



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 132 del 11/09/2012

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 agosto 2012, n. 1600

Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015: Accordo Stato-Regioni e Province Autonome, Rep. Atti n. 66/CSR. Recepimento e adozione del correlato Piano regionale.

L'Assessore alle Politiche della Salute, dott. Ettore Attolini, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario responsabile della P.O. "Igiene e Sanità Pubblica" e dalla Dirigente dell'Ufficio Sanità pubblica e sicurezza del lavoro, confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione assistenza territoriale e prevenzione (PATP), riferisce quanto segue.

Il DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, nel livello essenziale "Assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro", al punto 1.F., tra le attività di prevenzione rivolte alla persona, individua le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate che, pertanto, rientrano tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Ai sensi del nuovo modello istituzionale organizzativo del Governo della Regione Puglia, il Servizio PATP dell'Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità è la struttura regionale competente a dare attuazione alla normativa in materia di malattie infettive e diffuse e di vaccinazioni, per il tramite dell'Ufficio Sanità pubblica e sicurezza del lavoro il quale, in particolare, relativamente alle competenze ad esso ascritte, svolge funzioni di programmazione, coordinamento e controllo delle azioni da svolgere sul territorio regionale, nonché di predisposizione di indirizzi operativi da fornire alle AASSLL.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha predisposto, nel 2001, un Piano strategico di prevenzione e controllo del morbillo e della rosolia a livello mondiale, fornendo indicazioni circa le misure da adottare e gli obiettivi da raggiungere. In particolare, per la regione europea, gli obiettivi di eliminazione del morbillo e della rosolia e di riduzione dei casi di rosolia congenita, inizialmente previsti per l'anno 2007, sono stati spostati al 2015 e sono:

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

Coerentemente con le indicazioni dell'OMS, in sede di Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome, sono stati sanciti i seguenti accordi:

- Accordo del 13.11.2003 relativo al "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita" (PNEMoRc), recepito con DGR 10.5.2004, n. 680
- Accordo del 3.3.2005 relativo al "Piano Nazionale Vaccini 2005-2007", a cui ha fatto seguito la DGR 30 dicembre 2005, n. 2037 di approvazione del Piano Regionale Vaccini 2005-2007 e la DGR 30.5.2006, n. 731 di recepimento di detto accordo

• Accordo del 29.4.2010 relativo al “Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012”, recepito con DGR 28.12.2010, n. 2994,

con i quali sono stati individuati gli obiettivi da raggiungere, le aree prioritarie di intervento, le azioni necessarie per migliorare l’offerta vaccinale sul territorio, la necessità di sviluppare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive e diffuse e sono state fornite precise disposizioni alle ASL.

I dati regionali e nazionali relativi all’epidemiologia del morbillo e della rosolia, pur confermando una riduzione dei casi di infezione e di complicanze gravi, hanno evidenziato situazioni non ottimali con riferimento a una diffusione della malattia soprattutto tra gli adolescenti, effetto di livelli di copertura vaccinale ancora inferiori agli obiettivi posti dal PNEMorC. Ne consegue la necessità di rafforzare le campagne vaccinali e di attuare strategie mirate al raggiungimento di obiettivi specifici, da raggiungere entro il 2015, delineati nel nuovo “Piano nazionale per l’eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMorC) 2010-2015”, approvato con l’Intesa Stato-Regioni e Province autonome sancita il 23 marzo 2011, con Rep. Atti n.66/CSR.

Quest’ultimo, al punto 6 “Monitoraggio e valutazione del Piano”, raccomanda alle Regioni di “effettuare una analisi di contesto” dalla quale emergano informazioni di tipo epidemiologico, nonché di “individuare gli indicatori delle attività vaccinali di routine e di campagne specifiche”.

La richiesta analisi di contesto è stata realizzata dall’Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), organismo di supporto tecnico-scientifico della Giunta regionale ai sensi della L.R. n. 14 del 05 aprile 1985 e s.m.i. ed è di seguito riportata nella SEZIONE 1 del presente provvedimento.

Inoltre, contestualmente all’opportunità di procedere al formale recepimento, da parte della Giunta regionale, dell’Intesa sul PNEMorC 2010-15, ALLEGATO A alla presente proposta di Deliberazione, si rende necessario fornire precise disposizioni ai Direttori Generali delle ASL ai fini dell’attuazione di detto Piano, attraverso l’indicazione delle azioni da svolgersi e degli obiettivi da realizzarsi avvalendosi dei Dipartimenti di Prevenzione, competenti in materia, come riportati nella SEZIONE 2 del presente provvedimento.

Inoltre si ravvisa l’opportunità di attivare, sul territorio regionale pugliese, una rete di operatori sanitari con la finalità di affrontare le problematiche relative alla prevenzione e al controllo del morbillo e della rosolia nelle diverse realtà territoriali in maniera coordinata e condivisa, come dettagliatamente indicato nella SEZIONE 3 del presente provvedimento.

SEZIONE 1

Morbillo e rosolia: analisi di contesto

Introduzione

La pratica vaccinale in Puglia è da sempre pianificata, coordinata e gestita dai Servizi Vaccinali operanti nell’ambito dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, in stretta sinergia con i Pediatri di Libera Scelta ed i Medici di Medicina Generale.

Le vaccinazioni dell’infanzia sono effettuate negli ambulatori dei Servizi di Vaccinazione, presenti in ogni Comune. La somministrazione delle vaccinazioni dell’adulto e dell’anziano è eseguita negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale in seguito a specifici accordi di programma e sempre sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione.

Negli ultimi quindici anni l’offerta di vaccini per l’età pediatrica è stata caratterizzata da un progressivo arricchimento, passando dalle 4 vaccinazioni obbligatorie, routinariamente somministrate nel 1992, alle 14 vaccinazioni previste nel Calendario vaccinale della Regione Puglia approvato con DGR n. 2068 del 28.9.2010.

La Regione Puglia è stata fra le prime Regioni italiane ad adottare il Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 ed è fra quelle ad averne, fino ad ora, accolto le indicazioni nella loro completezza. A partire dal gennaio 2006 sono state introdotte nel calendario vaccinale dell’infanzia tre nuove vaccinazioni, quelle contro meningococco C, pneumococco e varicella. Queste tre vaccinazioni sono soggette ad offerta attiva e gratuita su tutto il territorio regionale, subordinatamente alle linee operative ed ai livelli di priorità

esposti nel Piano Regionale Vaccini.

Inoltre, nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, Area Vaccinazioni - Linea: informatizzazione delle anagrafi vaccinali, la Regione ha avviato una serie di iniziative finalizzate alla informatizzazione delle anagrafi vaccinali utile alla miglior gestione dei programmi di immunizzazione e all'organizzazione dell'intera attività dei Servizi (elaborazione in tempo reale dei dati di copertura, gestione inviti e solleciti, sistemi di promemoria per gli operatori, gestione dei ritardi vaccinali, carico e scarico magazzino). Lo strumento per il perseguimento di questo obiettivo è rappresentato dal software GIAVA adottato in tutta la Regione Puglia.

Stato di avanzamento del PNEMoRc 2003-2007

Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2003-2007 si è posto l'obiettivo di eliminare il morbillo dal territorio nazionale entro il 2007 e di ridurre, entro lo stesso periodo, l'incidenza di rosolia congenita a valori inferiori ad 1 caso ogni 100.000 nati vivi. Il Piano ha visto impegnati gli operatori di sanità pubblica e il mondo pediatrico in una attività straordinaria di offerta attiva del vaccino MPR ai soggetti in età scolare, oltre che nella promozione della vaccinazione routinaria di tutti i nuovi nati.

Sorveglianza del morbillo

Come indicato dalla Circolare del Ministero della Salute DGPREV.V/10606/P/1.4.c.a.9 del 20 aprile 2007, "Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita: Istituzione di un Sistema di Sorveglianza Speciale per Morbillo", a partire dal gennaio 2008, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha avviato un sistema di sorveglianza attiva sui casi di morbillo. Ogni settimana un operatore contatta le Strutture di Malattie Infettive di tutti gli ospedali regionali al fine di depistare eventuali casi di morbillo osservati nei precedenti 7 giorni. A seguito della segnalazione di un caso, anche sospetto, viene effettuata tempestivamente l'indagine epidemiologica, in collaborazione con il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL territorialmente competente, unitamente alla raccolta di un campione di siero e/o di un tampone orofaringeo per la conferma di laboratorio. L'OER provvede all'invio del modulo di indagine debitamente compilato al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità.

Laboratorio di riferimento regionale

Il Laboratorio di Biologia Molecolare dell'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari rappresenta la struttura di riferimento individuata dalla Regione Puglia per l'accertamento diagnostico dei casi di morbillo e rosolia (test di avidità delle IgG, PCR, isolamento del virus).

Feedback agli operatori sanitari

La comunicazione sulle attività e sullo stato di avanzamento del PNEMoRc è garantita attraverso report periodici pubblicati sulla rivista trimestrale OER Puglia, organo di stampa ufficiale dell'OER, distribuito gratuitamente a 5.000 operatori sanitari (www.oerpuglia.org)

Epidemiologia del Morbillo

Per descrivere l'epidemiologia del morbillo in Puglia sono stati utilizzati i dati degli archivi regionali del Sistema Informativo delle Malattie Infettive e delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Le notifiche di morbillo sono state confrontate ed integrate, a partire dal 2008, con le segnalazioni al sistema di sorveglianza attiva e con le segnalazioni del laboratorio di riferimento regionale. Dopo l'epidemia del biennio 2002-2003, e a seguito dell'attuazione del PNEMoRc 2003-2007, l'incidenza del morbillo negli anni successivi si è drasticamente ridotta (Grafico 1).

Dal 2004, il numero di casi registrati è stato costantemente inferiore a 100 l'anno, con l'eccezione degli anni 2008 e 2011, in cui sono stati segnalati rispettivamente 119 e 157 casi (Grafico 2). I casi di morbillo

registrati negli ultimi anni sono per lo più ascrivibili a piccoli focolai epidemici e a casi apparentemente isolati verificatisi a livello di singoli Comuni.

La distribuzione delle segnalazioni per fascia d'età mostra un progressivo aumento della proporzione di casi fra i soggetti di età >14 anni (Tabella 1).

La Tabella 2 descrive la proporzione di casi notificati al sistema routinario passivo di sorveglianza delle malattie infettive sul totale dei casi intercettati dai tre sistemi di sorveglianza attivi in Puglia.

Dall'analisi dell'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera risulta che nel periodo 2001-2010 sono stati effettuati in Puglia 1.299 ricoveri con diagnosi principale di morbillo o complicanze di morbillo (Tabella 3).

Epidemiologia della Rosolia

Per definire l'epidemiologia della rosolia in Puglia sono stati analizzati gli archivi regionali del Sistema Informativo delle Malattie Infettive e delle Schede di Dimissione Ospedaliera. Dal 1997 non si verificano in Puglia epidemie di rosolia. Il numero di casi notificati è stato costantemente inferiore a 100 l'anno nel periodo 2004-2007. Nel 2008 sono stati registrati 170 casi mentre dal 2009 il numero di casi per anno è inferiore a 10 (Grafico 3).

Dal 2005, l'incidenza annuale è risultata inferiore a 1 caso su 100.000 residenti, in entrambi i sessi, fatta eccezione per gli anni 2007 e 2008 (Grafico 4).

La distribuzione delle notifiche per fascia d'età mostra un progressivo aumento della proporzione di casi fra i soggetti di età >14 anni (Tabella 4).

Dall'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera emerge che nel periodo 2001-2010 sono nati 24 bambini con sindrome da rosolia congenita (codice ICD9 CM 771.0; Tabella 5).

Campagna straordinaria di vaccinazione con MPR, anni 2004-2006

Al termine della campagna straordinaria di recupero, nelle coorti target dell'intervento vaccinale (nati tra il 1991 e il 1997) sono stati raggiunti valori di copertura media del 70,9% per una dose e del 49,8% per due dosi di vaccino MPR. È stata tuttavia registrata una certa disomogeneità tra le ASL, con range di copertura dal 97,9% al 34,7% per una dose e dal 69,4% al 19,7% per due dosi.

Soltanto nel territorio di due ASL è stato raggiunto e superato l'obiettivo di copertura del 95% per almeno 1 dose di MPR fissato dal Piano per l'anno 2006, somministrata tra i 3 e i 15 anni per il recupero dei bambini e dei ragazzi ancora suscettibili al morbillo e alla rosolia.

Strategia vaccinale e coperture

Il Piano Regionale Vaccini triennio 2005-2007, approvato con DGR 30 dicembre 2005 n. 2037, ha previsto l'offerta attiva e gratuita della prima dose della vaccinazione MPR al 13° mese di vita e della seconda dose a 5-6 anni. Il Piano ha previsto, inoltre, la somministrazione a 11-12 anni della seconda dose di MPR ai soggetti già vaccinati con una dose o della prima dose a quelli mai vaccinati in precedenza.

La Commissione Regionale Vaccini, in data 8 giugno 2009, ha raccomandato una nuova strategia di offerta che prevede l'utilizzo del vaccino combinato MPRV. Gli appuntamenti per la vaccinazione MPRV sono gli stessi in precedenza indicati per il vaccino MPR. Ai soggetti, che in occasione degli appuntamenti a 5-6 o 11-12 anni riferiscono di aver contratto già la varicella, viene proposta la somministrazione del vaccino MPR.

I dati routinari di copertura vaccinale registrati nei nuovi nati (bambini di età <24 mesi), che annualmente l'OER fornisce al Ministero della Salute (Tabella 6) per conto dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute, mostrano un deciso trend in aumento, anche se i valori non sono ancora uniformemente soddisfacenti rispetto all'obiettivo di copertura del 95% (non inferiore al 90% in ogni distretto) raccomandato dal Piano come necessario per interrompere la circolazione dei virus del morbillo e della rosolia sul territorio regionale.

Nella rilevazione routinaria 2011, la copertura per la seconda dose di MPR somministrata a 5-6 anni, riferita alla coorte di nascita 2004, è risultata dell'82,3%. La copertura per due dosi negli adolescenti, riferita alla coorte 1996, è risultata del 70,5%.

Le coperture vaccinali per MPR stimate sui bambini di età superiore a 15 mesi nel corso delle tre indagini campionarie nazionali ICONA, coordinate a livello regionale dall'OER, confermano il trend positivo di aumento registrato dai dati routinari (Tabella 7).

L'indagine ICONA 2008 ha stimato anche le coperture vaccinali negli adolescenti nel corso del sedicesimo anno di età (coorte di nascita 1992). In Puglia, il 78,6% dei ragazzi nati nel 1992 ha ricevuto una dose di vaccino contro il morbillo (MPR o morbillo) e il 53,8% ha ricevuto due dosi. La copertura vaccinale per una dose di vaccino anti-rosolia è risultata del 76,2%.

SEZIONE 2 - Indicazioni operative alle ASL ai fini dell'attuazione del PNEMoRc 2010-2015

I Dipartimenti di Prevenzione delle ASL garantiscono massima attenzione su:

- sorveglianza dei casi di morbillo e rosolia congenita, rendendo più frequenti i contatti con le U.O. di Malattie Infettive che insistono nei loro comprensori, con i PLS e con i MMG
- effettuazione dell'indagine epidemiologica, utilizzando la scheda acclusa al Piano di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2011, allegata al presente atto, e garantendo al contempo la notifica obbligatoria,

con particolare attenzione all'indagine sui contatti

- conferma di caso, inviando al laboratorio di riferimento regionale un tampone orofaringeo e/o un campione di siero come previsto per la conferma di caso
- tempestiva profilassi post-esposizione dei contatti
- catch up dei suscettibili a tutte le età e ad ogni occasione opportuna.

Considerata l'importanza di monitorare la copertura per la seconda dose di MPR, i Dipartimenti di Prevenzione assicurano la trasmissione all'OER, in aggiunta ai dati rilevati routinariamente su base annuale, dei seguenti indicatori di risultato:

- coorte di bambini di 6 anni compiuti
- n. di bambini di 6 anni compiuti che hanno ricevuto la seconda dose di vaccino MPRV o MPR.
- coorte di adolescenti di 15 anni
- n. di adolescenti di 15 anni che hanno ricevuto la seconda dose di vaccino MPRV o MPR o con immunità naturale per morbillo.

I dati sono trasmessi unitamente al modello di rilevazione routinaria delle coperture vaccinali al 31 dicembre dell'anno corrente (nelle more dell'aggiornamento delle funzionalità del software GIAVA).

I Dipartimenti di Prevenzione garantiscono, nell'arco della vigenza del PNEMoRc, il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale indicati in Tabella 8, unitamente al raggiungimento degli altri obiettivi specifici dettagliatamente declinati al capitolo "5.Obiettivi" del Piano di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2011, allegata al presente atto.

SEZIONE 3 - Coordinamento regionale e di ASL del PNEMorC 2010-15

L'esigenza del Servizio Sanitario Regionale è quella di garantire, in modo puntuale, la coerenza delle attività da esplicarsi in ciascuna ASL con gli atti programmatori regionali in materia di prevenzione del morbillo e della rosolia, nonché la piena adesione ai Piani scaturiti dagli Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni in ordine agli obiettivi specifici, previsti in particolare dal PNEMorC 2010-15. Il tutto deve realizzarsi attraverso l'attuazione delle indispensabili sinergie operative con l'OER per le attività di competenza e sotto la supervisione generale dell'Ufficio Sanità pubblica e sicurezza del lavoro del Servizio PATP, competente in materia, nella certezza che soltanto un'azione congiunta e coordinata possa consentire di raggiungere, entro il 2015, gli obiettivi generali ribaditi dal predetto PNEMorC.

Questo si attua attraverso l'individuazione di referenti esperti per ciascuna ASL, investiti del ruolo di "referenti per i rapporti con la Regione e con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale". Essi, per quanto di rispettiva competenza, interagiscono tra di loro, con il coordinatore regionale del PNEMorC, nonché con il responsabile del Dipartimento di Prevenzione della ASL in cui prestano servizio, al fine di garantire la piena partecipazione della stessa ASL al citato Piano, il rispetto delle procedure ed il correlato raggiungimento degli obiettivi specifici.

La rete regionale degli operatori sanitari incaricati dell'attuazione del PNEMorC è costituita dagli operatori sanitari formalmente designati dai Direttori di Dipartimento di Prevenzione in rappresentanza di tutte le macroaree in cui è ripartito il territorio regionale, nonché da un coordinatore regionale esperto in materia, come di seguito riportati in Tabella 9.

Particolare importanza riveste il ruolo del coordinatore regionale, cui vengono assegnate funzioni di:

- raccordo con l'Ufficio Sanità pubblica e sicurezza del lavoro del Servizio PATP dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute, competenti in materia
- raccordo con il Ministero della Salute e con l'Istituto Superiore di Sanità
- promozione e coordinamento delle attività svolte sul territorio dalle ASL, nonché sviluppo delle attività di rete con le ASL, attraverso il coordinamento dei referenti aziendali del Piano
- verifica e monitoraggio periodici del grado di raggiungimento degli obiettivi del PNEMorC, attraverso la valutazione semestrale degli indicatori di processo e la valutazione annuale degli indicatori di risultato e relativa trasmissione dei risultati alla Regione, al Ministero della Salute e all'ISS
- formulazione di raccomandazioni e indicazioni operative al fine di ottenere una maggiore omogeneità degli interventi di prevenzione sul territorio regionale
- promozione di attività di informazione e formazione per gli operatori sanitari coinvolti.

COPERTURA FINANZIARIA

Il presente provvedimento non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata sia di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art. 4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare quanto esposto in narrativa, che qui si intende integralmente riportato;
2. di prendere atto dell'Analisi di Contesto relativa al morbillo e alla rosolia, predisposta dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale come riportata nella SEZIONE 1 del presente provvedimento;
3. di recepire l'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome relativo al Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015", Rep. Atti n.66/CSR, ALLEGATO A alla presente deliberazione e parte integrante e sostanziale della stessa;
4. di approvare le Indicazioni operative da fornire alle ASL ai fini dell'attuazione del PNEMoRc 2010-2015, come contenute nella SEZIONE 2 del presente provvedimento, dando mandato ai Direttori Generali delle ASL di garantirne la puntuale esecuzione e il raggiungimento degli obiettivi previsti;
5. di istituire il coordinamento della rete regionale dei referenti aziendali del PNEMoRc nella composizione prevista nella SEZIONE 3 del presente provvedimento ai cui componenti sono attribuiti funzioni e compiti dettagliatamente declinati nella detta sezione;
6. di stabilire che la realizzazione del PNEMoRc 2010-15, costituendo attività previste nei LEA, deve avvenire nei limiti delle risorse finanziarie messe a disposizione dal Governo attraverso il riparto del Fondo Sanitario Nazionale, secondo le periodiche erogazioni effettuate alla Regione da parte del Ministero della Salute e trasferite alle ASL ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata;
7. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio PATP, ai Direttori Generali delle ASL, all'OER e a tutti i diretti interessati, per i consequenziali adempimenti di competenza;
8. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della normativa vigente.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino Dott. Nichi Vendola