



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 21 del 25.02.2013

Oggetto: Approvazione del Piano di azione Regionale per la prevenzione della rosolia, per l'attuazione degli obiettivi fissati Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRC) 2010-15.

PREMESSO

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007, n.159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta ..."*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il Dott. Mario Morlacco Sub Commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- che, in particolare, la stessa delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 assegna al Sub Commissario Dott. Mario Morlacco il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti finalizzati alla *"implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale"*;
- che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA), confermati dall'art.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*;
- che l'allegato 1, paragrafo 1.B, del suddetto DPCM prevede tra le fonti LEA anche gli Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni nei limiti previsti dal grado di cogenza degli accordi medesimi,

desumibile da quanto in essi contenuto, in particolare per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN), secondo quanto disposto dall'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

- che la Regione Campania ha approvato con Decreto del commissario ad acta n. 22 del 22/3/2011 il proprio Piano Sanitario Regionale 2011-2013, pubblicato sul BURC n. 32 del 27/05/2011, nel quale ha previsto la necessità di interventi attivi per assicurare il mantenimento degli elevati livelli di copertura vaccinale raggiunti nella Regione per le vaccinazioni ormai consolidate, il miglioramento della capacità di raggiungere attivamente le persone a rischio e l'attivazione di nuovi programmi vaccinali secondo le indicazioni regionali;
- che la Regione Campania, con la DGR n. 309 del 21.06.2011 "Attuazione dell'intesa Stato Regioni del 29 aprile 2012 "Piano Regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012", ha approvato, nell'ambito della linea di intervento generale 2.4 "Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione", la realizzazione della linea progettuale 2.4.1 "Aumentare la copertura vaccinale attraverso il miglioramento dell'anagrafe vaccinale, la maggiore accessibilità per i gruppi a rischio e la realizzazione di programmi informativi per la popolazione" che provvede, tra l'altro, ad innalzare il livello di standard da raggiungere fornendo misure e indicazioni atte a raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomielite, difterite, epatite B, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, malattie invasive da *haemophilus influenzae* di tipo B);
- che con Decreto Commissariale n. 127 del 10.10.2012 la Regione Campania ha recepito 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, del 22 febbraio 2012 sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014" (Repertorio atti n. 54/CRS), dando atto che le prestazioni derivanti dall'attuazione del suddetto Piano sono comprese nei LEA e pertanto sono finanziate con risorse rientranti nel finanziamento ordinario corrente per le Aziende Sanitarie. In tale Intesa 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 vengono verificati annualmente nell'ambito del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza,

TENUTO CONTO

- che in sede di Conferenza Stato-Regioni, con atto repertorio n. 1857 del 13 novembre 2003 è stato sancito accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita", (PNEMoRC);
- che l'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita in esso previsto non è stato ancora raggiunto in Italia e nella Regione Europea dell'OMS nella sua globalità ed è stato, altresì, ribadito come prioritario in occasione della 63° Assemblée Mondiale della Sanità, spostando al 2015 il raggiungimento di detto obiettivo e sollecitando l'impegno politico di risorse e azioni per il suo conseguimento;
- che con Delibera n. 346 del 17/07/2012 la Giunta Regionale della Campania ha recepito 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, del 23 marzo 2011 sul documento recante "Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRC) 2010-15" (Repertorio Atti n. 66/CRS), dando atto che per le attività di cui al suddetto Piano non sono previsti oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
- che l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, compresa la linea di intervento generale 2.4 "Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione", con la specifica linea progettuale 2.4.1 "Aumentare la copertura vaccinale attraverso il miglioramento dell'anagrafe vaccinale, la maggiore accessibilità per i gruppi a rischio e la realizzazione di programmi informativi per la popolazione" costituisce specifico obiettivo assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali;
- che è necessario assumere tutte le misure di profilassi necessarie a contrastare le malattie infettive prevenibili con vaccinazione, al fine di evitare la loro diffusione, le complicanze e i loro esiti

invalidanti, anche attraverso l'aggiornamento delle strategie e del calendario vaccinale della Regione Campania, approvato con DGRC n.1572 del 6 agosto 2004.

TENUTO CONTO ALTRESI'

- che con Delibera n. 858 del 8/5/2009 “Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006” la Giunta Regionale della Campania ha approvato il Progetto “Razionalizzazione delle Attività di Prevenzione e Cura dei danni da Infezione Perinatale”, tra le quali sono ricomprese anche quelle da Rosolia Congenita e Rosolia in Gravidanza;
- che con Decreto Dirigenziale del Settore prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria n. 95 del 14/05/2012 sono state liquidate le risorse previste a favore dall'AOU Federico II con vincolo di destinazione per le attività affidate al dipartimento di Pediatria per l'attivazione del Centro di Coordinamento Regionale per le Infezioni Perinatali (Azione n. 1) e per la realizzazione di un Piano di formazione continua (Azione n. 6).

CONSIDERATO

- che a seguito di alcune segnalazioni relative a casi di Rosolia Congenita, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, nel riscontrare alcune incongruenze circa le modalità di comunicazione di tale malattia, ricompresa nell'elenco di quelle notificabili, tenuto conto dell'elevato numero di casi sospetti non sempre seguiti da conferma diagnostica, ha avviato un'indagine finalizzata a definire l'attuale impatto di tale condizione in Regione Campania e dare attuazione ai possibili interventi per contenere l'eventuale diffusione della malattia. A tal fine con nota n. 0075013 del 31 gennaio 2013 è stata convocata presso l'Assessorato alla Sanità una riunione a cui hanno partecipato la Responsabile del Centro di Coordinamento Regionale per le Infezioni Perinatali, il Responsabile del dal Centro di Riferimento Regionale per le Malattie infettive e AIDS in Ostetricia e Ginecologia, ed i Direttori dei Servizi Epidemiologia e Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali della Campania;
- che a seguito di tale riunione il Coordinatore dell'AGC 20 – Assistenza Sanitaria – Osservatorio Epidemiologico Regionale, ha inviato una prima relazione al Presidente della Giunta Regionale della Campania ed al Sub Commissario per il piano di rientro sanitario della Campania, informandone contestualmente il Direttore Generale della Prevenzione del Ministero della Salute ed il Responsabile del CNESPS – Istituto Superiore di Sanità;
- che l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, attraverso il Coordinamento dei Servizi summenzionati, ha elaborato un piano di azione per la prevenzione della rosolia che recepisce e contestualizza gli obiettivi del PNEMoRC 2010-15, vale a dire:
 - Raggiungere una copertura vaccinale >95% per la prima dose di morbillo, rosolia e parotite (MPR), entro i 24 mesi di vita, a livello di ASL e >90% in tutti i distretti;
 - Raggiungere una copertura vaccinale >95% per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno di età a livello di ASL e >90% in tutti i distretti;
 - 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);
 - Ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, a meno del 5%;
 - Migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino.

RITENUTO

- di dover approvare il piano di lavoro predisposto dall'AGC 20 – Assistenza Sanitaria – Osservatorio Epidemiologico Regionale, attraverso il coordinamento del Centro di Coordinamento Regionale per le Infezioni Perinatali, del Centro di Riferimento Regionale per le Malattie infettive e AIDS in Ostetricia e Ginecologia, e dei Servizi Epidemiologia e Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali della Campania che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di dover costituire presso l'AGC 20 – Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria un tavolo di lavoro permanente sulla tematica in oggetto, di supporto all'Osservatorio Epidemiologico Regionale, e da questo coordinato, composto dai Servizi Epidemiologia e Prevenzione delle AA.SS.LL., dal Centro di Coordinamento Regionale per le Infezioni Perinatali e dal Centro di Riferimento Regionale per le Malattie infettive e AIDS in Ostetricia e Ginecologia, integrato di volta in volta con rappresentanze dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Medicina Generale, dei servizi vaccinali delle AA.SS.LL., dei neonatologi, dei ginecologi e dei clinici che trattano le malformazioni cardiache, oculari e uditive.

DECRETA

1. di approvare il piano di azione per la prevenzione della rosolia (allegato 1) predisposto dall'AGC 20 – Assistenza Sanitaria – Osservatorio Epidemiologico Regionale, attraverso il coordinamento del Centro di Coordinamento Regionale per le Infezioni Perinatali, del Centro di Riferimento Regionale per le Malattie infettive e AIDS in Ostetricia e Ginecologia, e dei Servizi Epidemiologia e Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali della Campania che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che recepisce e contestualizza gli obiettivi del PNEMoRC 2010-15, vale a dire:
 - Raggiungere una copertura vaccinale >95% per la prima dose di morbillo, rosolia e parotite (MPR), entro i 24 mesi di vita, a livello di ASL e >90% in tutti i distretti;
 - Raggiungere una copertura vaccinale >95% per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno di età a livello di ASL e >90% in tutti i distretti;
 - 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);
 - Ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, a meno del 5%;
 - Migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino.
2. di costituire presso l'AGC 20 – Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria di un tavolo di lavoro permanente sulla tematica in oggetto, di supporto all'Osservatorio Epidemiologico Regionale, e da questo coordinato, composto dai Servizi Epidemiologia e Prevenzione delle AA.SS.LL., dal Centro di Coordinamento Regionale per le Infezioni Perinatali e dal Centro di Riferimento Regionale per le Malattie infettive e AIDS in Ostetricia e Ginecologia, integrato di volta in volta con rappresentanze dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Medicina Generale, dei servizi vaccinali delle AA.SS.LL., dei neonatologi, dei ginecologi e dei clinici che trattano le malformazioni cardiache, oculari e uditive.
3. che la realizzazione di tale piano, in attuazione della Delibera n. 346 del 17/07/2012 la Giunta Regionale della Campania di recepimento dell'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, del 23 marzo 2011 sul documento recante "Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRC) 2010-15" (Repertorio Atti n. 66/CRS), costituisce specifico obiettivo assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali.
4. di dare atto che le prestazioni derivanti dall'attuazione del suddetto Piano sono comprese nei LEA e pertanto sono finanziate con risorse rientranti nel finanziamento ordinario corrente per le Aziende Sanitarie
5. di trasmettere, altresì, il presente atto al Settore 01 Assistenza Sanitaria dell'AGC 20 per gli adempimenti di competenza;
6. di pubblicare il presente atto sul BURC.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Mario Morlacco

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19
e dell'A.G.C. 20 (*ad interim*)
Dott. Albino D'Ascoli

Il Dirigente del Servizio OER (*ad interim*)
Dott. Renato Pizzuti

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Allegato 1**REGIONE CAMPANIA****ASSESSORATO ALLA SANITÀ - AGC 20****OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE****Piano di intervento per la prevenzione della rosolia**

A seguito della situazione epidemiologica venutasi a creare in Regione Campania relativa a un elevato numero di casi di Rosolia Congenita, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha costituito un tavolo di lavoro permanente composto dai Servizi Epidemiologia e Prevenzione delle AA.SS.LL., dal Centro di Coordinamento Regionale per le Infezioni Perinatali e dal Centro di Riferimento Regionale per le Malattie infettive e AIDS in Ostetricia e Ginecologia, integrato di volta in volta con rappresentanze dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Medicina Generale, dei servizi vaccinali delle AA.SS.LL., dei neonatologi, dei ginecologi e dei clinici che trattano le malformazioni cardiache, oculari e uditive. L'elaborazione del presente piano è scaturita dalla necessità di contestualizzare gli obiettivi del PNEMORC 2010-15 vale a dire:

1. Raggiungere una copertura vaccinale >95% per la prima dose di morbillo, rosolia e parotite (MPR), entro i 24 mesi di vita, a livello di ASL e >90% in tutti i distretti;
2. Raggiungere una copertura vaccinale >95% per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno di età a livello di ASL e >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;

Nell'ambito delle attività condotte dal tavolo tecnico è stato quindi definito un piano di lavoro che si sviluppa su 2 direttrici fondamentali e che prevede un tempo di realizzazione complessivo entro l'anno 2013:

1. sorveglianza epidemiologica

azione 1 (entro 28 febbraio 2013) – dettagliata ricostruzione della casistica regionale (2010-12) attraverso il confronto di più fonti informative. A tale scopo in data 4/2/2013 sono state acquisite le liste di casi osservati dal Centro regionale di Coordinamento per le infezioni perinatali e dal Centro di Riferimento Regionale per le Malattie infettive e AIDS in Ostetricia e Ginecologia; sono state richieste informazioni dettagliate agli interlocutori istituzionali qualificati su eventuali casi di RCS e RCI in neonati (registro cardiopatie congenite/centri cardiocirurgia pediatrica, registro malformazioni, centri di oftalmologia pediatrica, centro per gli screening audiologici neonatali,

centri impianti acustici, ARSAN), o in donne gravide (Centri per IVG, ARSAN). I SEP hanno avuto mandato di ricercare attivamente negli ospedali nei propri territori di competenza eventuali casi trattati. In ogni caso viene svolta specifica indagine epidemiologica finalizzata alla ricostruzione della catena di contagio e alla attuazione delle più opportune misure di profilassi.

azione 2 (entro 28 febbraio 2013) – descrizione situazione coperture vaccinali per MPR a 24 mesi e per ciascuna coorte di nascita a partire dal 1989 (1° e 2° dose). A tal fine l'OER raccoglie routinariamente le coperture a livello di ASL e di Distretto Sanitario. Pertanto, sulla base delle coperture 2011, sono state individuate le aree territoriali critiche, ove concentrare gli interventi vaccinali.

azione 3 (entro 28 febbraio 2013) – sensibilizzazione dei SEP per l'immediata segnalazione, effettuazione di indagine epidemiologica ed adozioni misure di profilassi per eventuali nuovi casi, monitorando l'offerta di follow-up diagnostico (24 mesi) da garantire a tutti i casi e aggiornando la classificazione del caso notificato, sulla base dei riscontri diagnostici clinico-strumentali e di laboratorio acquisiti nel corso del tempo.

azione 4 (entro 31 marzo 2013) – predisposizione di un sistema di sorveglianza che documenti la verifica dell'offerta attiva alle donne in età fertile, attraverso la documentazione dell'offerta e del target raggiunto, ed utilizzando i dati raccolti da PASSI. Preliminarmente verrà effettuata una indagine sui Punti Nascita pubblici e privati accreditati per verificare la eventuale esistenza di protocolli scritti per l'offerta della vaccinazione in ambito ospedaliero e/o l'invio ai centri vaccinali delle donne suscettibili.

azione 5 (entro 28 febbraio 2013) – sensibilizzazione delle direzioni sanitarie ospedaliere circa la corretta tenuta dei flussi informativi sulle notifiche malattie infettive.

2. azioni di prevenzione

azione 1 (entro 30 novembre 2013) – pianificazione ed effettuazione di un intervento formativo regionale ed aziendale per MMG, PLS e ginecologi, ostetriche, neonatologi, oculisti, cardiologi, medici competenti in collaborazione con il Centro regionale di Coordinamento per le infezioni perinatali, con particolare riguardo a quelle prevenibili con la vaccinazione, con materiali predisposti a livello regionale.

azione 2 (entro 30 novembre 2013) – pianificazione ed effettuazione di una campagna informativa regionale armonizzando i materiali già esistenti, realizzati dal Centro regionale di Coordinamento per le infezioni perinatali, con nuove iniziative dedicate.

azione 3 (entro 31 dicembre 2013) – pianificazione ed effettuazione di una campagna straordinaria di offerta attiva di vaccinazione MPR a 12 anni, alle adolescenti attraverso l'attività dei centri vaccinali.

azione 4 (entro 28 febbraio 2013) – pianificazione ed effettuazione di una campagna di offerta attiva e gratuita di vaccinazione MPR alle donne in età fertile in ogni occasione utile: post-IVG, post-parto attraverso i centri IVG e i punti nascita; alla effettuazione del Pap test presso i centri aziendali per gli screening; accordi con associazioni e con la chiesa in occasione dei corsi pre-matrimoniali; sensibilizzazione delle donne tramite i MMG ed i ginecologi per l'effettuazione della vaccinazione presso i centri vaccinali; iniziative promozionali nell'ambito di altri punti di riunione conosciuti.

Allo scopo di sensibilizzare le strutture del Servizio Sanitario Regionale e di attivare le azioni pianificate, sono previsti periodici incontri con ciascuna Direzione Generale delle 7 AA.SS.LL. della Campania per presentare i dati di incidenza e di copertura vaccinale relativi a ciascun territorio, illustrare i distretti con

maggiori criticità su cui concentrare prioritariamente gli interventi programmati, prospettare le possibili strategie di intervento, verificare l'esistenza dei requisiti organizzativi minimi attesi, così come previsti dal vigente Piano Regionale delle Vaccinazioni (DGRC 1572/2004), comprese le anagrafi vaccinali, sollecitare impegni circa la realizzazione delle azioni con la stesura tempestiva di un piano aziendale di azione con relativo cronoprogramma (entro 15 giorni dall'approvazione formale del presente piano).

Azioni per il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione della rosolia e riduzione della rosolia congenita a meno di 1 caso per 100.000 nati vivi.

Obiettivo 1 e 2

Azioni

1. Migliorare le modalità di chiamata attiva dei bambini nei tempi previsti dal calendario vaccinale inviando fino a 3 solleciti ai non rispondenti o contattando telefonicamente la famiglia;
2. Utilizzare tutte le occasioni opportune per vaccinare i ritardatari;
3. Tenuto conto della possibile co-somministrazione, dal 13° mese di vita, del vaccino MPR e di altri vaccini quali antipneumococco e anti meningococco, nel caso in cui i genitori o il tutore rifiutino di effettuare più di due vaccinazioni nella stessa seduta, si raccomanda di dare sempre la priorità alla vaccinazione MPR suggerendo di posticipare le vaccinazioni antipneumococcica e antimeningococcica;
4. Tenuto conto della possibile co-somministrazione, a 5-6 anni, del vaccino DTPa-IPV(difto-tetano-pertosse-polio), nel caso in cui i genitori o il tutore rifiutino di effettuare più di una vaccinazione nella stessa seduta, si raccomanda di dare sempre la priorità alla vaccinazione MPR suggerendo di posticipare la vaccinazione antipolio al mese successivo. Se 1° vaccinazione a 5-6 anni (o dopo) dare subito appuntamento per 2° dose dopo 1 mese;
5. Inviare semestralmente liste di soggetti non vaccinati ai PLS e MMG o partecipare alle riunioni di equipe;
6. Organizzare campagne speciali per ridurre drasticamente e rapidamente il numero di suscettibili in età sessualmente attive (anche campagne vaccinali nelle scuole);
7. Esporre sui siti web, regionale e locali, il materiale informativo relativo alla campagna vaccinale e fare brevi e frequenti richiami sui siti e sulla stampa locale;

Obiettivo 3

Azioni

1. Ai bambini che si presentano ai servizi vaccinali per la prima dose a 11-12 anni dare immediatamente un appuntamento per la seconda dose, dopo un mese dalla prima dose;
2. Offrire attivamente la seconda dose di vaccino MPR a 11-12 anni di età ai bambini che non abbiano ricevuto la seconda dose a 5-6 anni;
3. Offrire attivamente due dosi ai diciottenni suscettibili che non sono mai stati vaccinati e una dose a chi ne ha già effettuata una;
4. Aumentare la conoscenza sulla malattia e la vaccinazione mediante la diffusione di informazioni mirate agli studenti delle scuole superiori, ed agli operatori scolastici, attraverso gli uffici scolastici, ad ogni apertura di anno scolastico;
5. Redigere protocolli di vaccinazione per operatori a rischio con i Medici Competenti di ASL, AO e Scuole;
6. Offrire la vaccinazione MPR agli operatori sanitari e scolastici al momento dell'assunzione. Verificare lo stato immunitario nei confronti del morbillo (documentazione scritta di avvenuta vaccinazione o malattia) degli operatori già assunti e vaccinare i soggetti suscettibili.

Obiettivo 4

Azioni

1. Assumere accordi con i Direttori di Distretto affinché il nuovo PREMoRc sia discusso in UCAD e nelle riunioni di equipe; in particolare al fine di aumentare la consapevolezza delle donne in relazione alla prevenzione delle malattie infettive potenzialmente gravi in gravidanza e verificare lo stato vaccinale contro la rosolia, al momento dello screening del tumore del collo dell'utero (possibilmente il primo);
2. Verificare sistematicamente se è stata effettuata la vaccinazione contro la rosolia, al momento del richiamo dT_p a 11-15 anni, della vaccinazione anti-HPV, nelle donne al momento della prima vaccinazione dei figli, e in qualsiasi altra occasione opportuna (servizi vaccinali, consultori materno-infantile, rilascio di certificazioni da parte delle ASL);
3. Informare e formare gli operatori sanitari (in particolare i MMG, i pediatri di famiglia, i ginecologi, gli ostetrici, i neonatologi, i medici competenti, i medici scolastici) sui rischi della rosolia in gravidanza, sui benefici e rischi della vaccinazione MPR, sulle false controindicazioni alla vaccinazione, sulla sicurezza della vaccinazione nel postpartum, e sull'importanza di utilizzare tutte le occasioni opportune per informare le donne, prima e durante l'età fertile, verificarne la situazione immunitaria e offrire attivamente la vaccinazione alle donne suscettibili o indirizzarle 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 è poco specifica e non può essere considerata come prova di acquisita protezione. Lo screening dello stato anticorpale non è un requisito per l'esecuzione della vaccinazione;
4. Formalizzare protocollo regionale/aziendale con i punti nascita che richieda la vaccinazione in Ostetricia delle donne suscettibili nel post partum e post IVG o in occasione del primo controllo ostetrico post partum e l'invio ai Servizi vaccinali dell'elenco delle donne vaccinate e delle suscettibili non vaccinate;
5. Vaccinare le donne nel post-partum e post IVG presso il reparto di Ostetricia o recuperare le donne non vaccinate con chiamata *ad hoc* o in occasione della prima vaccinazione del bambino;
6. Organizzare, attraverso la formalizzazione di un protocollo regionale/aziendale, un flusso informativo dai laboratori di analisi ai Servizi di Epidemiologia affinché tutte le negatività al Rubeo test (IgG) effettuato per qualunque motivo in donne in età fertile vengano comunicate ai Servizi di vaccinazione in modo da chiamare attivamente le donne negative segnalate;
7. Vaccinare le donne straniere al loro primo contatto con il sistema sanitario;
8. Coinvolgere Ordine dei Medici e Società scientifiche affinché i Ginecologi siano informati e sensibilizzati.

Obiettivo 5

Azioni

1. Informare e formare i MMG, i pediatri di famiglia e i medici ospedalieri inclusi i medici di Pronto Soccorso e i medici infettivologi, della necessità di segnalare i casi sospetti di rosolia secondo le modalità e i tempi previsti dal sistema routinario di notifica in classe II (DM 15/12/1990);
2. Avviare tempestivamente l'indagine epidemiologica per ogni caso sospetto di rosolia, inclusa la conferma di laboratorio della diagnosi (a cura della ASL);
3. Diffondere ai pediatri un protocollo operativo per il follow-up dei bambini nati da madri con rosolia accertata in gravidanza (Allegato 3 del PNeMoRC);
4. 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) secondo le modalità e i tempi previsti dalla circolare d'introduzione della notifica obbligatoria della malattia, inviando loro la relativa circolare ministeriale e organizzando, se necessario, incontri di formazione;
5. Informare e formare gli ostetrici, i neonatologi, i cardiologi, gli oftalmologi, gli audiologi, e i neurologi della necessità di segnalare i casi sospetti di rosolia congenita (allegati 2 e 4 C del PNeMoRC) secondo le modalità e i tempi previsti dalla circolare d'introduzione della notifica

- obbligatoria delle infezioni congenite da virus della rosolia, inviando loro la relativa circolare ministeriale e organizzando se necessario incontri di formazione;
6. Informare i servizi vaccinali della necessità di segnalare gli eventi avversi secondo quanto previsto dalla DGRC 1572/2004;
 7. Effettuare un'analisi semestrale degli eventi avversi;
 8. Garantire il ritorno delle informazioni agli operatori sanitari mediante l'invio di bollettini periodici con i dati di copertura e incidenza delle malattie in sorveglianza;
 9. Organizzare un flusso informativo dai laboratori di analisi alle ASL affinché tutte le positività al rubeo-test (IgM e/o IgG) effettuato in gravidanza vengano segnalate (allegato 1), previo accordo con le associazioni di categoria;
 10. Informare e formare i laboratori di riferimento regionali affinché segnalino alle ASL i casi di positività alle IgM rosolia-specifiche in donne in gravidanza e il risultato dei test di conferma (se effettuati).

I soggetti coinvolti dovranno pertanto essere:

Livello regionale:

- L'Osservatorio Epidemiologico Regionale, quale struttura tecnico-scientifica dell'Assessorato alla Sanità, partecipa alla programmazione interregionale e svolge il ruolo di interfaccia nei confronti del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità; svolge le funzioni regionali di programmazione, monitoraggio e valutazione, di indirizzo e coordinamento nei confronti delle Aziende Sanitarie. Tali funzioni si realizzano attraverso l'utilizzo e la gestione dei flussi informativi specifici, dei sistemi di sorveglianza e l'effettuazione di indagini ad hoc.

Livello aziendale

- Il Dipartimento di Prevenzione - Servizio di Epidemiologia e Prevenzione di ciascuna ASL, operando in funzione di supporto tecnico-scientifico alla Direzione Strategica Aziendale in campo vaccinale,
 - o programma gli obiettivi generali e specifici aziendali e definisce le strategie locali, utilizzando le informazioni rese disponibili dai sistemi informativi locali e tenendo conto delle criticità territoriali specifiche;
 - o pianifica l'attività vaccinale aziendale sulla base degli elementi programmatori regionali, delle peculiarità locali e del modello organizzativo presente, monitora e valuta sistematicamente le attività vaccinali e il raggiungimento degli obiettivi;
 - o provvede alla definizione dei fabbisogni vaccinali, per quantità e tipologia dei vaccini,
 - o ha la responsabilità del coordinamento dell'attività vaccinale, della gestione dei flussi informativi in merito alle coperture vaccinali, al monitoraggio degli eventi avversi, all'epidemiologia delle malattie infettive.
- Il Direttore del Distretto Sanitario, o dell'Area di Coordinamento/Dipartimento Materno-Infantile, o del Dipartimento di Prevenzione, ognuno per le proprie competenze, sulla base delle specifiche organizzazioni aziendali, sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi specifici programmati da perseguire attraverso i Centri Vaccinali Distrettuali e il coinvolgimento di eventuali altre Unità Operative, nonché delle strategie mirate necessarie per la campagna straordinaria di vaccinazione, con le risorse assegnate dalla Direzione Strategica.
- Il Centro Vaccinale Distrettuale è responsabile della promozione, organizzazione, attuazione e sorveglianza di tutte le attività operative connesse alle vaccinazioni del programma regionale, inclusa la corretta ed efficiente tenuta dell'anagrafe vaccinale informatizzata relativa a tutta la popolazione afferente al Distretto e la sorveglianza degli eventi avversi "potenzialmente attribuibili" a vaccino.
- Il Servizio Farmaceutico aziendale garantisce attraverso il Responsabile della farmacovigilanza, in collaborazione con il SEP, ove previsto, e comunque secondo le disposizioni della DGRC 1572/2004, le attività di vigilanza delle reazioni avverse. Inoltre condivide con il SEP le procedure per la definizione dei fabbisogni vaccinali aziendali.

Allegato 1

Sorveglianza su soggetti Rubeo- test negativi (ambo i sessi) attuata attraverso i laboratori di analisi.

Ogni laboratorio di analisi clinico-chimiche, pubblico o privato esporrà un cartello all'accettazione, recante la scritta *“Questo laboratorio partecipa alla rete di sorveglianza volontaria per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. A tal fine, a meno di espresso/ firmato rifiuto del paziente, tutti i soggetti che risultano IgG negativi al Rubeo- test verranno segnalati al medico di famiglia e alla ASL di residenza. In tal modo, presentandosi autonomamente al centro vaccinale di competenza o dietro offerta attiva con invito, i soggetti negativi al Rubeo- test riceveranno informazioni su finalità e sicurezza della vaccinazione MPR e potranno contestualmente vaccinarsi”*.

Nel caso di soggetti IgM positivi, contestualmente al risultato Rubeo Test IgG+/ IgM+, comparirà sulla risposta il seguente messaggio *“la positività delle IgM non indica necessariamente malattia in atto. Tuttavia, per il potenziale rischio di una rosolia in gestazione, si raccomanda di mostrare al più presto questo risultato al medico curante e di discutere esaurientemente con lui il da farsi”*.