



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 62 del 20/05/2004

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 maggio 2004, n. 680

Piano regionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Accordo Stato-Regioni e Province Autonome.

L'Assessore alla Sanità, dr. Salvatore Mazzaracchio, sulla base dell'istruttoria espletata dall'istruttore direttivo dell'Uff.3, confermata dal Dirigente del Settore, riferisce quanto segue:

Il morbillo è una malattia infettiva altamente contagiosa che continua ad essere una importante causa di morbosità e mortalità sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Si stima, infatti, che ogni anno si verificano più di 30 milioni di casi e 875 mila decessi, pari al 50-60% dei 1,6 milioni di morti causati da malattie trasmissibili prevenibili con le vaccinazioni.

L'uomo rappresenta l'unico serbatoio naturale dell'agente eziologico e la trasmissione è strettamente interumana e sostenuta da soggetti suscettibili che vengono infettati e che a loro volta, trasmettono l'infezione.

Nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha messo a punto un piano strategico per assicurare la riduzione della mortalità da morbillo a livello mondiale e compiere progressi significativi per l'interruzione della sua trasmissione in aree come l'Europa in cui è prevista l'eliminazione della malattia. L'attuale obiettivo dell'OMS è interrompere nella regione europea la trasmissione indigena dell'infezione entro il 2007 e certificarne l'eliminazione entro il 2010.

La situazione europea è estremamente disomogenea: accanto a nazioni che hanno già eliminato il morbillo o sono prossime a farlo, ve ne sono altre in cui il morbillo continua ad essere un importante problema di sanità pubblica.

L'Italia, in particolare, è una delle nazioni a maggior rischio con scarsa copertura vaccinale ed ampie quote di popolazione suscettibile all'infezione: nel 2002 si è verificata nel nostro Paese una vasta epidemia con oltre 30.000 casi stimati, centinaia di ricoveri ed alcuni decessi.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, peraltro, sottolinea, tra gli obiettivi generali di promozione della salute, l'incidenza delle malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, evidenziando la necessità di un controllo più efficace, attraverso le vaccinazioni, per patologie, tra l'altro, come il morbillo, la parotite, la rosolia il cui livello permane ancora fra i più elevati dell'Europa occidentale.

Le attività di prevenzione rivolte alla persona e precisamente le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate rientrano, altresì, tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Sistema Sanitario Nazionale e come tali ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), di cui al D.P.C.M. 29.11.2001 (recepito con D.G.R. n. 310 dell'8 aprile 2002), 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, individua le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate.

Pertanto con la vaccinazione, già inclusa nei livelli essenziali di assistenza, è possibile prevenire in modo efficace e sicuro il morbillo, la rosolia e la parotite epidemica, tenuto conto che tale vaccinazione ha un profilo di costi- benefici estremamente favorevole.

Con l'Accordo del 13.11.2003 , la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il "Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita" (pubblicato sul Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 297 del 23.12.2003).

In tale Accordo sono state definite le Linee-guida attuative nazionali per il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione del morbillo entro il 2007, come raccomandato dalla Regione europea dell'OMS.

L'Assessorato alla Sanità, sulla scorta delle indicazioni tecnico-scientifiche fornite dalla Commissione Regionale Vaccini ha ,pertanto, predisposto un " Piano regionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita" secondo il testo allegato al presente provvedimento di cui forma parte integrante ed essenziale.

Tale Piano indica alle UU.SS.LL. le strategie di attuazione, fissa gli obiettivi , definisce gli aspetti organizzativi e gli interventi nonché le attività ad essi correlate per la eliminazione del morbillo e della rosolia congenita nella nostra regione.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R.28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e/o quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio regionale né risulta agli atti di ufficio che a carico dei soggetti beneficiari esistono debiti per i quali i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione.

Le spese derivanti dal presente atto sono contenute nei limiti del Fondo Sanitario Regionale ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata e che non producono oneri aggiuntivi rispetto alle predette assegnazioni in quanto ai costi relativi alla campagna vaccinale le aziende sanitarie devono far fronte con la quota del F.S.R. a ciascuna assegnata, rientrando tale attività tra quelle individuate dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Dirigente di Settore
Silvia Papini

Il presente provvedimento rientra nella competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, Comma 4. Lett. a) della L.R. n. 7/97.

L'assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Funzionario istruttore , dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente di Settore.

A voti unanimi, espressi nei modi di legge

D E L I B E R A

di approvare le indicazioni operative da fornire alle AA.UU.SS.LL., esposte in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate;

di approvare il documento ad oggetto: "Piano regionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Direttive alle AA.UU.SS.LL.", che si allega al presente provvedimento (ALL.A), di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

di disporre che, per l'attuazione di quanto previsto nel presente atto, i Direttori generali devono provvedere esclusivamente con le risorse umane ed economiche attualmente previste nelle Aziende Sanitarie con assoluto divieto di ulteriori acquisizioni e/o implementazioni delle stesse;

di dare mandato al Settore Sanità di trasmettere la direttiva allegata al presente provvedimento agli Enti ed Organismi interessati;

di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia BURP ai sensi dell'art.6 L.R.13/94.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
Dr.Romano Donno Dott.Raffaele Fitto
ALL. A

REGIONE PUGLIA

PIANO REGIONALE DI ELIMINAZIONE DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA CONGENITA : DIRETTIVE ALLE AA.UU.SS.LL.

INTRODUZIONE

Nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha messo a punto un piano strategico per assicurare la riduzione della mortalità da morbillo a livello mondiale e compiere progressi significativi per l'interruzione della sua trasmissione in aree come l'Europa in cui è prevista l'eliminazione della malattia.

L'Italia, in particolare, è una delle nazioni a maggior rischio con scarsa copertura vaccinale ed ampie quote di popolazione suscettibile all'infezione: nel 2002 si è verificata nel nostro Paese una vasta epidemia con oltre 30.000 casi stimati, centinaia di ricoveri ed alcuni decessi.

In Puglia, dal punto di vista epidemiologico fino al 1997 il morbillo si è manifestato interessando prevalentemente l'età infantile (4 anni) con epidemie cicliche ogni 2-4 anni .

Lo studio nazionale ICONA riferito alla coorte di nascita 1996, riporta un valore di copertura vaccinale media pari al 50,6% e successivamente nel 2003, sulla coorte di nascita del 2001 un valore medio del 76,6%.

Nel corso del 2002 , in occasione di una riaccensione epidemica del morbillo che coinvolse molte regioni italiane (Campania in particolare), anche in Puglia venne registrata una notevole recrudescenza della malattia con un elevato numero di casi registrati soprattutto nel 2003.

In tale contesto, è pertanto evidente che l'interruzione della trasmissione dell'infezione può essere raggiunta solo grazie ad attività coordinate ed uniformi su tutto il territorio regionale.

Con l'Accordo del 13.11.2003 , (pubblicato sul Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 297 del 23.12.2003) la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il "Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita"

L'Assessorato alla Sanità in recepimento di tale Accordo e sulla scorta delle indicazioni tecnico-scientifiche fornite dalla Commissione Regionale Vaccini, ha pertanto predisposto il presente " Piano regionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita" che indica gli obiettivi , gli interventi e le modalità di attuazione per un programma vaccinale straordinario di recupero nella nostra regione.

q IL MORBILLO:livelli di controllo e vaccinazione

Il morbillo è una malattia infettiva altamente contagiosa che si ripropone ciclicamente e con andamento epidemico nel nostro paese e nella nostra regione. Rientra nelle malattie infettive a notifica obbligatoria di classe II del D.M. 15.12.1990.

Il morbillo è caratterizzato da un'elevata contagiosità che ,nei paesi industrializzati, si stima abbia un tasso netto di riproduzione compreso tra 10 e 20. Perché si abbia un'epidemia è necessario che il tasso netto di riproduzione sia maggiore di 1(ossia ogni singolo caso determina più casi). Dato l'elevato tasso rilevato nel morbillo, la sua eliminazione può essere raggiunta solo se la copertura vaccinale è elevata e la proporzione di suscettibili nella popolazione è molto bassa.

A livello europeo è stato stimato che per eliminare il morbillo la proporzione di suscettibili non deve superare il 15% dei bambini di età inferiore ai 5 anni , il 10% nei bambini tra 5 e 9 anni ed il 5% nelle fasce di età successive.

Il vaccino antimorbillo è disponibile in Italia dal 1976 ed è raccomandato dal Ministero della Salute dal 1979. Dagli anni '90 sono disponibili vaccini combinati anti morbillo- rosolia-parotite: Per quanto riguarda il calendario di vaccinazione, fino al 1998 era raccomandata la somministrazione di una dose all'età di 15 mesi. Nel 1999, con l'emanazione del nuovo calendario per le vaccinazioni in età evolutiva, è stata indicata la possibilità di anticipare la somministrazione della prima dose a 12 mesi, insieme alla terza dei vaccini previsti per il terzo anno di vita. Contemporaneamente il Ministero della Salute ha raccomandato la vaccinazione dei bambini più grandi ancora suscettibili, e l'introduzione di una seconda dose all'età di 5-6 anni o a 11-12 anni, limitatamente alle Regioni in cui la copertura vaccinale entro i due anni ha raggiunto l'80%.

q LA ROSOLIA: livelli di controllo e vaccinazione

La rosolia è una malattia virale febbrile scoperta nel 1800 (prima di allora era considerata una variante del morbillo). La patogenesi riconosce la trasmissione del virus per via respiratoria e sua replicazione nel naso-faringe e nei linfonodi regionali; viremia nei 5-7 giorni seguenti l'esposizione con diffusione ai tessuti. L'incubazione varia fra i 12 e 23 giorni con l'insorgenza di linfadenopatia durante la seconda settimana ed esantema maculo-papulare della testa e del collo dopo 14-17 gg. dall'esposizione.

Nel 1941 si ebbe la prima descrizione della rosolia congenita (Gregg).

La malattia è trasmissibile dalla gestante al feto per via transplacentare durante la viremia e se ciò avviene può portare, oltre che a parto prematuro o a morte intrauterina ,a malformazioni fetali nel 35%

dei casi.

In Italia la Rosolia congenita (SRC) è stata soggetta a notifica obbligatoria tra il 1987 ed il 1991 e dal 1992 rientra, come ogni altra malattia infettiva non specificatamente identificata, nella classe V del D.M. 15.12.1990 "Sistema informativo delle Malattie Infettive e diffuse". Questa mancata identificazione specifica ha portato ad una pressochè completa mancanza di segnalazioni; non sono quindi disponibili dati annuali di incidenza. Un'indagine sieroepidemiologica condotta nel 1996 in varie nazioni europee ha evidenziato che nel nostro paese, dove la copertura vaccinale nell'infanzia è insufficiente, esistono alti livelli di suscettibilità alla rosolia sia nella popolazione generale, sia nelle donne in età fertile e le coperture vaccinali raggiunte nei nuovi nati pur riducendo la circolazione della rosolia non l'hanno interrotta e le donne in gravidanza non sono tuttora protette. Per prevenire la SRC è stato stimato che la proporzione di donne in età fertile suscettibili alla rosolia non deve superare il 5%.

Pertanto il rischio di rosolia congenita è ancora significativamente presente nel nostro paese.

In Italia il vaccino antirosolia è stato introdotto nel 1972. Inizialmente la vaccinazione è stata raccomandata solo per le ragazze in età prepubere. Negli anni '90, con l'introduzione dei vaccini combinati MPR, si è passato a vaccinare tutti i bambini di entrambi i sessi al di sotto dei due anni di vita. Attualmente la vaccinazione anti-rosolia rientra, insieme ai vaccini per parotite, morbillo e pertosse, fra i vaccini previsti dal calendario nazionale per tutti i nuovi nati all'età di 12-15 mesi. La copertura vaccinale per la rosolia non viene rilevata di routine, ma indagini condotte negli anni '90 hanno mostrato come il 90% delle vaccinazioni antimorbillo nel secondo anno di vita venga effettuata con prodotti combinati MPR. Nei nuovi nati, quindi, la copertura vaccinale per rosolia è sovrapponibile a quella rilevata per il morbillo.

q OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO NAZIONALE

(r) entro il 2007

raggiungere e mantenere l'eliminazione del morbillo a livello nazionale, interrompendone la trasmissione indigena;

Ridurre e mantenere l'incidenza della SRC (sindrome della rosolia congenita) a valori inferiori ad 1 caso ogni 100.000 nati vivi;

Ridurre al minimo, attraverso l'utilizzo del vaccino MPR (morbillo-parotite-rosolia) le complicanze gravi della parotite epidemica.

Pertanto, gli obiettivi intermedi previsti sono:

(r) entro il 2004

raggiungere una copertura vaccinale dell'85% per una dose di MPR entro i due anni in ogni Regione italiana;

accertare lo stato immunitario verso la rosolia nel 95% delle persone gravide;

dotare tutte le ASL di anagrafi vaccinali informatizzate e collegate con le anagrafi di popolazione.

(r) entro il 2005

raggiungere una copertura vaccinale del 90% per una dose di MPR entro i due anni di vita in ogni regione italiana;

ridurre a meno del 5% la proporzione di donne in gravidanza suscettibili alla rosolia;

raggiungere e mantenere nel tempo la proporzione del 95% di donne suscettibili alla rosolia in

gravidanza vaccinate nel post-partum e post interruzione di gravidanza.

(r) entro il 2006

raggiungere e mantenere in ogni Regione italiana una copertura vaccinale media del 95% per una dose di MPR entro i due anni di vita, con coperture medie non inferiore al 90% in ogni distretto;

raggiungere una copertura vaccinale del 95% per almeno una dose di MPR nei bambini tra i 3 ed i 15 anni di età, in ogni Regione italiana;

raggiungere e mantenere in ogni Regione e Provincia Autonoma un tasso di incidenza del morbillo inferiore ad un caso ogni 100.000 abitanti.

(r) entro il 2007

raggiungere e mantenere una copertura vaccinale del 90% almeno per la seconda dose di morbillo somministrata all'età di 5 - 6 anni.

q STRATEGIE DI VACCINAZIONE

(r) Raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali entro i due anni per una dose di MPR >95%;

(r) Vaccinare sia i bambini oltre i due anni di età che gli adolescenti ancora suscettibili, effettuando un'attività straordinaria di recupero rivolta ai bambini che frequentano le scuole elementari e medie, durante gli anni scolastici 2002-2003 e 2004-2005;

(r) Introdurre la seconda dose di vaccino antimorbillo, rosolia e parotite (MPR).

(r) Prevedere strategie mirate per la eliminazione della rosolia , con azioni rivolte alle donne in età fertile o in gravidanza e al personale esposto ad un elevato rischio professionale, basate sulla valutazione della immunità e la vaccinazione delle donne ancora suscettibili.

q 1.0 OPERATIVITA' DEL PIANO REGIONALE

(r) VACCINAZIONE ESTESA CON COPERTURE PROSSIME AL 100% DI TUTTI I NUOVI NATI A PARTIRE DALLA COORTE DI NASCITA 2002, CON DUE DOSI DI VACCINO MPR (a 12 mesi ed a 5-6 anni di età).

(r) RECUPERO DELLE PRECEDENTI COORTI DI NASCITA (2001-1988).

(r) COORTI 2001-1998 (bambini in età prescolare):VACCINAZIONE MPR DA OFFRIRE ATTIVAMENTE IN OGNI OCCASIONE OPPORTUNA.

(r) COORTI 1997-1994 (bambini scuola elementare, campagna straordinaria) : VACCINAZIONE MPR A TUTTI I BAMBINI CHE FREQUENTANO LA SCUOLA ELEMENTARE DALLA 1^ ALLA 4^ CLASSE NEL CORSO DELL'ANNO SCOLASTICO 2003/2004.

(r) COORTI 1993-1991 (studenti scuola media, campagna straordinaria):VACCINAZIONE MPR A TUTTI GLI STUDENTI CHE FREQUENTANO LA SCUOLA MEDIA DALLA 1^ ALLA 3^ CLASSE NEL CORSO DELL'ANNO SCOLASTICO 2004/2005.

(r) COORTI 1990-1988: VACCINAZIONE MPR DA OFFRIRE ATTIVAMENTE NEL CORSO DELLE

ATTIVITA' VACCINALI DI ROUTINE DEGLI ADOLESCENTI (vedi deliberazione di Giunta Regionale n. 1327 del 4.9.2003).

1.2. MODALITA' DI ATTUAZIONE DELLA VACCINAZIONE: introduzione della seconda dose

Con nota assessorile prot. n.24/10214/3 del 25.03.2004 sono state fornite ,tra l'altro, alle AA.UU.SS.LL. della regione precisazioni in merito al calendario vaccinale dell'infanzia e dell'adolescente ribadendo la necessità di garantire a tutti i bambini pugliesi la copertura immunitaria per Morbillo, Rosolia e Parotite epidemica. Com'è noto, tale copertura è assicurata dopo la prima dose a non più del 95% dei vaccinati. Di qui la necessità di somministrare (dopo un intervallo non inferiore alle quattro settimane) una seconda dose di vaccino. Questa seconda dose dovrà essere in prima scelta eseguita utilizzando un vaccino trivalente (MPR). In alternativa, cioè in caso di indisponibilità di vaccino trivalente o in caso di rifiuto da parte dei genitori di vaccinare i figli anche contro la parotite (per esempio in caso di malattia già contratta), deve essere garantita la vaccinazione contro morbillo e rosolia con prodotti mono o bivalenti. Si sottolinea, comunque, che la vaccinazione trivalente MPR può essere tranquillamente somministrata anche a chi ha già avuto una delle tre malattie. Nella previsione, comunque, della esecuzione della presente campagna straordinaria di vaccinazione , che coinvolgerà un gran numero di bambini in un breve intervallo di tempo, è vivamente indicata la scelta di prodotti trivalenti con il miglior profilo di tollerabilità.

1.3 SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI MPR NEL 12° MESE DI VITA.

Si precisa che la prima dose di vaccino MPR può essere utilmente effettuata in occasione della terza dose di vaccino esavalente prevista entro il dodicesimo mese di vita. L'unico rischio legato alla somministrazione più precoce del vaccino, ovvero una eventuale ridotta efficacia, risulta infatti trascurabile nell'attuale situazione epidemiologica, essendo in fase di attuazione il Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita che prevede la somministrazione della seconda dose MPR a tutti i bambini pugliesi.

1.4 CO-SOMMINISTRABILITA' DEI VACCINI MPR.

Si ribadisce, qualora fosse necessario, che tutti i vaccini MPR attualmente in commercio possono essere somministrati contemporaneamente con qualsiasi vaccino (sia attenuato che inattivato). Le somministrazioni, in questo caso, devono essere eseguite in siti corporei diversi.

1.5 STRATEGIE AGGIUNTIVE PER LA PREVENZIONE DELLA ROSOLIA CONGENITA.

Dato che la rosolia è meno trasmissibile del morbillo, può sembrare più facile raggiungerne la eliminazione ; in realtà un programma di eliminazione della rosolia è più complesso, visto che l'obiettivo è la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e quindi della rosolia congenita. Ai fini della sorveglianza epidemiologica, viene definita come "sindrome da rosolia congenita"(SRC) la presenza di qualunque sintomo o dato di laboratorio compatibile con un'infezione rubeolica in utero. I bambini affetti da rosolia congenita di solito presentano più di una manifestazione clinica compatibile con l'infezione intrauterina, tuttavia può essere presente un singolo sintomo; in particolare la sordità è il deficit isolato più frequente.

Per prevenire l'infezione in gravidanza sono state adottate differenti strategie vaccinali, che prevedevano: a) la vaccinazione universale dei bambini nell'infanzia; b) la vaccinazione delle donne in età fertile e/o delle ragazze adolescenti (vaccinazione selettiva); c) una combinazione delle due strategie. La vaccinazione universale dei bambini ha l'obiettivo di ridurre la circolazione del virus e offrire così una protezione indiretta alle donne in gravidanza. Si è visto però che la vaccinazione dei soli bambini, se non vengono raggiunte e mantenute coperture alte, può determinare un aumento dei casi di rosolia congenita. Infatti, qualora la copertura vaccinale sia insufficiente, la malattia continua a circolare nella popolazione e colpisce i suscettibili nelle età in cui sono maggiormente rappresentati. Si verifica dunque uno spostamento verso l'alto dei casi di malattia. La vaccinazione selettiva delle adolescenti e delle donne in età fertile, invece, lascia suscettibile tutta la popolazione di sesso maschile e quindi rende largamente possibile la circolazione del virus, col risultato che possono essere colpite tutte le donne gravide in precedenza sfuggite alla vaccinazione o comunque vaccinate con una risposta immunitaria non sufficientemente protettiva.

L'esperienza internazionale mostra che per prevenire la rosolia congenita è indispensabile non solo assicurare elevate coperture vaccinali nei bambini entro il 2° anno di vita, ma anche monitorare la frequenza della suscettibilità delle donne in età fertile ed assicurarne la vaccinazione.

Anche in Italia ed in Puglia, le strategie aggiuntive per la prevenzione della rosolia congenita devono essere basate su:

- 1) la valutazione della suscettibilità delle donne in età fertile e la vaccinazione delle suscettibili prima di un'eventuale gravidanza;
- 2) la valutazione della suscettibilità delle donne in gravidanza e la vaccinazione delle suscettibili nel post-partum e post-interruzione di gravidanza;
- 3) la valutazione della suscettibilità e la vaccinazione del personale ad elevato rischio professionale.

Un'attenzione particolare deve infine essere posta per proteggere le donne immigrate che hanno un ridotto accesso ai servizi sanitari.

Donne in età fertile non in gravidanza..

E' importante che le donne in età fertile siano valutate per verificare la loro suscettibilità alla rosolia.

Vengono considerate immuni le donne che:

- hanno documentazione scritta di avvenuta vaccinazione antirosolia, oppure
- hanno una documentata positività di anticorpi IgG rosolia-specifici.

La documentazione scritta di avvenuta vaccinazione (una dose) è sufficiente ad attestare lo stato di protezione. L'anamnesi di rosolia senza accertamenti di laboratorio è invece poco specifica e quindi non può essere considerata una prova di acquisita protezione.

Vengono invece considerate suscettibili le donne:

- senza un certificato di avvenuta vaccinazione o un referto che attesti la presenza di Ig G specifiche.

Alle donne considerate suscettibili va offerta attivamente la vaccinazione (preferibilmente MPR), che può essere preceduta dalla ricerca delle IgG antirosolia. Infatti, la ricerca delle IgG ed IgM antirosolia è gratuita in Italia sia come esame pre-concezionale che in gravidanza. Va comunque sottolineato che lo screening dello stato anticorpale

Non è un requisito per l'esecuzione della vaccinazione.

La vaccinazione non va somministrata in gravidanza; per quanto riguarda l'intervallo minimo tra somministrazione del vaccino ed inizio di nuova gravidanza, la Circolare del Ministero della Salute n. 12

del 13 luglio 1999 raccomandava un intervallo minimo di 3 mesi . Alla luce delle recenti raccomandazioni internazionali, basate sui dati di sorveglianza di diverse nazioni (USA,REGNO UNITO, SVEZIA e GERMANIA), si ritiene opportuno ridurre ad un mese l'intervallo raccomandato. In caso di vaccinazione accidentale in gravidanza o nel mese precedente, la donna deve essere informata circa i rischi potenziali per il feto. Una stima di questo rischio è stata effettuata basandosi sull'osservazione di bambini nati da madri erroneamente vaccinate contro la rosolia nelle due settimane precedenti l'inizio di una gravidanza o nelle prime 6 settimane di gestazione. Nessuno di questi bambini presentava malformazioni compatibili con la SRC, tuttavia alcuni avevano evidenza di infezione. In base a questi dati è stato stimato che in caso di vaccinazione in gravidanza, il massimo rischio di malformazioni congenite attribuibili alla vaccinazione sia dell'1,2 - 1,3%. Dato che finora non sono mai state osservate malformazioni fetali attribuibili a vaccinazione antirosolia in gravidanza, , tuttavia, l'accidentale vaccinazione costituisce di regola un'indicazione alla interruzione di gravidanza.

Donne in gravidanza.

Tutte le donne in stato di gravidanza prive di certificato di vaccinazione , o che non abbiano documentazione di ricerca positiva di IgG specifiche, debbono essere testate per la presenza di anticorpi IgG antirosolia. L'esame sierologico andrebbe effettuato più precocemente possibile. Se il test risulta negativo, andrebbe ripetuto ogni 4-6 settimane almeno fino al 5° mese.

Al momento del ricovero per il parto, il personale sanitario dovrà verificare lo stato di suscettibilità o protezione nei confronti della rosolia. Le donne suscettibili devono essere vaccinate, preferibilmente con MPR, prima della loro dimissione. La sicurezza di uso del vaccino MPR nel post-partum è stata infatti ampiamente documentata.

In mancanza di una documentazione sufficiente (certificato di vaccinazione, presenza di IgG specifiche), la ricerca delle IgG va effettuata durante il ricovero, in modo da identificare e vaccinare le donne suscettibili. La valutazione della suscettibilità alla rosolia e l'offerta attiva della vaccinazione deve essere garantita anche alle donne ricoverate per una interruzione di gravidanza .Per poter garantire il monitoraggio delle attività e la verifica degli obiettivi previsti, le informazioni sullo stato di immunità o suscettibilità alla rosolia, sull'avvenuta o meno vaccinazione durante il ricovero e sull'eventuale motivo della mancata vaccinazione devono essere registrate in modo facilmente disponibile e regolarmente elaborate.

Personale esposto a rischio professionale

Le persone che lavorano in una struttura sanitaria sono a maggior rischio di acquisizione dell'infezione e possono rappresentare un importante fonte di diffusione dell'infezione.Attraverso il Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n.626, sarà possibile estendere a tutto il personale sanitario la valutazione del rischio per la rosolia e la vaccinazione, preferibilmente con MPR, qualora risulti uno stato di suscettibilità. Particolare attenzione deve essere riservata al personale sanitario a contatto con persone ad elevato rischio di infezione (bambini e adolescenti) o ad elevato rischio di complicanze (donne in gravidanza, persone con immunodepressione).Oltre al personale sanitario, le donne che lavorano in situazione ad alto rischio di infezione, come le scuole, devono essere attivamente valutate per la loro immunità per la rosolia.Se suscettibili,considerato il possibile rischio di infezione in gravidanza, deve essere loro la proposta di vaccinazione, preferibilmente con MPR.

Donne immigrate

Nei Paesi che hanno raggiunto livelli di protezione avanzati contro la rosolia, molti dei casi di rosolia congenita si verificano in donne che provengono da altri paesi dove la vaccinazione antirosolia non è stata introdotta di routine. L'effettuazione dello screening e della vaccinazione delle donne immigrate pone problemi particolari, considerata la possibilità di un ridotto accesso ai servizi sanitari. Si prevede pertanto l'effettuazione dello screening per la rosolia e la eventuale vaccinazione delle donne immigrate in occasione del loro primo contatto con le strutture sanitarie in Italia, a meno che esse non dispongano di una documentata prova di vaccinazione o di immunità. Dato che la vaccinazione può essere effettuata anche a persone già immuni, nelle situazioni in cui è molto probabile che una donna abbia difficoltà ad aderire alla procedura di screening e di successiva vaccinazione, si raccomanda di eseguire la sola vaccinazione alla prima occasione di contatto, preferibilmente con MPR.

1.5 APPROVVIGIONAMENTO VACCINI

Per l'attuazione del Piano è necessario che nell'ambito di ciascuna ASL sia garantito un adeguato approvvigionamento di vaccini.

Con nota assessorile prot. n. 24/14262/3 del 25 giugno 2003 è stato richiesto, tra l'altro, a codeste AA.SS.LL. di quantificare il numero di dosi di vaccino MPR occorrenti per lo svolgimento della campagna vaccinale 2003-2004 ai fini della comunicazione al Ministero e da questo alle Aziende produttrici per la stima delle dosi su base nazionale.

Sulla scorta delle rilevazioni effettuate presso ciascuna ASL è emerso che il totale delle dosi occorrenti per la nostra Regione è di 277.792 circa.

Con nota assessorile prot. n.24/3588/3 del 5 febbraio 2004 è stato, altresì, raccomandato, alle AA.SS.LL. di procedere, con sollecitudine, all'espletamento delle gare di acquisto del vaccino tenendo informato l'Assessorato alla Sanità dell'avvenuto approvvigionamento del vaccino medesimo.

q AZIONI PRIORITARIE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

- (r) Migliorare la copertura vaccinale
- (r) Le anagrafi vaccinali
- (r) La sorveglianza degli eventi avversi al vaccino
- (r) La formazione
- (r) Informazione e comunicazione

2.1 MIGLIORARE LA COPERTURA VACCINALE

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi è necessario attuare tutte le azioni dotate di evidenza di efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali. Le azioni fortemente raccomandate sono:

- (r) Garantire la gratuità delle vaccinazioni ;
- (r) Chiamata attiva alla vaccinazione e il sollecito di chi non si presenta;
- (r) Gli interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione target;
- (r) L'ampliamento dell'accesso alle strutture sanitarie;
- (r) Sistemi di promemoria per gli operatori sanitari;
- (r) Valutazione delle attività svolte ed il feed-back per gli operatori sanitari.

2.2 ANAGRAFI VACCINALI

E' necessario per lo svolgimento ottimale del Piano il ricorso all'anagrafe vaccinale collegata con le anagrafi comunali sia per garantire una corretta conduzione dei programmi vaccinali che per attuare misure atte ad aumentare le coperture vaccinali. Le anagrafi vaccinali permettono di:

- (r) Conoscere lo stato vaccinale di ciascuna persona;
- (r) Invitare attivamente alla vaccinazione e sollecitare chi non si presenta;
- (r) Calcolare le coperture vaccinali ed identificare gruppi di popolazione insufficientemente vaccinati;
- (r) Valutare i progressi in confronto agli obiettivi fissati in relazione alle coperture vaccinali;
- (r) Stabilire eventuali correlazioni tra possibili eventi avversi e le dosi di vaccino somministrate.

2.3 LA SORVEGLIANZA DEGLI EVENTI AVVERSI AL VACCINO

La sorveglianza degli eventi avversi temporalmente associati alla vaccinazione deve essere una componente fondamentale della campagna straordinaria di vaccinazione anti MPR dei bambini che frequentano le scuole elementari e medie.

A tale riguardo ,con nota assessorile prot. n. 24/ 7886/3 del 2 marzo 2004, è stata richiamata l'attenzione delle AA.SS.LL. sull'adempimento obbligatorio previsto a termini di legge dal D.M. 12.12.2003 (pubb. G.U. 13.02.2004, N.36) "Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini" della segnalazione delle sospette reazioni avverse nella rete nazionale di farmacovigilanza. Tale sistema di segnalazione sostituisce a tutti gli effetti l'invio della scheda di segnalazione finora in uso favorendo, altresì, a livello locale, regionale e nazionale l'immediatezza e la rapidità di consultazione dei dati nonché l'immediata attuazione di provvedimenti cautelativi nel caso di sospette reazioni gravi nel corso delle attività straordinarie di vaccinazione.

In particolare, i Servizi di vaccinazione devono essere informati ed incoraggiati a segnalare i seguenti eventi avversi,dall'insorgenza entro 24 ore dalla somministrazione del vaccino di una o più delle seguenti condizioni:

- (r) anafilassi
- (r) shock
- (r) episodio di ipotonia iporesponsività

oppure l'insorgenza entro 30 giorni dalla somministrazione del vaccino di una delle seguenti condizioni:

- (r) encefalopatia
- (r) convulsioni
- (r) meningite asettica
- (r) trombocitopenia
- (r) paralisi flaccida acuta
- (r) decesso
- (r) ogni altro evento grave, inclusi i ricoveri.

Al fine di migliorare la gestione dei flussi informativi per gli eventi avversi, tenuto conto di quanto disposto dalla normativa vigente, la Regione si impegna a :

- (r) adottare iniziative di formazione dei medici riguardo alle reazioni avverse severe, ai criteri e alle modalità di segnalazione;
- (r) richiedere ai medici convenzionati con il SSN, privati, dei Pronto Soccorso e dei reparti ospedalieri la segnalazione telefonica al servizio di vaccinazione della ASL di tutti i presunti eventi avversi al vaccino MPR;
- (r) migliorare la tempestività di esecuzione delle indagini da parte delle ASL dei casi segnalati e la trasmissione tempestiva dei risultati al Ministero della Salute.

2.3.1 VALUTAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI

La sorveglianza degli eventi avversi dovrà prevedere la valutazione dei casi severi temporalmente associati ad ogni vaccinazione da parte di un "panel" di esperti indipendenti, in cui siano rappresentate diverse figure tra cui pediatri, medici vaccinatori, immunologi, neurologi, anatomo patologi, medici legali, epidemiologi con una particolare esperienza nel campo delle vaccinazioni e della valutazione del nesso di causalità.

Un'attività indipendente di valutazione è particolarmente rilevante nel caso di una campagna di vaccinazione di massa , che prevede la somministrazione , in un breve arco di tempo, di un grande numero di dosi di vaccino.

In tale caso il compito del panel è quello di valutare gli eventi avversi seri che si verificano nel corso della campagna entro 30 giorni dalla somministrazione del vaccino MPR, classificarli in base a definizioni condivise a livello internazionale, definire il grado di causalità in base a definizioni condivise a livello internazionale, definire il grado di causalità tra vaccinazione MPR ed evento. Dovrà essere inoltre garantito un ritorno rapido dell'informazione alla ASL dove l'evento avverso si è verificato, curando al contempo le modalità di trasmissione attraverso i mezzi di comunicazione.

2.4 PROGRAMMA DI FORMAZIONE

Il programma di formazione per figure professionali prevede la organizzazione di uno specifico percorso informativo rivolto a tutte le principali figure coinvolte: responsabili dei Dipartimenti di prevenzione, responsabili dei Servizi di Igiene Pubblica, responsabili e personale dei servizi di vaccinazione, pediatri e medici di medicina generale, personale del S.S.N. in ambito ostetrico-ginecologico e neonatologico. La formazione deve essere realizzata per diverse figure professionali a livelli differenti, in relazione a responsabilità e ruolo che ciascuna di esse gioca nell'organizzazione e nella gestione del progetto.

In particolare, il presente Piano ha previsto, in analogia a quanto stabilito dalle linee guida nazionali ,un programma di formazione con una organizzazione a " cascata" di corsi da realizzarsi a livello regionale e locale .

LIVELLO REGIONALE

In particolare, a supporto dell'articolato programma regionale , l'Assessorato alla Sanità con nota prot. n.24/3588/3 del 5 febbraio 2004 ha richiesto alle AA.SS.LL, ciascuna per il rispettivo ambito territoriale, la nomina di un Referente quale responsabile locale del Piano nonché la costituzione di un gruppo di lavoro composto dal già citato referente, dal responsabile del Servizio di Igiene Pubblica e da un Pediatra di libera scelta da individuare nel Comitato aziendale pediatrico della ASL (ex art.11 D.P.R. 272/2000).

I componenti dei gruppi di lavoro come sopra evidenziati, i cui nominativi sono stati comunicati all'Assessorato alla Sanità, nei giorni 20 e 21 febbraio 2003 hanno partecipato al corso di formazione regionale organizzato presso l'Aula Magna Polifunzionale del Policlinico di Bari. Per lo svolgimento di tale corso , l'Assessorato alla Sanità si è avvalso per la trattazione delle varie specifiche tematiche, degli autorevoli interventi, di cattedratici e docenti del mondo universitario e ospedaliero nonché del valido supporto tecnico-scientifico dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, come da programma di cui all'allegato 1.

Si specifica, altresì, che il programma di formazione ha ricevuto l'approvazione della Commissione Nazionale per la Formazione Continua (ECM) con l'attribuzione di 30 crediti ECM a tutti i partecipanti per l'anno 2004.

LIVELLO LOCALE

Ciascun gruppo di lavoro che ha partecipato al suddetto corso di formazione, promuove la realizzazione a sua volta presso la propria ASL, del programma di formazione per il personale sanitario operante nei servizi di vaccinazione nonché i pediatri di libera scelta e altro personale sanitario eventualmente coinvolto.

2.5 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

La campagna di informazione a livello regionale e locale dovrà assicurare la diffusa comprensione delle modalità di attuazione del Piano, l'adesione consapevole alle misure richieste e la collaborazione di tutti i soggetti interessati.

Questa strategia di comunicazione che ha l'obiettivo di sostenere e di essere complementare all'azione delle autorità sanitarie nazionali dovrà prevedere:

(r) Individuazione e coinvolgimento dei responsabili dei "media" e gli eventuali testimonial/portavoce della sanità pubblica a livello regionale e locale, che dovrebbero coordinare la comunicazione dei messaggi relativi alle fasi della campagna vaccinale;

(r) Definizione dei contenuti dei messaggi informativi da diffondere prima dello svolgimento della campagna, al fine di creare un'opinione favorevole di adesione alla campagna medesima.

(r) Individuazione dello staff sanitario che applicherà la strategia di informazione e terrà i contatti con gli operatori e gli educatori/professori.

(r) Predisposizione di messaggi informativi che includano:

(r) informazioni sull'articolazione e lo svolgimento della campagna vaccinale e sulle sue finalità;

(r) informazioni su morbillo e rosolia: sintomi, complicità e azioni da predisporre in presenza di sintomi con l'indicazione di centri per diagnosi e terapia a cui rivolgersi;

(r) informazioni sul vaccino, sulle false e vere controindicazioni, sui benefici attesi e sulle reazioni avverse attese nel corso della campagna vaccinale, al fine di prevenire l'impatto negativo dovuto alla possibile diffusione sui media di notizie relative ad eventi gravi temporalmente correlati alla vaccinazione;

(r) diffusione del messaggio anche tra i gruppi di immigrati con pubblicità ed annunci che raggiungono l'intera comunità;

(r) conferenze stampa periodiche - passaggi in televisione e in radio.

q 3. RUOLI E RESPONSABILITA'

3.1. AUTORITA' SANITARIE REGIONALI.

La Regione ha la responsabilità di condurre le attività previste dal Piano di Eliminazione, garantendo che tutte le ASL partecipino al programma .

Le responsabilità specifiche della Regione sono pertanto le seguenti:

(r) Individuare una funzione di coordinamento regionale per la supervisione delle attività svolte sul territorio.

- (r) Verificare la rispondenza nelle ASL di tutte le risorse operative necessarie per la conduzione del Piano di Eliminazione;
- (r) Effettuare la formazione degli operatori che deve essere rivolta:
 - al personale medico e paramedico dei servizi di vaccinazione;
 - ai pediatri di libera scelta ed ai medici di medicina generale;
- (r) Assicurare le informazioni epidemiologiche regionali;
- (r) Coordinare il sistema di sorveglianza della malattia, inclusa la diagnosi di laboratorio identificando il laboratorio centrale di supporto alla campagna vaccinale;
- (r) Coordinare la sorveglianza degli eventi avversi temporalmente associati alla vaccinazione;
- (r) Assicurare l'informazione locale attraverso i mass-media, ecc.

3.2 Aziende Sanitarie Locali

I Sigg.ri Direttori Generali delle AA.SS. LL., nell'ambito dei rispettivi territori, devono garantire la disponibilità di servizi e di strutture adeguate allo svolgimento del Piano .

Va, inoltre, raccomandata l'organizzazione di incontri di formazione e di promozione del Piano rivolti alle famiglie, ai pediatri ed ai medici di libera scelta e al mondo della scuola. E' compito della ASL anche gestire il sistema di rilevazione delle attività vaccinali, della frequenza di malattia e degli eventi avversi temporalmente associati al vaccino con l'analisi dei dati sia a livello di ASL che di distretto.

Il ruolo principale del personale che opera nelle strutture sanitarie è di tipo preventivo : proporre attivamente in tutte le occasioni opportune la vaccinazione ai pazienti. Inoltre al personale sanitario deve essere assicurata un'adeguata protezione sia verso il morbillo che verso la rosolia.

3.3 SERVIZI di VACCINAZIONE

In ogni ASL la conduzione operativa del Piano di eliminazione è affidata ai servizi di vaccinazione, che, istituzionalmente devono assicurare l' esecuzione delle vaccinazioni oltre a tutte quelle azioni di dimostrata efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali in una popolazione quali:

- (r) assicurare l'informazione ai genitori ai fini di un loro valido consenso informato alla vaccinazione;
- (r) realizzare un'adeguata registrazione delle vaccinazioni e degli eventi avversi a vaccino;
- (r) effettuare l'indagine dei casi notificati di morbillo e rosolia;
- (r) garantire la realizzazione degli interventi previsti in caso di situazioni di epidemia;
- (r) assicurare la formazione continua del personale coinvolto nel piano di eliminazione;
- (r) effettuare un adeguato monitoraggio locale del Piano di eliminazione

Per la per la campagna vaccinale 2004,(vaccinazione di tutti bambini frequentanti le prime quattro classi della scuola elementare), considerato il maggiore afflusso di utenza , dovrà essere garantita, in ciascuna ASL, l'accesso pomeridiano a tutti gli ambulatori vaccinali per almeno tre volte la settimana , secondo un piano interno prestabilito di turnazione del personale .

3.4 PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E MEDICI DI MEDICINA GENERALE

L'assistenza sanitaria garantisce per i cittadini un'assistenza medica primaria ed una specialistica specifica per l'età pediatrica.

Sia i medici di medicina generale che i pediatri devono quindi essere direttamente coinvolti nell'attuazione del Piano di eliminazione, dividerne la strategia e collaborare al monitoraggio delle

attività.

In particolare, il pediatra di libera scelta rappresenta una figura fondamentale nella promozione e nell'offerta delle vaccinazioni, soprattutto perché gioca un ruolo fondamentale nei confronti del rapporto di fiducia che stabilisce con la famiglia.

In particolare il ruolo dei pediatri e dei medici di medicina generale deve prevedere:

- (r) la corretta informazione alle famiglie sui benefici e rischi della vaccinazione MPR;
- (r) la corretta informazione su vere e false controindicazioni alla vaccinazione;
- (r) la rapida segnalazione alla ASL di tutti i casi diagnosticati di morbillo e rosolia, secondo le modalità previste dal Piano di Eliminazione;
- (r) la segnalazione alla ASL degli eventi avversi a vaccino;

Il coinvolgimento dei medici di medicina generale, inoltre, riveste un ruolo importante nella prevenzione della SRC(Sorveglianza della rosolia congenita, attraverso la promozione dello screening e la vaccinazione.

3.5 ALTRE ISTITUZIONI

Il Servizio Sanitario Nazionale ha il compito di assicurare la realizzazione del Piano di Eliminazione. Tuttavia il successo di tale realizzazione dovrà prevedere il coinvolgimento di altre istituzioni che agiscono nella comunità (scuola, comuni, ecc.).

In particolare dovrà essere ricercata la collaborazione della scuola che costituisce anche il principale luogo di diffusione di morbillo, rosolia e parotite. Il coinvolgimento della scuola è importante per agevolare la realizzazione del programma di recupero dei bambini e degli adolescenti , per ridurre il rischio di trasmissione e di epidemie nelle scuole e per proteggere gli operatori che, se suscettibili, sono ad elevato rischio per queste malattie e loro complicità.

I GENITORI E I BAMBINI

I soggetti in età pediatrica hanno il diritto di essere adeguatamente protetti contro le malattie prevenibili con vaccinazione ed in particolare, attraverso la realizzazione di questo Piano, di disporre di livelli di salute aggiuntiva che sono garantiti dalla eliminazione del morbillo e della rosolia congenita e del controllo della parotite.

Il coinvolgimento dei genitori è essenziale per garantire un'adesione consapevole alle attività di vaccinazione previste dal Piano.

La loro collaborazione è altresì essenziale perché i bambini ricevano la vaccinazione nel periodo appropriato e siano quindi tempestivamente protetti contro il morbillo, la rosolia e la parotite. I servizi di vaccinazione devono assicurare ai genitori le informazioni necessarie per esprimere un valido consenso informato e per garantire una consapevole adesione alle indicazioni previste in questo Piano. Inoltre, i servizi dovrebbero richiedere ai genitori che decidono di non sottoporre a vaccinazione i bambini i motivi di questa loro scelta.

4.0 RISORSE

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 sottolinea, tra gli obiettivi generali di promozione della salute, l'incidenza delle malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione ,evidenziando la necessità di un

controllo più efficace, attraverso le vaccinazioni, per patologie, tra l'altro, come il morbillo, la parotite, la rosolia il cui livello permane ancora fra i più elevati dell'Europa occidentale.

Le attività di prevenzione rivolte alla persona e precisamente le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate rientrano, altresì, tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Sistema Sanitario Nazionale e come tali ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), di cui al D.P.C.M. 29.11.2001(recepito con D.G.R. n. 310 dell'8 aprile 2002), 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, individua le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate.

Pertanto con la vaccinazione MPR , già inclusa nei livelli essenziali di assistenza, è possibile prevenire in modo efficace e sicuro il morbillo, la rosolia e la parotite epidemica, tenuto conto che tale vaccinazione ha un profilo di costi- benefici estremamente favorevole. Pertanto, oltre all'offerta routinaria, il raggiungimento della eliminazione del morbillo e della rosolia congenita con la conduzione di questa campagna prevede risorse dedicate, sia in termini di impegno del personale che di un adeguato numero di dosi vaccinali.

Tali risorse vanno reperite destinando per la campagna straordinaria di vaccinazione di cui al presente Piano gli utili che si rendono disponibili con la sospensione della vaccinazione anti epatite B nei dodicenni.

Inoltre l'indicazione di offrire la prima dose di vaccino MPR a 12 mesi, contemporaneamente alla somministrazione della terza dose delle altre vaccinazioni dell'infanzia, oltre a migliorare l'adesione alla vaccinazione contro il morbillo permette di eliminare un accesso vaccinale e quindi di disporre di altre risorse organizzative e di personale.

ALL.B

Corso per i formatori di ASL nell'ambito del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e Rosolia congenita. 20-21 febbraio 2004, Aula Magna Polifunzionale, Policlinico di Bari.

Venerdì 20 febbraio 2004

9,00: 9,15 Introduzione. S.Barbuti

9,15:10,00 Epidemiologia e manifestazioni cliniche. D.De Mattia

10,00:10,30 Intervallo

10,30:11,30 Il vaccino MPR C.Germinario

11,30:12,30 Il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. R Prato

12,30:13,00 Discussione

13,00:14.00 Pausa pranzo

14,00:14,45 Il consenso informato ed altri aspetti medico legali delle vaccinazioni. M Conversano

14,45:15,45 Informare i genitori R.Piazzolla

15,45:16,30 Discussione

Sabato 21 febbraio 2004

9,00:11.00 La campagna straordinaria di recupero. PL. Lopalco
11.00:11,30 Intervallo
11,30:12,30 Migliorare la sorveglianza. A. Fedele
12,30: 13,00 Discussione
13,00:14.00 Pausa pranzo
14,00:14,45 Gestire un caso di morbillo G. Colucci
14,45:15,15 Gestire gli eventi avversi a vaccino G.C. Del Vecchio
15,15:15.45 Analizzare i dati a livello locale e centrale. PL.Lopalco
15,45:16,30 Discussione

Atti di Organi monocratici regionali
