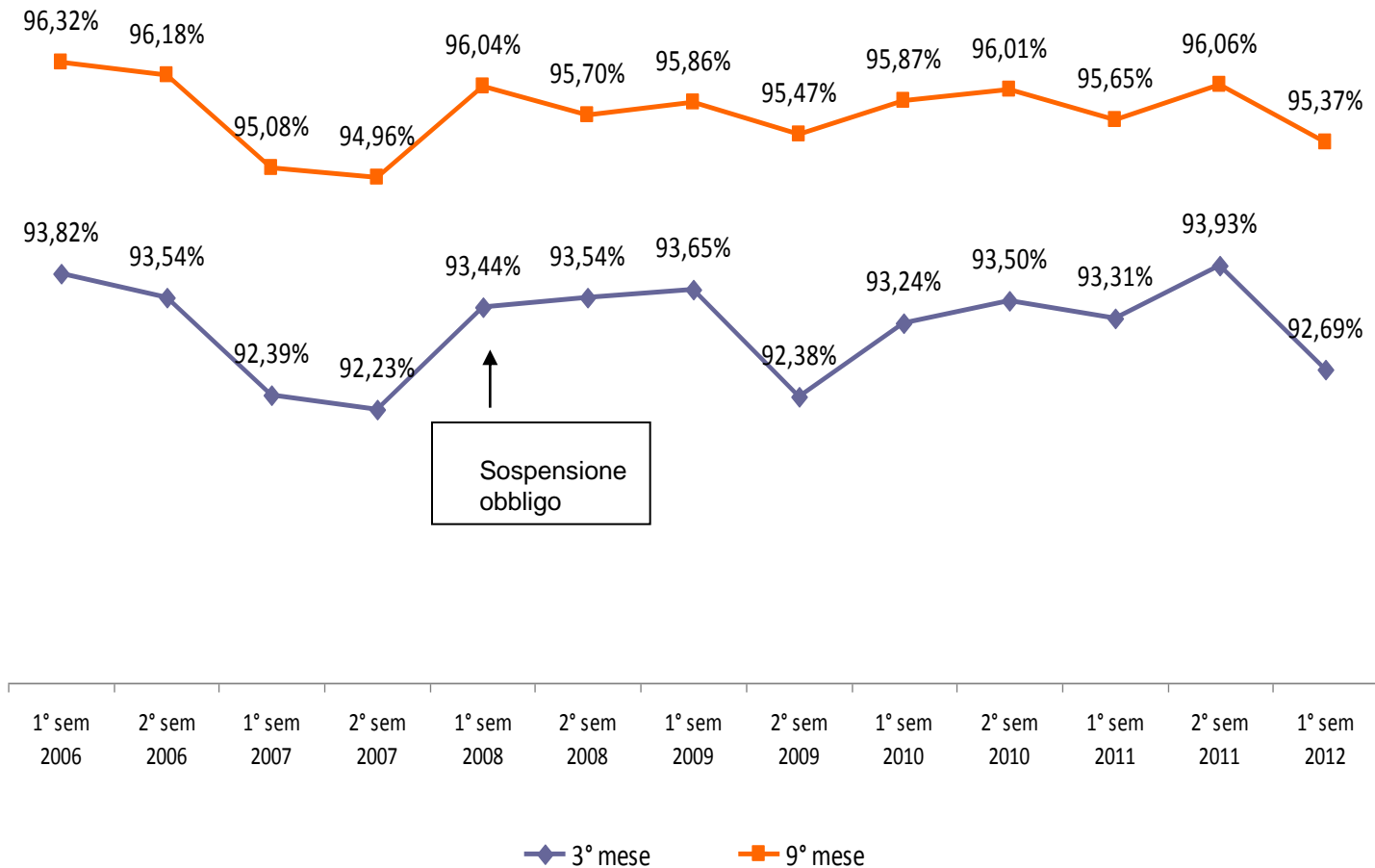


# Piano di monitoraggio

ORDINE DI GARANZIA	INDICATORE	OBIETTIVI DI COPERTURA DEL PIANO NAZIONALE E REGIONALE VACCINI	SOGLIA DI ATTENZIONE	SOGLIA DI ALLARME
1° ORDINE	Copertura a 24 mesi ➤ DIFTERITE ➤ TETANO ➤ POLIOMIELITE ➤ EPATITE B	<ol style="list-style-type: none"> <li>Offerta attiva a tutti i nuovi nati</li> <li>Recupero non rispondenti</li> <li>Verifica anagrafe vaccinale</li> <li>pianificazione della formazione per il personale dei servizi vaccinali e per i pediatri</li> <li>Interventi di informazione e promozione per la popolazione</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Azioni mirate per il recupero dei non rispondenti</li> <li>Analisi delle cause e attivazione di azioni correttive sul sistema</li> <li>Interventi di informazione e promozione per la popolazione</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Recupero non rispondenti</li> <li>Analisi delle cause e attivazione di azioni correttive sul sistema</li> <li>Predisposizione di piani di recupero delle coperture vaccinali</li> <li>Recupero e riorientamento di risorse</li> <li>Interventi di informazione e promozione</li> <li>Reintroduzione dell'obbligo vaccinale</li> </ol>
	➤ <b>Invito dei non vaccinati al compimento del 18° anno</b>	Verifica anagrafe vaccinale Recupero in occasioni opportune	<ol style="list-style-type: none"> <li>Interventi comunicativi di informazione e promozione</li> <li>Sedute vaccinali ad hoc</li> </ol>	

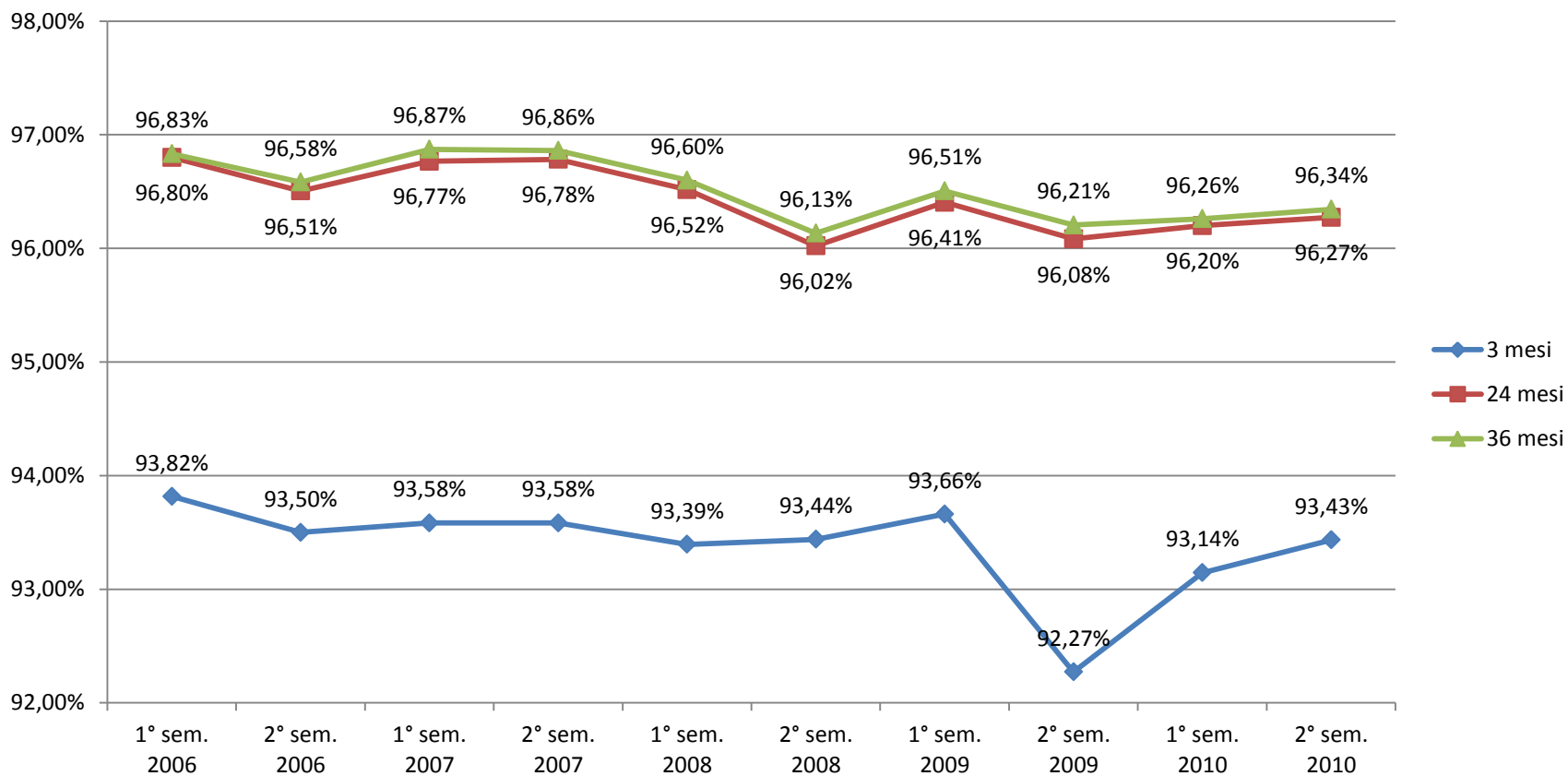


# Copertura vaccino anti- poliomielite



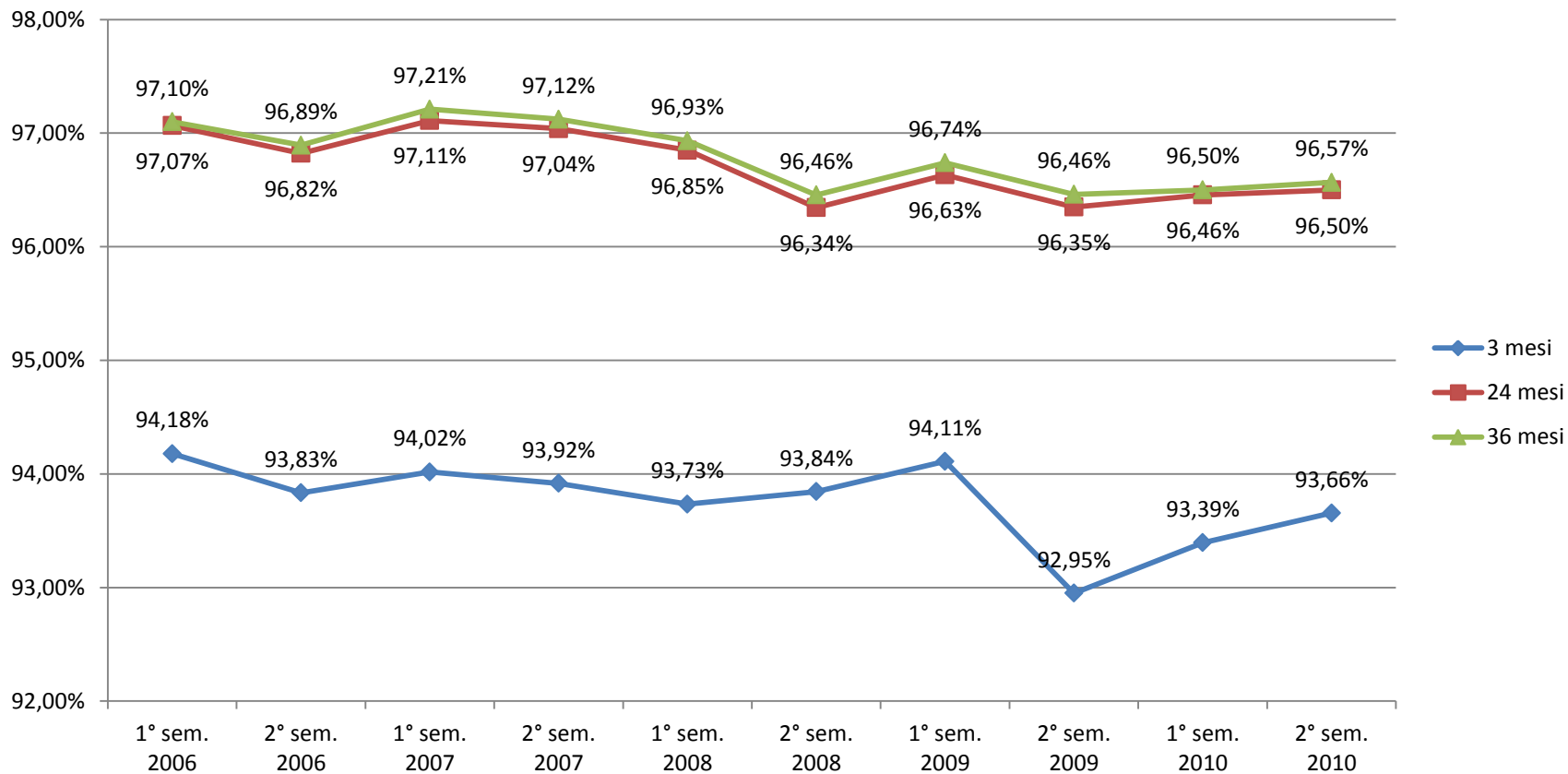
# Confronto tra le coperture vaccinali al primo invito e quelle «consolidate» a 24 e 36 mesi

## Poliomielite 1° dose a 3, 24 e 36 mesi



# Confronto tra le coperture vaccinali al primo invito e le coperture «consolidate» a 24 e 36 mesi Calcolata su residenti

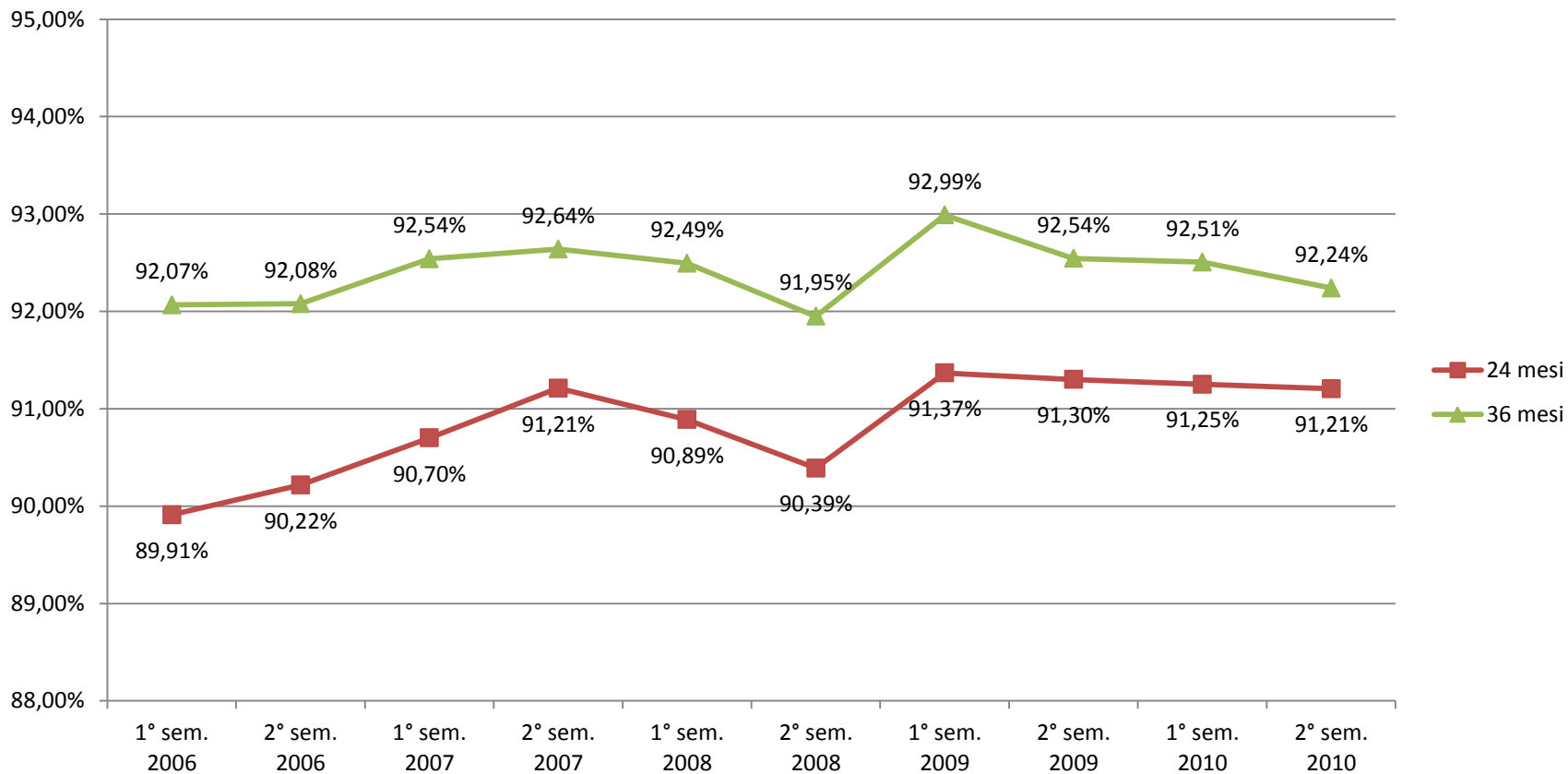
## Poliomielite 1° dose a 3, 24 e 36 mesi





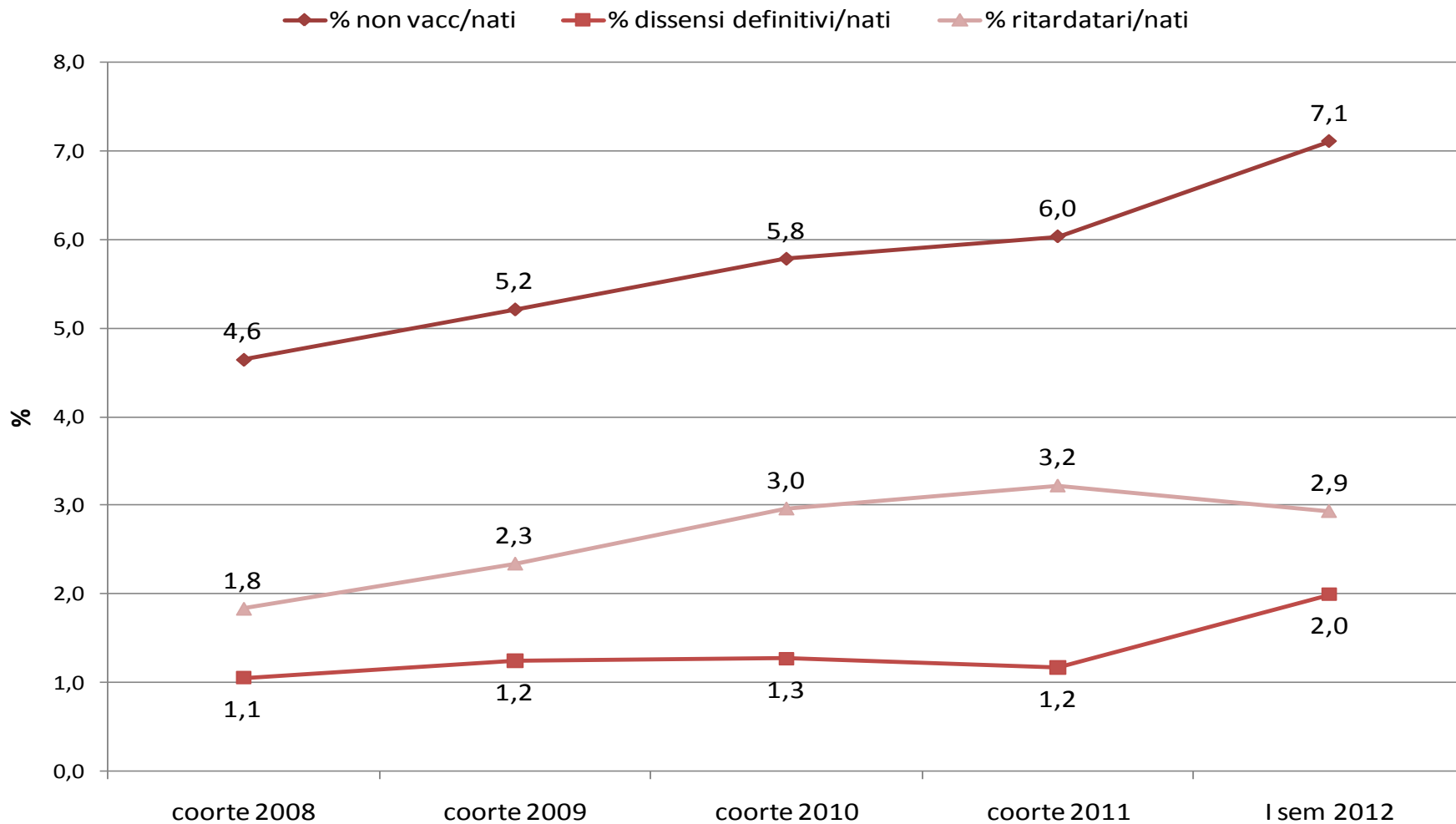
# Copertura vaccinazione anti-morbillo

## Morbillo 1° dose a 24 e 36 mesi



# MANCATE VACCINAZIONI PER PRIMA DOSE CONTRO LA POLIOMIELITE

## COORTI 2008-2011 E 1° SEMESTRE 2012



# **Alcuni strumenti** **Elementi di** **miglioramento e di forza del sistema** **vaccinale**

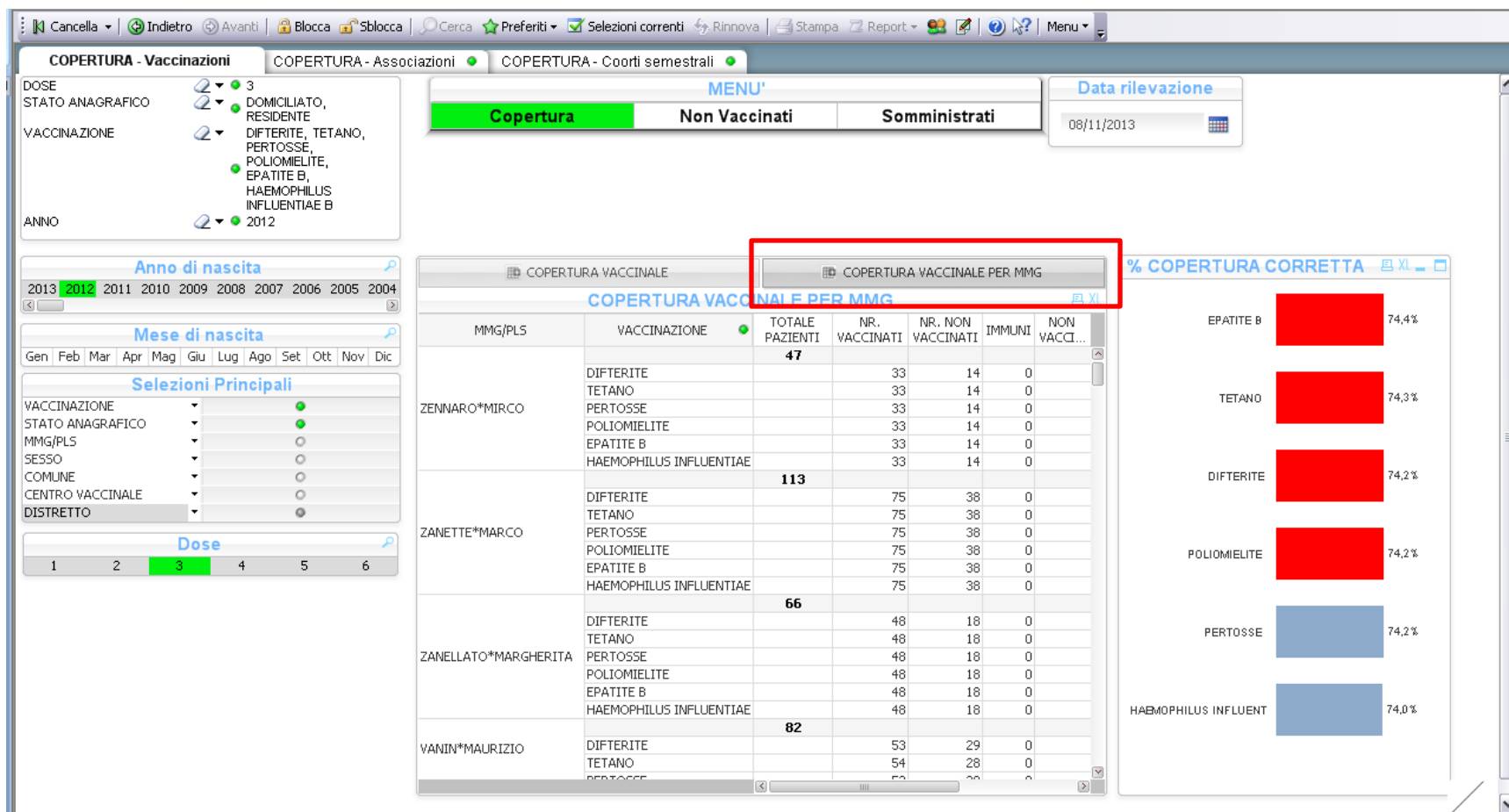


# Anagrafe vaccinale unica regionale

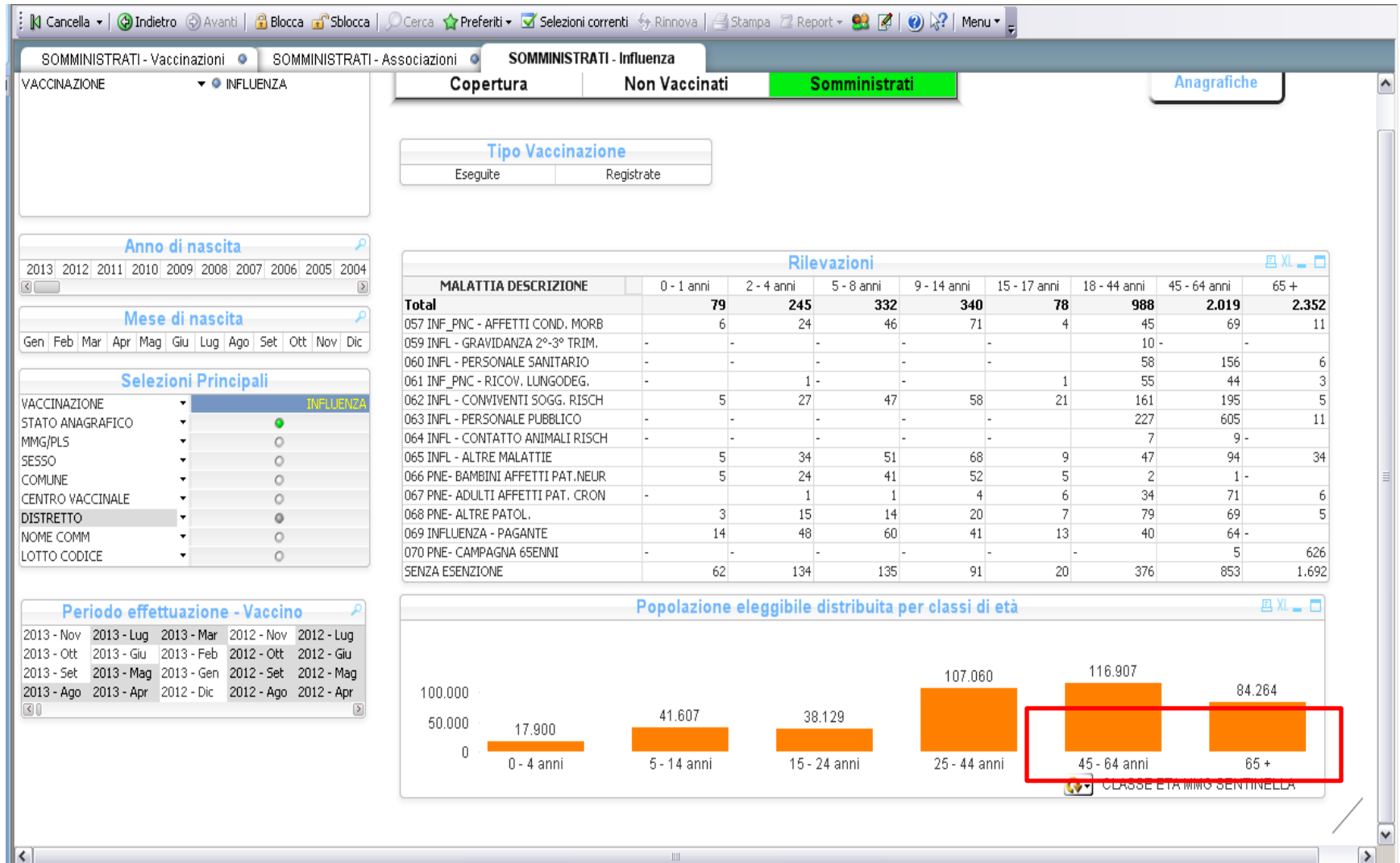
- Coperture vaccinali «oggettive» e «standardizzate»
- Raccolta in un sistema unico **regionale**
- Il sistema che fa il calcolo ha gli stessi criteri per tutta la regione, condivisi e disponibili in un manuale
- Disponibilità dei dati di copertura, a livello centrale, in tempo reale
- Disponibilità dei dati nelle singole Aziende ulss, in tempo reale
- Il software vaccinale consente non solo la registrazione del dato, ma anche di «gestire ed organizzare» **la seduta vaccinale**



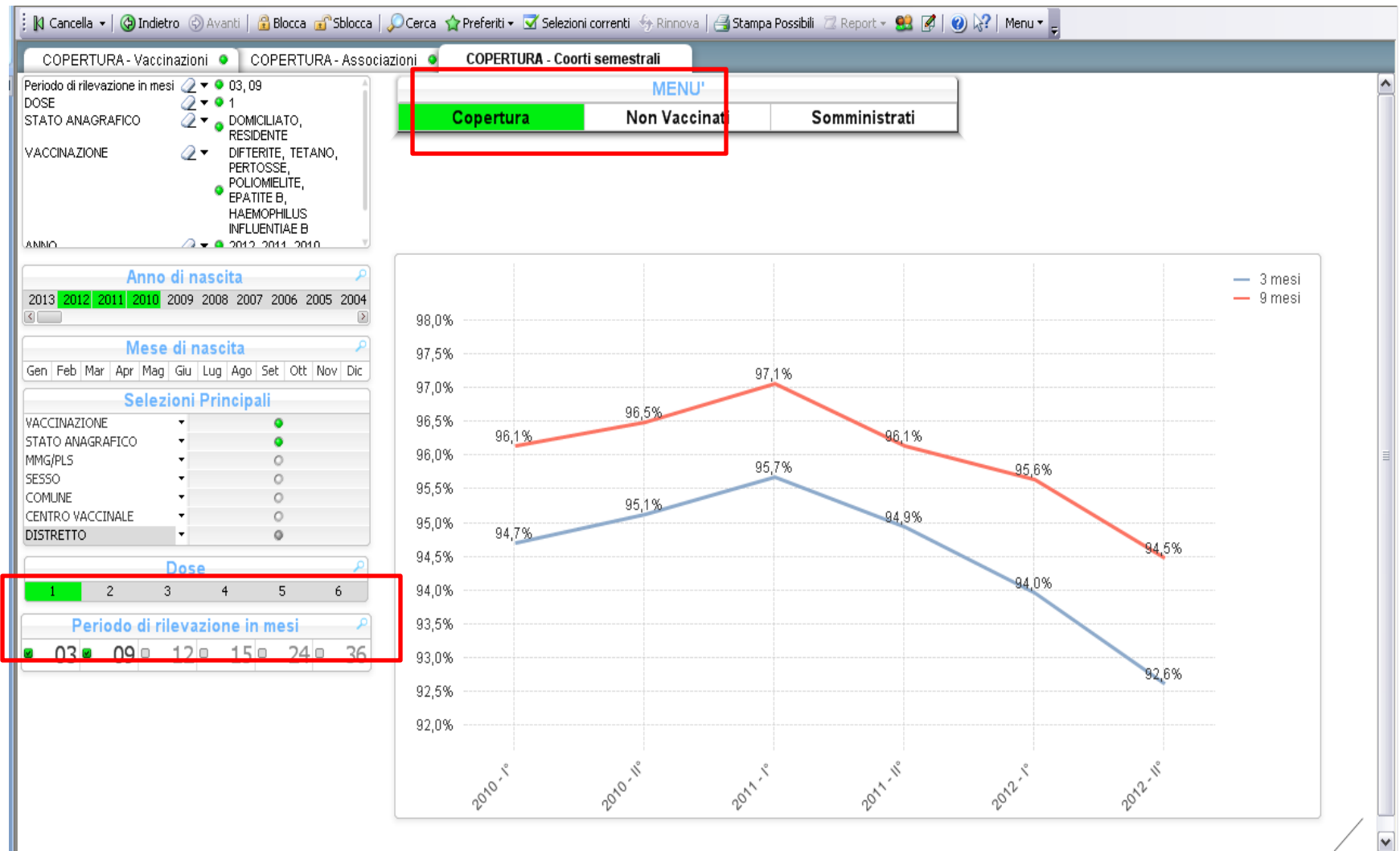
# Copertura vaccinale per Pediatria di libera scelta e per Medico di famiglia



# Vaccini somministrati



# Copertura vaccinale per periodo di rilevazione



# Evolutioni

## Implementazione dell'anagrafe vaccinale

- Anamnesi informatizzata
- Invio in tempo reale della scheda di sorveglianza delle reazioni avverse
- App
- Dematerializzazione





# Corsi di formazione



Dal 2006 sono stati svolti corsi di formazione itineranti su argomenti riguardanti le vaccinazioni, il counselling in ambito vaccinale, la rosolia congenita e la vaccinazione anti-HPV



Target: operatori dei servizi vaccinali, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ginecologi, ostetrici, laboratoristi



Nel 2008-09 sono stati progettati due corsi Master di formazione a distanza (FAD) erogati con modalità Blended, realizzati poi nel 2010



# Corsi Master di formazione (FAD/blended)

## Anno 2010

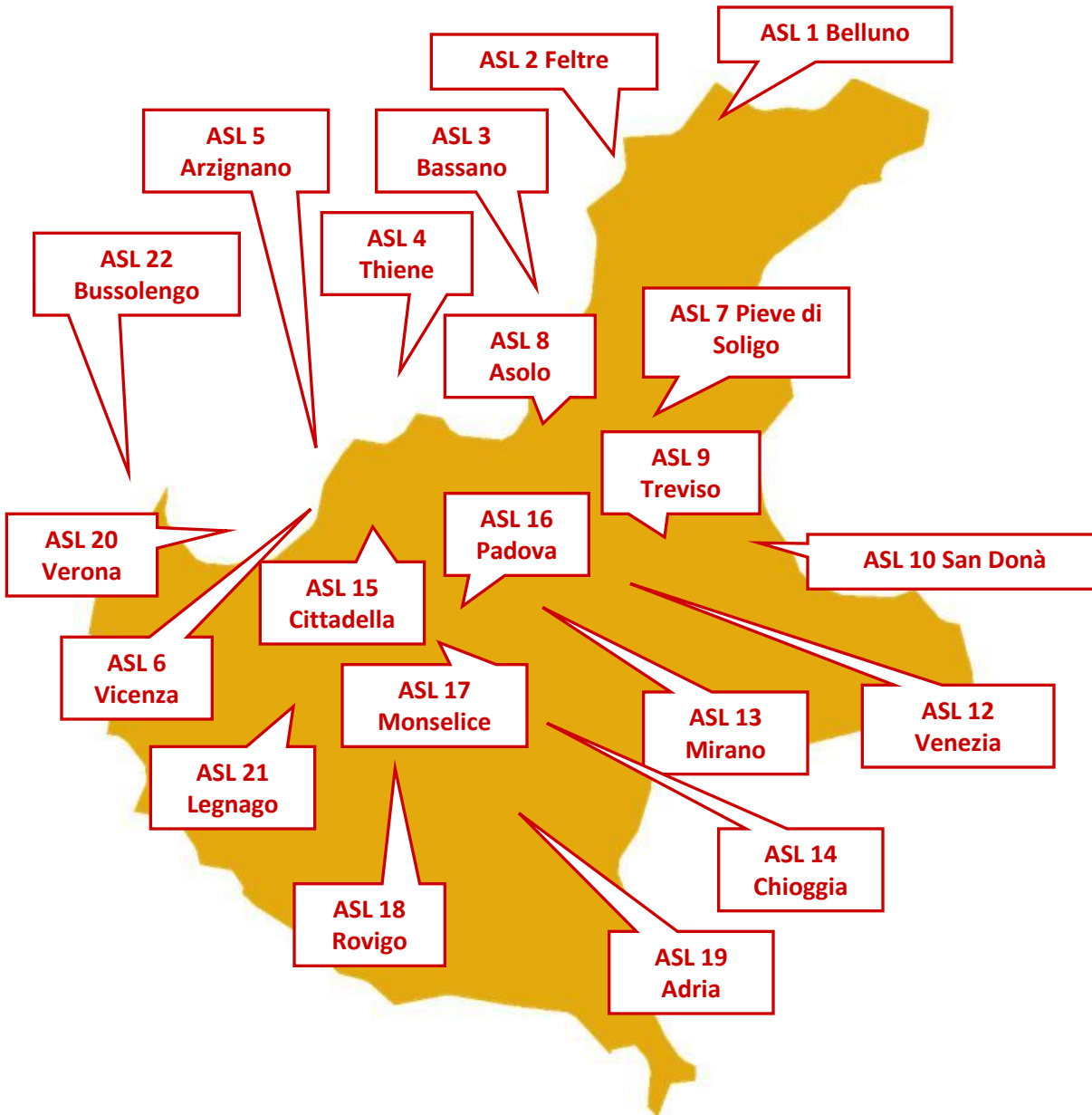
1. Buone pratiche vaccinali
2. Individuazione e segnalazione delle reazioni avverse ai vaccini con particolare riguardo alle vere e alle false controindicazioni

Target: operatori dei servizi vaccinali quali igienisti, assistenti sanitari, infermieri, pediatri

Formati 50 operatori per ciascun corso (2-3 referenti per Azienda Ulss)



# Corso BPV diffuso nelle ASL del Veneto – Anno 2011-12



**21** ASL coinvolte per un anno (4 periodi)

**618** Operatori vaccinali partecipanti

**29** Referenti aziendali coinvolti (in media 1-2 per ASL)

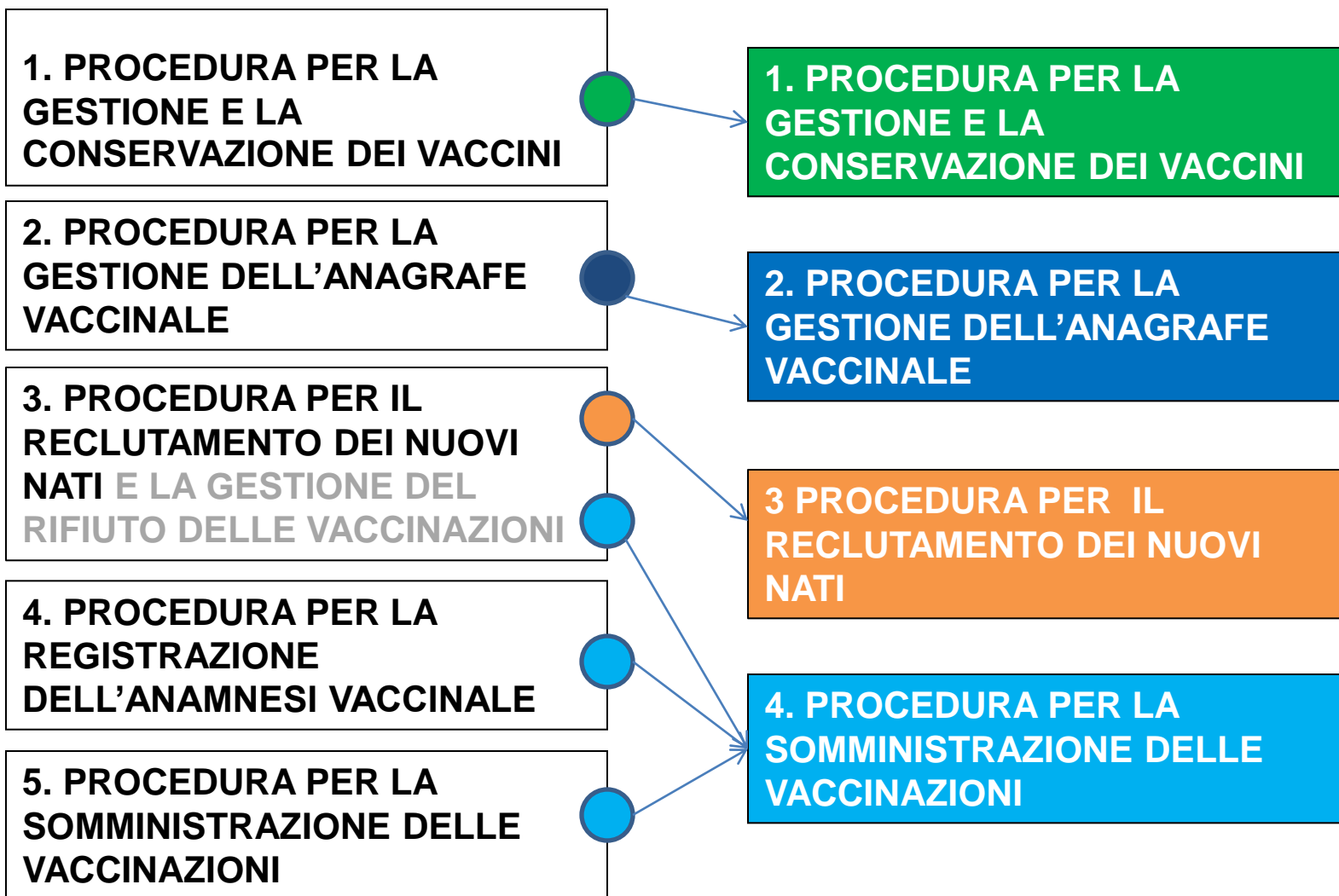
**52** Capigruppo (in media 2-3 per ASL)

---

**5 procedure da verificare e modificare**



# Le procedure – riorganizzazione dei contenuti



# Formazione 2013-2014

- 2° corso FAD/FSC: Individuazione e segnalazione delle reazioni avverse ai vaccini: aggiornamento sulle controindicazioni vere e false
- Piano di eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita: replicazione del corso Regionale a livello aziendale



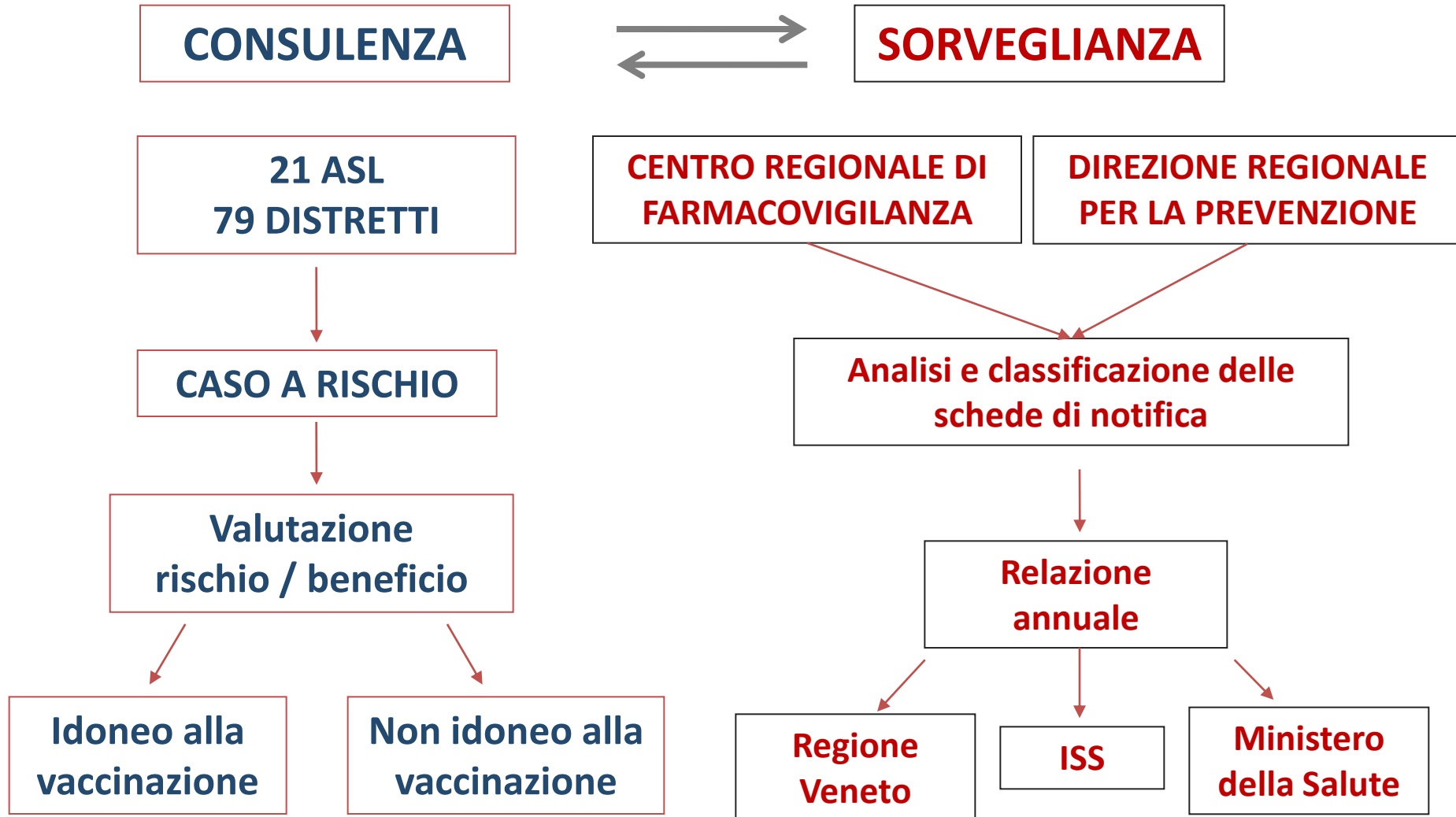
# Canale Verde: consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi

- Dal 1993 attivo in tutta la Regione Veneto
- attività:
  - Counseling (tel., e-mail) per cittadini e operatori dei servizi vaccinali
  - Follow-up delle reazioni avverse e valutazione dell'idoneità alla vaccinazione o effettuazione in ambiente protetto
  - Report annuale sulle reazioni avverse
  - Feedback per i genitori (in progress)

**Dal 1993 al 2012 sono state raccolte e valutate 6.601 segnalazioni di sospette reazioni avverse, su 27.557.628 dosi di vaccino somministrate. In questo amplissimo intervallo di tempo non si sono verificati casi di decessi attribuibili alla somministrazione di vaccini**



# CANALE VERDE



# Informazione e comunicazione

- Genitori più
- Materiale informativo
- Indagine sui determinanti del rifiuto vaccinale





# Materiale Informativo



**In Italiano, inglese, francese, spagnolo, arabo,  
cinese**



REGIONE DEL VENETO

# Criticità

- Ritardo vaccinale (età, percezione del rischio della malattia, paura delle reazioni e dei danni da vaccino)
- Necessità di definizione degli standard del numero di personale addetto alle vaccinazioni
- Movimenti contro le vaccinazioni
- Mass-media: necessità di informazione sui rischi di
  - ✓ eventi avversi a vaccini
  - ✓ complicanze dovute alle malattie infettive prevenibili



# Conclusioni

1. Nessuna sostanziale modifica dell'adesione all'offerta vaccinale è intervenuta dopo la sospensione dell'obbligo vaccinale e l'adesione stessa si colloca a livelli più che soddisfacenti
2. Si conferma in generale un ritardo nel raggiungimento delle coperture vaccinali; tuttavia nell'attuale situazione epidemiologica ciò non incide nel controllo delle malattie infettive
3. I ritardi sono in parte dovuti alla percezione dei genitori che i bambini siano vaccinati troppo presto e al timore della comparsa di eventi avversi.
4. Una quota è dovuta alla necessità di individuare e sollecitare i ritardatari da parte del personale



# Prospettive

1. Migliorare il sistema vaccinale organizzativo e formativo
2. Migliorare il rapporto con i genitori e con la popolazione in termini di trasparenza e competenza
3. Mantenere ed implementare quanto costruito
4. Predisporre un piano di adeguamento delle risorse necessarie per i servizi vaccinali
5. Attivare un sistema di informazione per genitori e per gli operatori sanitari sulle epidemie da malattie prevenibili con le vaccinazioni (es. poliomielite)
6. Rafforzare la sinergia con tutti gli attori coinvolti (sanitari e non), essere presenti nel web per fornire informazioni trasparenti e complete, intervenendo sui contenuti infondati e fuorvianti
7. Delineare progetti ad hoc con Associazioni di genitori



# Il ritorno della poliomielite nel mediterraneo

- Siria: 17 ottobre 2013 22 casi di paralisi flaccida acuta in Siria;
- I virus isolati (Wpv1) sono correlati a quelli rilevati in campioni ambientali in Egitto, nel dicembre 2012, a loro volta correlati a quelli circolanti in Pakistan.
- In Siria, la guerra, ha determinato un calo delle coperture vaccinali (dal 91% del 2010 al 68% del 2012). Il Poliovirus selvaggio non era più stato isolato in Siria dal 1999.
- Israele, Cisgiordania e nella Striscia di Gaza  
In Israele nel 2013, è stato isolato il poliovirus selvaggio tipo 1 (Wpv1) ) in 30 campioni di acque reflue.  
Ceppi di poliovirus selvaggi sono stati rinvenuti nelle acque reflue anche in Cisgiordania e nella Striscia di Gaza.
- Sacche di endemia persistono in Afghanistan Nigeria e Pakistan
- In Kenya e Somalia è presente una trasmissione attiva dell'infezione a causa di importazione del virus da altri Paesi ([aggiornamento Oms](#) del 23 luglio 2013).
- L'ultima epidemia nel Mediterraneo era stata in Albania nel 1996 con 138 persone colpite, 16 morti e 87 casi di paralisi permanente.

**GRAZIE**

**a tutti gli operatori sanitari che hanno  
creduto e sostenuto tutto questo**