

ALLEGATO A

Piano Regionale Prevenzione Vaccinale PRPV 2023-2025

Obiettivi, Strategie, Formazione e Comunicazione

Aprile 2024

A cura del Gruppo Tecnico Vaccini e Strategie Vaccinali delle Marche (GTV)

Stesura: settembre 2023 – aprile 2024

Indice

1. Introduzione	2
1.1 Dati epidemiologici	3
1.2 Dati coperture vaccinali	5
2. Obiettivi.....	8
2.1 Obiettivi di copertura PNPV 2023-2025	9
3. Strategie regionali per il raggiungimento degli obiettivi del PNPV 2023-2025.....	12
3.1 Mantenere lo status polio-free	12
3.2 Raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia.....	12
3.3 Rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate	13
3.4 Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target rafforzando Governance, Reti e percorsi di prevenzione vaccinale.....	15
3.5 Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente	18
3.6 Ridurre le diseguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale.....	20
3.7 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale.....	21
3.8 Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino.....	22
3.9 Strategie per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale	23
4. Formazione a sostegno delle attività vaccinali	28
5. Rafforzare la comunicazione in campo vaccinale nelle Marche.....	30
5.1 Obiettivi regionali e aziendali della comunicazione in ambito vaccinale	30
5.2 Azioni strategiche per il raggiungimento degli obiettivi comunicativi.....	31
6. Mantenimento del diritto alla gratuità e vaccinazioni in co-pagamento	34
Acronimi e sigle vaccini.....	36
Principali riferimenti bibliografici	37

1. Introduzione

Le vaccinazioni rappresentano uno degli strumenti più efficaci e sicuri per la protezione della salute individuale e collettiva e per il contrasto alla diffusione delle principali malattie infettive. I vaccini hanno rappresentato uno strumento fondamentale per contrastare disastrose epidemie, come quelle che si sono verificate nei secoli scorsi e quella contro la quale stiamo tuttora alle prese (COVID-19).

Grazie alle vaccinazioni siamo in grado di allontanare il rischio delle malattie prevenibili, secondo la seguente gerarchia:

- eradicazione, per cui l'agente patogeno non circola più e quindi scompare l'infezione da esso provocata;
- eliminazione infezione/malattia, per cui l'agente infettivo non circola più in una definita area geografica come risultato di una specifica attività;
- controllo, per cui può essere raggiunto un livello accettabile di riduzione di morbosità e mortalità.

Recependo il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (PNPV) la Regione Marche e i Servizi Vaccinali delle Aziende Sanitarie Territoriali delle Marche si adoperano per tutelare la salute della popolazione regionale e concorrono, insieme al Ministero della Salute, all'implementazione della visione espressa dall'Organizzazione Mondiale della Salute di un mondo in cui ogni individuo, indipendentemente da dove sia nato, dove viva e chi sia, possa godere di una vita libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione, grazie alla disponibilità dei vaccini che deve essere garantita dalle Autorità Sanitarie e da una politica coerente con gli obiettivi e le strategie di politica sanitaria globale.

Nonostante l'incontestabile impatto che le vaccinazioni hanno determinato e continueranno a determinare, la popolazione generale sembra essere sempre più diffidente nei confronti dei vaccini e sempre meno incline a cogliere le opportunità preventive generate dalla pratica vaccinale.

Sebbene la maggior parte delle malattie infettive siano solo controllabili (al momento l'eliminazione/eradicazione è possibile solo per alcune malattie provocate da patogeni che hanno per ospite soltanto l'uomo), l'introduzione delle vaccinazioni ha consentito nel tempo di ridurre la diffusione di malattie gravi e mortali o addirittura di eradicare, salvando innumerevoli vite. Inoltre, le vaccinazioni si sono dimostrate uno strumento altamente costo-efficace,

riducendo i costi, sia diretti che indiretti, della malattia e delle sue complicatezze. Paradossalmente, proprio il successo delle vaccinazioni ha creato problemi nella loro accettazione, poiché la diminuita incidenza di queste malattie ha portato a una ridotta percezione della loro gravità da parte della popolazione.

Al fine di impostare una corretta strategia preventiva, non è sufficiente avere a disposizione un vaccino sicuro ed efficace, ma è indispensabile conoscere il meccanismo di diffusione dell'agente causale e la situazione epidemiologica esistente nella popolazione in esame, per adottare procedure operative e specifiche strategie mirate a ridurre significativamente i soggetti suscettibili nella comunità considerata. Ciò costituisce quel “valore sociale” della pratica vaccinale, espresso dal fenomeno della protezione di comunità tramite il raggiungimento di un'elevata copertura vaccinale.

1.1 Dati epidemiologici

Polio

Nel 2002 l'Italia ha ottenuto la certificazione ufficiale di Paese libero da polio e la malattia è stata ufficialmente dichiarata eradicata dalla regione europea dell'OMS. Nell'agosto del 2020, anche la regione africana dell'OMS è stata finalmente certificata polio-free. Tuttavia, ad oggi, il poliovirus selvaggio di tipo 1 (WPV1) rimane endemico in 2 Paesi del mondo (Afghanistan e Pakistan), mentre molti altri paesi sono interessati da epidemia di poliovirus circolanti derivati da vaccino (cVDPV). Da questi serbatoi i poliovirus possono essere esportati in molti altri Paesi. Infatti, anche in anni recenti si sono verificati focolai epidemici. Alcuni fattori rendono il nostro Paese particolarmente suscettibile alla minaccia di reintroduzione di poliovirus selvaggi, come il notevole movimento di persone da e per i paesi endemici o con epidemie in corso e la presenza di gruppi di popolazione suscettibili a causa dei bassi livelli di copertura vaccinale, costituiti sia dai soggetti socialmente vulnerabili o “difficili da raggiungere”, come gli immigrati, le diverse etnie di popolazioni nomadi (Rom, Sinti) e i soggetti senza dimora, sia dai gruppi di soggetti che rifiutano le vaccinazioni.

È importante che il “mantenimento dello stato polio-free” sia considerato come una delle priorità del presente Piano e che le azioni necessarie per ridurre il rischio di reintroduzione della malattia, come l'aumento delle coperture vaccinali, la profilassi internazionale, il rafforzamento della sorveglianza delle paralisi flaccide acute (PFA) e della sorveglianza ambientale, il contenimento di laboratorio, siano adeguatamente sostenute e valorizzate nel Sistema Sanitario.

Morbillo

A livello globale, negli anni antecedenti alla pandemia da COVID-19, i casi di morbillo sono aumentati fino a raggiungere, nel 2019, 869.770 casi, ovvero il numero più alto di casi segnalati dal 1996, con aumenti in tutte le regioni dell'OMS.

Anche i decessi per morbillo sono aumentati, di quasi il 50% dal 2016 al 2019 (stima di 207.500 decessi per morbillo solo nel 2019).

Secondo l'ultimo report della Regione Europea dell'OMS relativo ai dati del 2020, l'Italia è tra i 14 Paesi della Regione dove il morbillo continua ad essere endemico. Dall'inizio del 2013 (data di introduzione della sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia) alla fine del 2019 sono stati segnalati in Italia 14.785 casi di morbillo di cui 2.270 nel 2013, 1.695 nel 2014, 256 nel 2015, 862 nel 2016, 5.397 nel 2017, 2.683 nel 2018, 1.622 nel 2019. Da gennaio 2020 il numero di casi segnalati è diminuito, come in altri Paesi, con soli 103 casi segnalati nel 2020, 9 casi nel 2021, 18 casi nel 2022, 43 casi nel 2023. Tuttavia, solo nel primo trimestre del 2024 sono già stati notificati 213 casi di morbillo.

Rosolia

La rosolia può essere molto pericolosa durante la gravidanza, soprattutto se la madre contrae la malattia durante il primo trimestre: più precoce è l'infezione, infatti, maggiore è il rischio di danno embrio-fetale.

Al sistema di sorveglianza nazionale, sono stati segnalati, rispettivamente: 65 casi di rosolia postnatale nel 2013, 26 nel 2014, 27 nel 2015, 30 nel 2016, 68 nel 2017, 21 nel 2018, e 25 nel 2019. Nel 2020 sono stati segnalati 15 casi, nessun caso nel 2021 7 casi nel 2022, 2 casi nel 2023. Per quanto riguarda la rosolia congenita, è stato segnalato un caso nel 2016, un caso nel 2017 e nessun caso confermato negli anni 2018-2020; proprio per questo la Commissione di Verifica Regionale (Regional Verification Committee, o RVC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO - OMS) per l'eliminazione del morbillo e della rosolia nella Regione Europea ha annunciato l'eliminazione della rosolia in Italia.

HPV

Il cancro della cervice uterina rappresenta tutt'oggi il quinto tumore più diffuso a livello mondiale, con un tasso di incidenza standardizzato per età stimato per il 2020 di 13,3 per 100.000 donne, ed è responsabile di centinaia di migliaia di morti ogni anno e di un forte impatto in termini sanitari, sociali ed economici.

La strategia globale dell'OMS per accelerare l'eliminazione del carcinoma cervicale come problema di sanità pubblica, adottata nel 2020, rappresenta la prima strategia sanitaria globale per l'eliminazione di un tumore affrontato come problema di sanità pubblica, con l'obiettivo di incidenza inferiore a 4 per 100.000 donne/anno in ogni paese.

In Italia, nel 2020, sono stati stimati 2.365 nuovi casi e 494 decessi dovuti a tumore della cervice uterina, che si conferma pertanto nel nostro Paese al quinto posto fra i tumori più frequenti nelle donne di età compresa fra 0 e 49 anni, rappresentando l'1,3% di tutti i tumori nel sesso femminile.

L'infezione da HPV è associata allo sviluppo di numerosi altri tumori del distretto uro-genitale (vulva, vagina, pene, ano) e testa-collo (orofaringe), nonché di lesioni benigne ma dal notevole impatto sulla qualità della vita, come i condilomi ano-genitali, aggravando ulteriormente il carico di malattia prodotto da questa infezione.

L'infezione genitale maschile da HPV è molto comune: uno studio internazionale in corso stima una prevalenza del 65,2% nei maschi asintomatici di età compresa tra 18 e 70 anni.

Il vaccino è in grado, inoltre, di ridurre il rischio di recidive in soggetti già affetti da lesioni HPV-correlate, incluse lesioni ad alta frequenza di recidiva come i condilomi ano-genitali.

1.2 Dati coperture vaccinali

Dal 2013 al 2016 le coperture vaccinali in Italia, fino a quel periodo stabili o in aumento, hanno mostrato un trend in diminuzione, scendendo ben al disotto della soglia del 95%, raccomandata dall'OMS. A seguito dell'introduzione della legge dell'obbligo per i minori di 18 anni (Decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119), i dati di copertura vaccinale al 31 dicembre 2017 hanno mostrato un netto miglioramento rispetto all'anno precedente, con una chiara inversione di tendenza.

La tendenza all'aumento è stata confermata anche dalla rilevazione effettuata al 31 dicembre 2018 e si è mantenuta stabile nella rilevazione del 2019, con alcuni consistenti miglioramenti a livello Regionale.

Tuttavia, la pandemia da COVID-19 ha avuto un impatto fortemente negativo sulla popolazione e sui servizi sanitari nazionali, inclusa l'offerta vaccinale. In particolare, le misure di sanità pubblica che hanno imposto alle persone di rimanere a casa, eccetto che per motivi di salute, di lavoro o di urgente necessità, hanno portato alcune persone a decidere di rimandare le vaccinazioni programmate per sé stessi o per i propri figli.

Inoltre, la necessità di riorganizzare i servizi sanitari per aumentare la disponibilità di personale dedicato a fronteggiare l'emergenza, ha avuto un impatto sullo svolgimento regolare delle attività di vaccinazione di routine, come si evince dalla riduzione delle coperture vaccinali nell'anno 2020.

L'ultimo biennio ha mostrato un generale miglioramento delle coperture per gran parte delle vaccinazioni raccomandate nei primi anni di età, rispetto al 2020. Tuttavia, le coperture per morbillo, a 24 mesi, non raggiungono il valore del 95%.

Anche le coperture relative alla vaccinazione HPV sono in generale miglioramento rispetto all'anno precedente, seppur ben al di sotto degli obiettivi nazionali previsti.

Tabella 1 - Andamento delle coperture vaccinali (%) 2017-2022 per vaccino esavalente e MPR (coperture a 24 mesi). Confronto Marche-Italia.

	Esavalente (a)							MPR (b)						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 17-22	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 17-22
Marche	93,01	93,89	94,75	93,82	94,23	95,89	+2,88	88,21	92,07	93,75	92,66	92,81	94,64	+6,43
Italia	94,60	95,09	95,01	94,02	94,00	n.p.	n.c.	91,84	93,22	94,49	92,70	93,85	n.p.	n.c.

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) 1a dose entro 24 mesi

n.p. non pubblicate

n.c. non calcolato

Sulla base delle ultime rilevazioni comunicate ufficialmente al Ministero della Salute (al 31.12.2022), i principali dati di copertura vaccinale delle Marche sono i seguenti:

- coperture vaccinali con vaccino anti difterite, tetano, poliomielite, pertosse, haemophilus influenzae B, epatite B, nei nuovi nati: 95,89% (Coorte 2020 al 31/12/2022);
- coperture vaccinali con vaccino anti Morbillo, Parotite e Rosolia entro i due anni di età: 94,64% (Coorte 2020 al 31/12/2022);
- coperture vaccinali con vaccino antipneumococcico nei nuovi nati: 92,37% (Coorte 2020 al 31/12/2022);
- coperture vaccinali con vaccino antimeningococcico ACWY nei nuovi nati: 84,90% (85,27% se si considera la copertura per il sierotipo "C" - Coorte 2020 al 31/12/2022);
- coperture vaccinali con vaccino antimeningococcico B nei nuovi nati: 78,89% (Coorte 2020 al 31/12/2022);
- coperture vaccinali con vaccino anti difterite, tetano, pertosse e poliomielite a 5-6 anni: 85,8% (Coorte 2015 al 31/12/2022);
- coperture vaccinali con vaccino anti Morbillo, Parotite e Rosolia (ciclo completo di due dosi) nei bambini di 5-6 anni: 85,36% (Coorte 2015 al 31/12/2022);
- coperture vaccinali con vaccino anti papilloma virus (ciclo completo) nelle dodicenni: coorte 2007: 70,91%, coorte 2008: 65,99%, coorte 2009: 49,51%, coorte 2010: 25,36% (al 31/12/2022);
- coperture vaccinali con vaccino anti papilloma virus (ciclo completo) nei dodicenni: coorte 2007: 58,45%, coorte 2008: 56,91%, coorte 2009: 38,80%, coorte 2010: 19,69% (al 31/12/2022);
- coperture vaccinali con vaccino anti difterite, tetano, pertosse negli adolescenti (range 11-18 anni): 84,33% (Coorte 2004 al 31/12/2022), 67,85% (Coorte 2006 al 31/12/2022);
- coperture vaccinali con vaccino anti influenzale negli ultrasessantacinquenni: 62,8% (stagione 2021-2022), 55,1% (stagione 2022-2023).

2. Obiettivi

Obiettivi del PNPV 2023-2025 sono:

1. Mantenere lo status polio-free
2. Raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia
3. Rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate
4. Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target rafforzando Governance, Reti e percorsi di prevenzione vaccinale
5. Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente
6. Ridurre le diseguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale
7. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale
8. Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino
9. Rafforzare la comunicazione in campo vaccinale
10. Promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia.

La finalità del documento di recepimento del PNPV 2023-2025 è proprio quella di sostenere gli obiettivi nazionali e mettere in campo ogni strategia ed azione utile allo scopo.

Per raggiungere gli obiettivi del piano sono previste una serie di strategie, che concorrono in modo trasversale verso l'obiettivo delle coperture vaccinali target secondo criteri di efficacia ed efficienza.

Anche nelle Marche l'eliminazione e la riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità da realizzare attraverso strategie efficaci e applicate nella maniera più omogenea possibile su tutto il territorio nazionale e regionale. Appare dunque evidente recepire il PNPV 2023-2025, presentando, anche per la nostra Regione, un Calendario vaccinale di riferimento condiviso, sostenibile, al passo con le evidenze scientifiche

e basato su un razionale chiaro e accettabile per tutti gli interlocutori istituzionali e professionali.

Per tale ragione, anche nelle Marche si è deciso di pubblicare il Calendario vaccinale regionale come allegato distinto e, pertanto, facilmente aggiornabile in base ai futuri scenari epidemiologici, alle evidenze scientifiche e alle innovazioni in campo biomedico. Il nuovo calendario, oltre a presentare l'offerta vaccinale attivamente e gratuitamente prevista per fascia d'età, contiene le vaccinazioni raccomandate a particolari categorie a rischio (per condizione medica, per esposizione professionale, per eventi occasionali, per vulnerabilità sociali ed economiche).

2.1 Obiettivi di copertura PNPV 2023-2025

- A. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~95% contro difterite, tetano, poliomielite, pertosse, haemophilus influenzae B, epatite B, entro i 2 anni di età;
- B. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~95% contro difterite, tetano, pertosse e poliomielite a 5-6 anni;
- C. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~90% per la vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite negli adolescenti all'età di 14-15 anni (range 11-18 anni);
- D. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~95% per 1 dose di MPR entro i 2 anni di età;
- E. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~95% per 2 dosi di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (11-18 anni);
- F. Riduzione della percentuale delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia a meno del 5%;
- G. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~95% per la vaccinazione antipneumococcica nei nuovi nati entro i 2 anni di età;
- H. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~90% per la vaccinazione antimeningococcica ACWY entro i 2 anni di età;
- I. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~95% per la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACWY in una coorte di adolescenti (11-18 anni);

- J. raggiungimento di coperture vaccinali per ciclo completo di HPV ~ 95% nelle ragazze al dodicesimo anno di età;
- K. raggiungimento di coperture vaccinali per ciclo completo di HPV ~95% nei ragazzi al dodicesimo anno di età;
- L. offerta attiva della vaccinazione antivaricella agli adolescenti suscettibili (11-18 anni), alle donne suscettibili in età fertile e ai soggetti ad elevato rischio individuale e professionale;
- M. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~95% per 1 dose di vaccinazione antivaricella entro i 2 anni di età;
- N. raggiungimento e mantenimento (nelle Marche a partire dalla coorte 2014) di coperture vaccinali ~95% per 2 dosi di vaccinazione antivaricella nei bambini di 5-6 anni di età;
- O. raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75%, come obiettivo minimo perseguitibile, e del 95%, come obiettivo ottimale, negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i LEA;
- P. raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione antipneumococcica del 75%;
- Q. raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione anti Herpes zoster del 50%;
- R. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~ 90% per la vaccinazione antimeningococcica B entro i 2 anni di età;
- S. raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali ~ 90% per la vaccinazione antirotavirus entro l'anno di età.

Tabella 2 - Confronto tra obiettivi di copertura e coperture attuali nelle Marche (31/12/2022)

Vaccinazione	Dose	Coperture 2022	Obiettivi di copertura	Scostamento dagli obiettivi di copertura
Difterite/Tetano/Pertosse/Polio/EpB/HiB	3 dosi a 24 mesi	95,9%	95%	+0,9%
MPR	1 dose a 24 mesi	94,6%	95%	-0,4%
Varicella	1 dose a 24 mesi	91,8%	95%	-3,2%
Pneumococco	3 dosi a 24 mesi	91,5%	95%	-3,5%
Meningococco B	ciclo completo a 24 mesi	78,1%	90%	-11,9%
Meningococco ACWY	1 dose a 24 mesi	84,1%	90%	-5,9%
Rotavirus	ciclo completo a 12 mesi	74,1%	90%	-15,9%
Difterite/Tetano/Pertosse/Polio	4 dose a 6 anni	85,8%	95%	-9,2%
MPR	2 dose a 6 anni	85,9%	95%	-9,1%
Varicella	2 dose a 6 anni	67,1%	95%	-27,9%
HPV (F)	Ciclo completo dodicenni (coorte 2010)	25,4%	95%	-69,6%
HPV (M)	Ciclo completo (coorte 2010)	19,7%	95%	-75,3%
Difterite/Tetano/Pertosse/Polio	5 dose adolescenti (coorte 2004)	84,4%	90%	-5,6%
Meningococco ACWY	2 dose adolescenti (coorte 2004)	71,4	95%	-23,6%
Influenza	>65 anni	55,1% (stagione 2022-2023)	75%	-19,9%

3. Strategie regionali per il raggiungimento degli obiettivi del PNPV 2023-2025

Rispetto agli obiettivi nazionali si riportano, di seguito, le strategie che a livello regionale consentiranno di concorrere al raggiungimento degli stessi.

3.1 Mantenere lo status polio-free

Nella nostra regione le coperture vaccinali anti polio dell'età pediatrica sono risultate per molti anni subottimali (< 95%) e alla data del 31/12/2022 le coperture con quarta e quinta dose di IPV non superano l'85% di copertura. E' quindi necessario che anche nelle Marche si potenzi l'offerta vaccinale territoriale in maniera da consentire le attività di recupero degli inadempienti, eventuali attività straordinarie di immunizzazione, il monitoraggio delle coperture vaccinali e l'attuazione di recall mirati per il miglioramento delle coperture vaccinali.

E' necessario promuovere azioni di "preparedness" al fine di essere in grado di rispondere, anche con una campagna straordinaria di vaccinazione, a eventuali casi di poliovirus che dovessero verificarsi nel territorio nazionale, secondo quanto previsto dal *Piano per la pronta risposta ad una eventuale reintroduzione di poliovirus o epidemia di poliovirus* al paragrafo 5.3 "Campagne di vaccinazione supplementari".

3.2 Raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia

In accordo con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 e in particolare relativi al Programma 12 Malattie Infettive e Vaccinazioni sono state programmate cinque site visit territoriali per definire le criticità relative agli obiettivi e alle azioni previste dal Piano Nazionale Eliminazione Morbillo e Rosolia congenita (PNEMoRc). Le Site visit sono iniziate nel 2023 e proseguiranno sino al 2025 anche con la finalità di diffondere buone pratiche su tutto il territorio regionale.

La strategia principale per il raggiungimento e il mantenimento dello stato di eliminazione del Morbillo è quella di operare per ottenere e mantenere coperture vaccinali elevate (> 95% a livello regionale e provinciale; > 90% in tutti i distretti) attraverso:

- l'attuazione di attività strutturate di reminder e recall,

- il monitoraggio delle coperture,
- il monitoraggio delle motivazioni di mancata vaccinazione,
- la revisione periodica dei numerosi dissensi temporanei,
- l'attuazione di attività di recupero degli inadempienti,
- eventuali attività straordinarie di immunizzazione,
- la prioritarizzazione del vaccino MPR-MPRV in ogni occasione sia possibile scegliere quali vaccini eseguire in soggetti suscettibili.

E' inoltre necessario attivare azioni per facilitare la vaccinazione degli adulti suscettibili promuovendo la consapevolezza dell'importanza del vaccino attraverso campagne mediatiche, diffusione materiale informativo, coinvolgimento locale di leader di comunità o organizzazioni prone alla diffusione dei messaggi preventivi (es. Lions Club, etc) e facilitazione delle attività vaccinali (ingresso senza prenotazione, etc).

3.3 Rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate

Il cancro della cervice uterina rappresenta il quinto tumore più diffuso a livello mondiale, con un tasso di incidenza standardizzato per età stimato per il 2020 di 13,3 per 100.000 donne. In Italia, nel 2020, sono stati stimati 2.365 nuovi casi e 494 decessi dovuti a tumore della cervice uterina, che si conferma pertanto nel nostro Paese al quinto posto fra i tumori più frequenti nelle donne di età compresa fra 0 e 49 anni, rappresentando causa di forte impatto in termini sanitari, sociali ed economici.

L'infezione da HPV è associata allo sviluppo di numerosi altri tumori del distretto uro-genitale (vulva, vagina, pene, ano) e testa-collo (orofaringe), nonché di lesioni benigne ma dal notevole impatto sulla qualità della vita, come i condilomi ano-genitali. Ciò aggrava ulteriormente il carico di malattia prodotto da questa infezione.

La strategia dell'OMS per accelerare l'eliminazione del carcinoma cervicale rappresenta la prima strategia sanitaria globale per l'eliminazione di un tumore affrontato come problema di sanità pubblica e l'obiettivo è quello di raggiungere il 90% delle ragazze vaccinate contro l'HPV entro l'età di 15 anni. L'estensione della vaccinazione nei ragazzi, promossa in Italia con il precedente PNPV, è centrale per rafforzare la prevenzione di tutte le malattie HPV correlate.

Le principali azioni da intraprendere sono le seguenti:

- rilanciare e rafforzare la campagna di vaccinazione contro HPV, prevedendo il coinvolgimento attivo del territorio (in particolare PLS/MMG e consultori familiari), degli specialisti (in primis pediatri, ginecologi, oncologi), delle società scientifiche e della società civile;
- favorire la vaccinazione attraverso l'ampliamento dell'accesso ai servizi vaccinali, l'organizzazione di open day e attività di catch up;
- garantire offerta gratuita del vaccino fino a 30 anni (29 anni, 364 giorni) per le donne e garantire la gratuità del vaccino per i maschi almeno fino ai 26 anni di età (25 anni, 364 giorni, a partire dalla coorte dei nati nel 2006), garantendo altresì il mantenimento della gratuità nel tempo per le coorti beneficiarie;
- integrare con specifiche attività informative il materiale comunicativo/informativo che sarà prodotto nel contesto delle azioni previste dal PNP/PRP relativamente al PP3 (Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute).
- adottare strumenti e tecnologie informatiche flessibili per supportare la chiamata attiva e la gestione della prenotazione per ridurre le probabilità di non presentazione;
- analizzare i determinanti dell'esitazione vaccinale nei confronti dei vaccini anti-HPV e intervenire su di essi e sviluppare una estesa campagna comunicativa e informativa a supporto della campagna nazionale di vaccinazione contro HPV, impegnata su più fronti: scuole, punti di ritrovo per i giovanissimi e i giovani, tutti i media (anche i social media);
- rafforzare la comunicazione agli studenti e ai genitori tramite la scuola. Nell'ambito delle attività comunicative/informative sono sempre più frequenti le progettualità che prevedono il coinvolgimento attivo delle scuole, a partire dalla collaborazione nell'invio di note informative e inviti alla vaccinazione che possano raggiungere le famiglie degli studenti interessati per età (scuole secondarie di primo e secondo grado), anche integrando con questa specifica attività informativa le azioni previste dal PNP/PRP (PP1 Scuole che Promuovono Salute);
- spostare il target comunicativo dai genitori agli adolescenti, perché ragazze e ragazzi, correttamente informati, possano essere il motore di un cambiamento che li veda protagonisti della scelta vaccinale.

3.4 Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target rafforzando Governance, Reti e percorsi di prevenzione vaccinale

Il PNPV stabilisce che l'organizzazione delle attività vaccinali debba condurre ad una omogeneità delle attività vaccinali sul territorio nazionale, per garantire i LEA e per evitare disparità tra Regioni e all'interno della medesima Regione, attraverso un'appropriata allocazione ai Servizi Vaccinali di strutture idonee e di risorse umane adeguate sia sanitarie che non sanitarie.

Il PNPV 2023-2025 stabilisce che i programmi di vaccinazione devono essere oggetto di attenta programmazione, organizzazione e gestione da parte delle Aziende Sanitarie Locali per garantire la qualità, la sicurezza della prestazione vaccinale, l'equità, la presa in carico nel percorso vaccinale individuale e la tutela della salute pubblica. Il PNPV stabilisce inoltre che i programmi di vaccinazione devono essere costantemente monitorati e migliorati attraverso l'analisi delle coperture vaccinali per garantire, da parte del Dipartimento di Prevenzione, il coordinamento di interventi strutturati e tempestivi a fronte di possibili criticità.

Sempre il PNPV chiarisce che i Dipartimenti di Prevenzione garantiscono sul territorio le competenze specialistiche in tema vaccinale e la *governance* di tutte le offerte e i programmi di vaccinazione in ragione del loro ruolo a tutela della salute pubblica e al fine di perseguire gli obiettivi di copertura, omogeneità, accessibilità, equità e qualità nell'offerta vaccinale. Pertanto i cinque Dipartimenti di Prevenzione delle Marche dovranno garantire, ciascuno per il proprio territorio di competenza, il coordinamento di tutti gli attori coinvolti nella vaccinazione per tutti gli aspetti di programmazione, organizzazione e monitoraggio tenendo conto che il modello organizzativo territoriale delle vaccinazioni è un modello a rete dove ogni Dipartimento di Prevenzione garantisce le vaccinazioni definendo l'organizzazione interna e/o promuovendo collaborazioni con altre Strutture e professionisti opportunamente individuati e formati per l'erogazione delle vaccinazioni ed il raggiungimento degli obiettivi indicati nel presente Piano, nel rispetto delle indicazioni e delle norme regionali.

Per tale ruolo di *Governance* della prevenzione vaccinale, e per la necessità di potenziare l'offerta vaccinale anche alla luce dei nuovi LEA che garantiscono la gratuità delle vaccinazioni per i soggetti a rischio di tutte le età previste, è necessario che i Servizi Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione siano adeguatamente dimensionati, nelle more delle risultanze dei lavori del "Tavolo tecnico di lavoro dedicato alla definizione di obiettivi, standard organizzativi e di personale dei Dipartimenti di prevenzione, alla luce del nuovo assetto della prevenzione collettiva e di sanità pubblica previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza

(PNRR)", istituito con Decreto del Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria in data 22.12.2023.

E' a questo proposito rilevante proseguire in tutte le strategie e le attività che garantiscano la centralità del paziente, la piena accessibilità all'atto vaccinale, la collaborazione tra articolazioni del servizio sanitario, l'intersettorialità della pratica vaccinale, la sicurezza dell'atto vaccinale e la qualità dei percorsi offerti:

- garantire la maggiore prossimità e la maggiore accessibilità possibile con la moltiplicazione dei punti vaccinali attraverso il potenziamento dei Servizi vaccinali delle AST e il continuo coinvolgimento delle farmacie territoriali a sostegno delle attività che prevedono campagne vaccinali di massa (COVID-19 e influenza); a tal riguardo si auspica una semplificazione nella logistica per la distribuzione e conservazione dei vaccini, come ad esempio la distribuzione per il tramite delle farmacie territoriali che, seppur potenzialmente più onerosa offre migliori garanzie in termini di mantenimento della catena del freddo e semplifica la gestione di quantitativi elevati di vaccino, ottimizzando contestualmente la capillarità e la tempistica della disponibilità dei vaccini nelle sedi di erogazione;
- concordare, organizzare e promuovere attività vaccinali in strutture sanitarie, quali Ospedali e RSA, tali da facilitare la presa in carico della persona a rischio per patologia, che troppo spesso ignora l'offerta vaccinale potenziale;
- valutare il mantenimento e il potenziamento di nuovi percorsi per l'offerta vaccinale individuale sulla base delle specifiche condizioni di rischio attraverso collaborazioni per aumentare l'adesione alle vaccinazioni nei gruppi a rischio per condizioni cliniche, la condivisione di protocolli di immunizzazione con tutti gli altri medici specialisti che seguono i soggetti affetti da diabete, cardiopatie, BPCO, insufficienza epatica, insufficienza renale, malattie autoimmuni, ematologiche, oncologiche, nonche' il coinvolgimento dei medici competenti per le attività vaccinali previste in determinate condizioni di rischio di natura professionale;
- potenziare la sinergia tra i Dipartimenti di Prevenzione e i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta; sostenere e rafforzare le reti di promozione vaccinale costituite dai MMG e i PLS per il rafforzamento dell'offerta vaccinale ai soggetti fragili per patologie croniche o condizioni di rischio specifiche; allo stesso modo sarà necessario sostenere l'impegno dei PLS, figure di riferimento nei primi anni della vita per la tutela della salute del neonato e del bambino, in grado di svolgere un

ruolo centrale nella promozione della vaccinazione per il proprio assistito e della fiducia vaccinale dei suoi genitori e del nucleo familiare;

- promuovere attività vaccinali nelle Case della Comunità, con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione;
- facilitare la strutturazione di un modello hub-spoke adattato al contesto geografico e alle caratteristiche del territorio che, secondo principi di sicurezza, appropriatezza, equità e qualità dell'offerta, persegua l'efficienza organizzativa e al contempo promuova anche la capillarità dei punti vaccinali, semplifichi l'accesso, garantisca l'offerta attiva delle vaccinazioni previste e la valutazione specialistica di casi complessi o con specifiche condizioni di rischio; a tal proposito, andrebbe adeguatamente valorizzata l'esperienza maturata nel periodo pandemico con i grandi hub vaccinali. La loro attivazione è sicuramente complessa e richiede un'attenta attività di programmazione che andrebbe auspicabilmente prevista e testata nei periodi "interpandemici", prevedendone l'inserimento nei piani pandemici locali così da ottimizzare le notevoli risorse necessarie per garantirne il funzionamento (attenzionando adeguatamente eventuali costi di affitto, manutenzione e climatizzazione dei locali e pianificando adeguatamente la logistica, il personale sanitario e quello di supporto). C'è da precisare che gli hub vaccinali non debbono per forza essere collocati in complesse e potenzialmente costose strutture da utilizzare per brevi periodi, ma possono anche caratterizzarsi come innovative e modulari modalità di offerta, garantendo una maggiore sostenibilità e resilienza prevedendo la loro integrazione nella dotazione strutturale degli enti pubblici, pronti a garantire servizi vaccinali di qualità nel momento del bisogno;
- garantire un'offerta vaccinale di qualità che dovrà essere rafforzata applicando gli standard organizzativi e di personale che garantiscono in tutto il territorio regionale il contrasto a disuguaglianze di offerta a livello territoriale e che possano rendere sostenibile l'offerta vaccinale stessa.

Di seguito si riportano, per punti, gli elementi strategici da tenere in adeguata considerazione per garantire il raggiungimento dell'obiettivo.

- Le decisioni sugli aspetti organizzativi e gestionali delle campagne vaccinali, compresa la campagna antinfluenzale, devono essere prese coinvolgendo adeguatamente il dipartimento di prevenzione per il suo ruolo complessivo di governance.
- Nello scegliere le modalità di offerta, è opportuno confrontare tutti i possibili setting/erogatori anche in termini di appropriatezza organizzativa, ricordando che la

raccomandazione all'offerta attiva e gratuita all'interno del SSN è identificata sulla base di valutazioni farmaco-economiche positive. E' pertanto opportuno evitare di generare una competizione tra i possibili erogatori finalizzata al solo raggiungimento di soggetti già aderenti alla vaccinazione. Una tale strategia, lungi dal consentire un aumento delle coperture, sarebbe particolarmente negativa nei modelli misti (soggetti remunerati a prestazione vs tariffa oraria); è opportuno garantire una equa ed efficace distribuzione delle dosi tra i soggetti erogatori per evitare disagi nella prenotazione degli utenti o nell'approvvigionamento da parte degli erogatori.

- Soprattutto nella realizzazione di accordi con soggetti erogatori aggiuntivi rispetto ai servizi vaccinali, è auspicabile considerare sistemi di remunerazione che possano valorizzare non soltanto la singola prestazione vaccinale, ma il sostanziale contributo al raggiungimento degli obiettivi di coperture (ad esempio l'offerta attiva di entrambe le vaccinazioni, preferibilmente in co-somministrazione, l'utilizzo appropriato del vaccino per lo specifico target, il miglioramento progressivo delle coperture per singolo erogatore, la garanzia di offerta al domicilio per i soggetti allettati, l'adesione a momenti formativi condivisi).
- Gli accordi integrativi dovrebbero essere strutturati in modo tale da facilitare una reale integrazione tra la medicina generale, la farmacia, il Dipartimento di Prevenzione ed il Distretto attraverso un percorso concertato tra le varie articolazioni impegnate nell'organizzazione dei servizi di prevenzione vaccinale.
- Dovrebbero essere evitate macroscopiche differenze di remunerazione prestazionale tra i vari erogatori negli accordi regionali
- È necessario individuare indicatori di performance stratificati per modello e monitorare l'effettivo impatto dei cambiamenti e per garantire l'efficacia delle azioni adottate.

3.5 Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente

Il PNPV sottolinea l'importanza di garantire la migliore prevenzione vaccinale abbandonando l'approccio passivo di richiesta da parte del soggetto interessato per passare alla logica proattiva di un percorso vaccinale centrato sul paziente.

E' a questo proposito opportuno che la rete specialistica pensata per la presa in carico dei soggetti a rischio possa promuovere attivamente le vaccinazioni (sulla scorta di quanto avvenuto per la vaccinazione anti Covid19), tanto a livello ospedaliero che territoriale.

I PDTA dei pazienti affetti da patologie croniche, a rischio di infezione e forme gravi di patologie infettive prevenibili da vaccino, dovrebbero integrare i calendari vaccinali specifici, anche grazie all'accesso ai dati vaccinali del paziente, per facilitare la presa in carico vaccinale da parte del personale specialistico, ospedaliero e territoriale.

I soggetti in follow-up ambulatoriale per patologia o che accedono all'ospedale in regime di ricovero dovrebbero essere invitati alla vaccinazione in tali occasioni.

A tal riguardo appare utile sottolineare come alcune realtà ospedaliere, abbiano evidenziato la capacità di offrire le vaccinazioni per pazienti complessi che necessitano di valutazione multi-specialistica o della somministrazione in ambiente protetto e di promuovere percorsi di formazione ed aggiornamento multi-specialistici per il personale sanitario e studi clinici sull'efficacia e sicurezza sul campo delle vaccinazioni. In questo contesto emerge il "Programma Nazionale "Ospivax" - Vaccinarsi anche in Ospedale" che si propone di divulgare cultura vaccinale e diffondere piani di offerta articolata di promozione vaccinale in ambito ospedaliero rivolti agli Operatori Sanitari, ai Pazienti (in particolare fragili) e ai contatti dei Pazienti (per protezione "Cocoon").

Laddove non fosse realizzabile l'erogazione delle vaccinazioni necessarie direttamente presso il servizio che ha in carico il paziente per la patologia specialistica, neanche attraverso la realizzazione di protocolli interdipartimentali e/o interaziendali, appare fondamentale facilitare le attività di prenotazione ed indirizzo del paziente stesso presso i centri vaccinali territoriali che se ne faranno carico per l'offerta del calendario specifico.

Dunque per riassumere, le strategie da mettere in atto nelle Marche per promuovere una efficace prevenzione vaccinale nella popolazione ad alto rischio per patologia sono le seguenti:

- coinvolgere nella promozione della vaccinazione gli specialisti sia negli ospedali, sia nel territorio (i centri diabetologici, i centri dialisi, i centri trapianti, i centri oncematologici, i centri cardiologici, i centri di secondo livello dello screening per il carcinoma cervicale, gli ambulatori di pneumologia, reumatologia, gastroenterologia, ecc.);
- integrare calendari vaccinali specifici nei PPDTA (Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale) dei pazienti affetti da patologie croniche, a rischio di infezione e forme gravi di patologie infettive prevenibili da vaccino;
- promuovere l'organizzazione di attività vaccinali ospedaliere/territoriali specialistiche, dedicate ai soggetti a rischio per patologia/condizione;

- promuovere la realizzazione di protocolli interdipartimentali e/o interaziendali per facilitare la presa in carico vaccinale dei soggetti che ne hanno diritto/bisogno;
- verificare l'avvenuta vaccinazione dei propri assistiti indicando nei documenti clinici del paziente (ad esempio la lettera di dimissione o il piano assistenziale individuale), la raccomandazione ad effettuare le vaccinazioni previste per la condizione di rischio e non ancora effettuate;
- facilitare le attività di prenotazione ed indirizzo del paziente stesso presso i centri vaccinali territoriali che se ne faranno carico per l'offerta del calendario specifico;
- garantire un approccio vaccinale che faciliti le co-somministrazioni per ridurre gli accessi ai centri vaccinali, garantire una protezione più rapida e ridurre il fenomeno del dropout.

Per tutte le strategie ed attività definite appare necessario che venga garantito un congruente potenziamento delle infrastrutture informatiche per la condivisione dei dati relativi alla situazione vaccinale di tutti i cittadini.

3.6 Ridurre le diseguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale

Uno degli scopi dei programmi di prevenzione vaccinale dovrebbe essere quello di ridurre le diseguaglianze esistenti tra diversi gruppi di popolazione, realizzando appositi interventi indirizzati ai soggetti caratterizzati da una maggiore difficoltà nell'essere raggiunti dai servizi sanitari ("hard to reach, HTR").

Basse coperture vaccinali in questi gruppi possono dipendere da vari fattori: difficoltà di identificazione da parte delle anagrafi sanitarie, difficoltà di contatto attraverso i normali canali (lettera invito), barriere dovute alla comunicazione, basso livello educativo, analfabetismo, isolamento sociale, atteggiamenti culturali, timore di discriminazione.

La promozione delle vaccinazioni dovrebbe quindi includere in maniera trasversale i gruppi di popolazione vulnerabili, a maggior rischio sia di malattie prevenibili da vaccino che di basse coperture vaccinali per effetto della posizione socio-economica e della marginalizzazione sociale (migranti, soggetti senza dimora, detenuti, residenti in comunità, tossicodipendenti, etc.) per i quali e' necessario predisporre strategie e approcci dedicati, attivare servizi territoriali prossimi alla condizione di disagio, coinvolgere attori della società civile e degli enti del terzo settore per facilitare il completamento delle vaccinazioni raccomandate.

Le azioni da intraprendere per raggiungere queste popolazioni devono mirare a garantire l'offerta delle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale dell'infanzia, dell'adolescenza e dell'età adulta ed eventuali vaccinazioni aggiuntive per soggetti ad aumentato rischio (indipendentemente dall'età), secondo l'approccio verticale di risposta a bisogni di salute complessi; le finalità di tali azioni devono inoltre rendere più "familiari" i servizi sanitari territoriali, al fine di facilitarne l'accesso.

Più in generale, per i gruppi difficili da raggiungere è necessario valorizzare l'approccio intersetoriale e multidisciplinare previsto nel PNP 2020-2025 con il coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore presenti sul territorio come, ad esempio, le associazioni locali operanti per le comunità straniere.

È fondamentale una stretta collaborazione tra i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle AST e i servizi sociali dei Comuni di riferimento, i mediatori culturali e le associazioni di volontariato.

L'identificazione di gruppi difficili da raggiungere presenti sul territorio può facilitare l'ampliamento dell'offerta vaccinale attraverso specifici interventi. Un rafforzamento della prevenzione vaccinale in contesti di fragilità sarebbe particolarmente auspicabile anche per il consolidamento degli obiettivi del mantenimento dello stato "Polio-free", nonché del raggiungimento degli obiettivi del PNEMoRC e di prevenzione del cervicocarcinoma e patologia HPV correlata.

Tra i piani di recupero va senz'altro citata la necessità di provvedere alla vaccinazione di quei soggetti che non fossero stati vaccinati durante il periodo COVID-19. A questo proposito un'attenta analisi delle coperture vaccinali a livello locale è necessaria per identificare e invitare alla vaccinazione, quanto prima possibile, quella quota di popolazione.

3.7 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale

Nel corso del 2023 è stato posto in funzionamento il nuovo gestionale informativo delle vaccinazioni, denominato SIAMA (Servizio Informativo Anagrafe vaccinale delle MArche) e ben presto la rilevazione dei dati aggregati delle coperture vaccinali dichiarate dalle Regioni alla Direzione della Prevenzione Sanitaria del Ministero della salute potrà essere sostituita dal calcolo delle coperture vaccinali effettuato sulla base dei dati individuali trasmessi all'AVN. Con l'AVN potra' essere effettuato anche il calcolo delle coperture relative alla vaccinazione antinfluenzale.

Ulteriore attenzione dovrà essere posta in futuro, anche nelle Marche, al perfezionamento dell'accesso del cittadino ai propri dati vaccinali, sfruttando le potenzialità del Fascicolo Sanitario Elettronico (e.g. vaccinazioni ricevute e vaccinazioni potenzialmente ricevibili), rendendo altresì lo strumento interoperabile con le altre fonti di dati sanitari.

Tale implementazione promuoverebbe una maggiore immediatezza di reperibilità dei dati a vantaggio dei professionisti sanitari coinvolti nel processo e dei cittadini stessi.

Per le finalità di coordinamento delle attività vaccinale che deve essere esercitato dai Dipartimenti di Prevenzione è opportuno che il software gestionale SIAMA sia migliorato con possibilità di report statistici ad hoc, in grado di disaggregare i dati vaccinali per singolo erogatore (fino al calcolo delle coperture negli assistiti di un singolo MMG/PLS).

Per poter avviare a regime il calcolo delle coperture vaccinali utilizzando l'AVN, è necessario che le Regioni e PA conferiscano in maniera completa le informazioni previste nei flussi trimestrali dell'AVN. Al fine di superare le criticità relative alla completezza di tali flussi nell'ambito di un Gruppo di lavoro AVN Ministero della Salute/Regioni/P.A., opportunamente dedicato, saranno attivate delle sessioni di audit nei confronti delle Regioni e P.A. che presentino ancora delle criticità o incompletezze nei flussi dati. Sulla base di questo confronto operativo si procederà a risolvere le criticità che dovessero emergere.

3.8 Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino

Con il Decreto Ministeriale 7 marzo 2022 (GU 7 aprile 2022 - Serie Generale n. 82), inoltre, il Ministero della salute ha implementato il nuovo sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL) con il quale ha adeguato la segnalazione delle malattie infettive alla definizione di caso prevista dalla decisione della Commissione Europea 2018/945/CE del 22 giugno 2018 e successive modifiche.

Tale sistema di segnalazione è stato sviluppato con i seguenti obiettivi:

- informatizzare e rendere interoperabili i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, consentendo così l'integrazione tra i diversi livelli istituzionali;
- migliorare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratori);
- superare le criticità connesse alla tempistica e all'attuale modalità di segnalazione delle malattie infettive;

- adeguare il flusso informativo alla normativa nazionale ed europea vigente in materia di protezione dei dati personali.

Al fine di permettere un miglior controllo delle malattie prevenibili da vaccino, attraverso una efficace programmazione delle azioni e degli interventi di prevenzione, il monitoraggio della loro efficacia e il loro tempestivo adeguamento in base al mutare dello scenario epidemiologico è necessario che anche nelle Marche si proceda a:

- collaborare con il livello centrale per garantire una gestione interdisciplinare e intersetoriale delle malattie infettive, (consultazione, analisi e discussione dei dati);
- migliorare il ritorno di informazione, garantendo la disponibilità regionale di una reportistica adeguata e tempestiva.

3.9 Strategie per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale

E' ormai consolidata la strategia dell'offerta attiva e gratuita quale principale strumento da utilizzare per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale. Pertanto, come già specificato con DGR 458/2017 e precedenti, tutte le vaccinazioni per le quali questo documento fissa obiettivi specifici di copertura saranno offerte attivamente e gratuitamente, con la collaborazione di tutti gli attori coinvolti nelle campagne vaccinali.

Per le vaccinazioni dell'età pediatrica e per i vaccini dell'adulto previsti in base all'età la strategia di chiamata attiva si sostanzia mediante invito formale, generalmente mediante lettera di invito trasmessa in modalità di posta ordinaria. E' inoltre opportuno procedere con le eventuali attività di sollecito che si rendano necessarie, anche al fine dell'adempimento degli obblighi vaccinali previsti dalla Legge 119/2017.

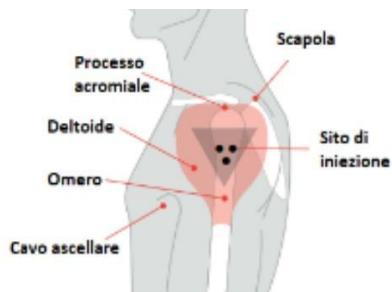
Per il raggiungimento di coperture vaccinali più elevate è di dimostrata efficacia il contenimento del numero degli accessi degli utenti ai servizi vaccinali. Questo può essere ottenuto grazie ad un calendario che preveda la somministrazione di più vaccini nella stessa seduta, tutte le volte che questo risulti possibile, quando la co-somministrazione non sia controindicata.

I vantaggi della co-somministrazione sono molteplici, sia sotto il profilo preventivo che organizzativo e sono estendibili alla popolazione pediatrica così come ai soggetti di ogni età che siano beneficiari di un calendario vaccinale particolare, per malattia o altra condizione di rischio, e in particolare:

- la co-somministrazione di più vaccini garantisce una copertura vaccinale completa e tempestiva, nel rispetto degli intervalli minimi dei diversi cicli vaccinali; questo determina una riduzione del rischio di infezione;
- la co-somministrazione riduce il possibile fenomeno del “drop-out” (utente che inizia un ciclo e che non lo porta a compimento);
- la co-somministrazione garantisce una riduzione degli accessi vaccinali dell’utente, arrecando minori disagi che derivano dai multipli accessi agli ambulatori vaccinali;
- la co-somministrazione garantisce il maggior numero di somministrazioni ed ha anche l’effetto di aumentare la disponibilità di slot vaccinali presso i Servizi.

La co-somministrazione di più di due vaccinazioni nella stessa seduta va considerata come buona pratica vaccinale; a titolo esemplificativo è possibile effettuare tre somministrazioni intramuscolari nello stesso deltoide, separate da uno spazio di 3,5 cm².

Figura - Sede deltoidea, co-somministrazione con tre vaccinazioni intramuscolari



Alcuni vaccini causano più frequentemente una reazione locale, pertanto sarebbe opportuno, laddove possibile, somministrare tali vaccini su arti separati: vaccini quali COVID-19, Herpes Zoster, Epatite A, HPV, Pneumococco (PCV, PPSV) e i vaccini contenenti la componente tetanica, sono più suscettibili di causare dolore nel sito di iniezione.

A questo proposito si raccomanda un rafforzamento delle attività di counselling vaccinale da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti, al fine di garantire tutte le informazioni utili per ottenere un migliore uptake vaccinale e una ampia accettazione delle co-somministrazioni offerte. Al contempo si ritiene necessario, soprattutto nella cosomministrazione delle vaccinazioni pediatriche, implementare strategie di gestione del dolore, come ad esempio la

corretta posizione del neonato/bambino nel corso della somministrazione, tecniche distrattive efficaci, corretta tecnica di inoculazione.

Il calendario vaccinale nazionale prevede associazioni vaccinali consolidate che consentono il raggiungimento di molti degli obiettivi specifici nazionali e regionali. Promuovere la strategia di offerta di tutte le co-somministrazioni possibili, superando la visione operativa dei due vaccini co-somministrati per via intramuscolare a seduta, potrebbe ottimizzare l'offerta vaccinale.

Si raccomanda l'adozione da parte di tutti gli attori del Servizio vaccinale regionale di ogni strategia efficace per il miglioramento dell'uptake vaccinale di tutti i vaccini offerti attivamente e gratuitamente. Tali strategie sono, in particolare:

- attività di reminder prevaccinale, con la finalità di ricordare gli appuntamenti vaccinali, anche utilizzando specifiche modalità informatizzate, per accertarsi che l'invito alla vaccinazione e il relativo materiale informativo sia stato recepito, accordarsi per un nuovo appuntamento vaccinale qualora il contattato esprima l'impossibilità di rispettare l'appuntamento dato;
- attività di recall conseguentemente ad appuntamenti disattesi, con la finalità di comprendere le ragioni della mancata presentazione e assegnare un nuovo appuntamento;
- controllo periodico delle percentuali di copertura vaccinale, con la finalità di avere consapevolezza delle maggiori criticità in ambito di coperture vaccinali, identificare sacche di suscettibilità, prevedere attività di recupero sistematico dei non vaccinati, etc;
- identificazione delle motivazioni di mancata vaccinazione, come richiesto dai LEA della Prevenzione collettiva; è opportuno che si dedichi tempo per comprendere quali siano i determinanti prevalenti e potenziali responsabili di un basso uptake vaccinale, in modo tale da poter affrontare ogni determinante che possa essere corretto mediante azioni organizzative o comunicative appropriate;
- pulizia costante dei dati anagrafici che consenta la fruibilità di denominatori attendibili per il calcolo più preciso possibile delle copertura vaccinali.

Strategie specifiche e dedicate a singoli obiettivi di copertura vaccinale dovranno inoltre essere poste in essere per quelle vaccinazioni le cui coperture vaccinali regionali evidenziano una grande distanza rispetto agli obiettivi nazionali di copertura, ad esempio: ciclo completo

di vaccino anti-rotavirus a 12 mesi di vita; ciclo completo di anti meningococco B a 24 mesi di vita; vaccino antivaricella a 5-6 anni di vita; vaccino anti HPV nei 12enni, vaccino antinfluenzale negli ultra60enni.

A questo proposito, ogni buona pratica vaccinale che dimostri efficacia nel miglioramento dell'uptake vaccinale andrà comunicata dai Direttori dei SISP al Coordinatore del Gruppo Tecnico Vaccini e Strategie Vaccinali delle Marche perché possa essere valutata l'estensione a tutto il territorio regionale.

Come già stabilito dalla DGR 458/2017 L'adeguamento del personale dei Servizi vaccinali è strategia irrinunciabile per l'implementazione dell'offerta vaccinale prevista dal nuovo PNPV.

Tale adeguamento dovrà essere coerente con quanto stabilito dal Tavolo nazionale per la valutazione dei fabbisogni di risorse dei Dipartimenti di Prevenzione, istituito dal Ministero della Salute nel 2023.

Per adeguare l'offerta vaccinale regionale rispetto alle esigenze del nuovo PNPV continua ad essere essenziale la collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

E' previsto che l'organizzazione dell'offerta vaccinale si caratterizzi per il diretto coinvolgimento dei MMG nelle vaccinazioni previste nell'età adulta, con offerta attiva e gratuita agli assistiti 65enni (vaccinazione antipneumococcica e antizoster), come già avviene nelle attività vaccinali stagionali per la prevenzione dell'influenza.

Nel sostegno alle attività vaccinale, era già stato previsto un coinvolgimento diretto della pediatria di libera scelta nell'esecuzione della vaccinazione anti-rotavirus, raccomandata universalmente a tutti i bambini a partire dalla sesta settimana di vita ma tale coinvolgimento non è mai stato reso operativo. Considerando che la vaccinazione effettuata in tempi precoci determina una più tempestiva protezione dal rischio infettivo e una riduzione del seppur bassissimo rischio di rare complicanze come l'invaginazione intestinale, la collaborazione dei PLS continua ad essere una strategia da perseguire.

Si continua a porre particolare enfasi ad ogni attività che possa facilitare la "presa in carico" di un utente esitante, per comprendere i determinanti dell'esitazione specifica e poter attuare ogni possibile attività utile al miglioramento dell'uptake vaccinale:

- ai PLS è richiesta, durante i bilanci di salute, una particolare attenzione alle attività di promozione delle vaccinazioni. Per affrontare la problematica dell'esitazione vaccinale

è essenziale la collaborazione con i Servizi vaccinali e con gli altri operatori sanitari coinvolti o dedicati alle attività vaccinali pediatriche;

- ai MMG è richiesta la disponibilità di contrastare l'esitazione negli anziani che declinano l'invito ad effettuare le vaccinazioni previste per l'età o per condizioni di rischio, nonostante l'offerta attiva e gratuita, in collaborazione con i Servizi vaccinali e gli operatori sanitari dedicati o coinvolti nelle attività vaccinali dell'età adulta.

In generale è raccomandato che ogni operatore sanitario trasmetta informazioni corrette e aggiornate sull'importanza della pratica vaccinale in ogni occasione opportuna. A tale proposito è opportuno ricordare che già il precedente PNPV stabiliva come che ogni operatore sanitario, e a maggior ragione chi svolge a qualsiasi titolo incarichi per conto del Servizio Sanitario Nazionale, è chiamato a informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni in accordo alle più aggiornate evidenze scientifiche e alle strategie condivise a livello nazionale, sottolineando come la diffusione di informazioni non basate su prove scientifiche sia "moralmente deprecabile, costituisca grave infrazione alla deontologia professionale oltreché essere contrattualmente e legalmente perseguitabile".

E a tale proposito si esorta ogni operatore sanitario a segnalare agli organi competenti gli operatori sanitari che sostengano e promuovano la diffusione di disinformazione in ambito vaccinale specialmente laddove si abbiano evidenze oggettive di pratiche apertamente contrarie alle evidenze scientifiche.

4. Formazione a sostegno delle attività vaccinali

Il PNPV prevede che tutti gli operatori sanitari siano soggetti a formazione continua in ambito vaccinale, specificando che la formazione dovrebbe essere favorita distinguendo target di operatori differenti sulla base del coinvolgimento nelle attività vaccinali: Gli operatori sanitari vengono distinti in “dedicati”, “coinvolti” e “informati”:

- Operatori dedicati: sono tutti gli operatori direttamente coinvolti nella implementazione delle attività vaccinali (ad esempio gli operatori dei Servizi vaccinali);
- Operatori coinvolti: sono tutti gli operatori coinvolti indirettamente nelle attività vaccinali (per l'interesse specifico in alcune vaccinazioni particolari, es: ginecologi per vaccinazione anti-hpv);
- Operatori informati: sono tutti gli operatori sanitari che non siano dedicati o coinvolti; necessitano di una formazione generalizzata, finalizzata a diffondere e sostenere una cultura vaccinale di base.

Già nel contesto delle strategie comunicative previste dal PNPV si specifica quanto sia opportuno:

- promuovere meccanismi di formazione a cascata per dare capillarità alle azioni formative e favorire la formazione *peer to peer*;
- organizzare corsi di formazione mirati su counselling vaccinale e comunicazione del rischio in ambito vaccinale;
- facilitare l'acquisizione di abilità e competenze finalizzate ad affrontare la comunicazione operatore sanitario-utente mediante un appropriato utilizzo degli approcci comunicativi più efficaci (ad es. approccio presuntivo, motivazionale, cognitivo) tale da rispondere alle esigenze dei singoli utenti.

Il capitolo del PNPV dedicato alla formazione entra nei meccanismi e nelle dinamiche della formazione universitaria.

Per garantire delle ottimali coperture vaccinali nei professionisti sanitari ed assicurare una corretta attività di informazione e consulenza in materia di prevenzione vaccinale dei pazienti, appare essenziale mantenere il personale sanitario e gli studenti in medicina e delle professioni sanitarie adeguatamente formati ed aggiornati relativamente alla vaccinologia e alle strategie vaccinali in essere sulla base delle migliori evidenze condivise dalla comunità scientifica.

Il bisogno di affrontare, approfondire e aggiornarsi su questa tematica emerge peraltro anche dai medici e dagli operatori sanitari stessi, che si trovano impegnati in attività di vaccinazione provenendo talvolta da discipline non direttamente associate alla vaccinologia e che non hanno quindi una conoscenza completa sull'argomento, in particolare su tematiche maggiormente di frontiera, quale quella dell'esitazione vaccinale. Non va infatti dimenticato, in quest'ottica, che il medico o l'operatore sanitario deve essere in grado di rispondere ai quesiti, ai dubbi e alle diverse richieste di informazioni dei cittadini in tema di vaccinazione e che avere una formazione adeguata in materia li aiuta quindi a essere preparati e a contrastare nel migliore dei modi il fenomeno dell'esitazione vaccinale.

Numerosi corsi di studio in ambito universitario o della formazione post-universitaria trattano le tematiche relative ai vaccini e alle vaccinazioni nei loro programmi. Tuttavia, i confini della vaccinologia sono diventati molto ampi negli ultimi anni, tanto da richiedere particolare attenzione nel ricomporre gli insegnamenti al fine di rendere coerente la materia in ambito universitario, nonché di promuovere un'attività di formazione continua per medici ed operatori sanitari completa e aggiornata.

Si ritiene utile promuovere un confronto con gli Atenei delle Marche tenendo anche conto dell'autonomia organizzativa delle singole Università al fine di definire meglio come gli insegnamenti in vaccinologia, e i relativi obiettivi formativi e risultati attesi proposti dall'Allegato 3 del PNPV, possano raggiungere i Corsi di laurea e i corsi di formazione specialistica elencati a titolo esemplificativo nello stesso Allegato del Piano Nazionale.

5. Rafforzare la comunicazione in campo vaccinale nelle Marche

La comunicazione in ambito vaccinale deve essere considerata una misura non farmacologica efficace ad ottenere il miglioramento della pratica vaccinale, sia in termini di processo dell'atto vaccinale che in relazione all'outcome delle attività, con il miglioramento dell'uptake vaccinale. Le azioni e le attività riportate in questo capitolo richiamano due livelli di intervento differenti, regionale e locale, e richiedono la massima attenzione agli aspetti comunicativi che va assicurata a partire dalla fase di pianificazione delle attività.

Di seguito si ripropongono gli obiettivi della comunicazione in ambito vaccinale, ripresi dal PNPV e adattati al livello regionale e locale. Successivamente si riportano, con la stessa logica, le azioni strategiche che dovranno essere attuate sul territorio regionale/locale.

Tali azioni rappresentano la base per il raggiungimento dell'obiettivo del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 della Regione Marche previsto dal Programma Libero 12, OT07IT07 “Realizzazione del programma di comunicazione e progressiva applicazione” che prevede che venga inizialmente definito un cronoprogramma di strategie multisetting e relative attività comunicative per una maggiore adesione vaccinale e successivamente che le strategie e le azioni previste siano applicate secondo i tempi stabiliti.

5.1 Obiettivi regionali e aziendali della comunicazione in ambito vaccinale

1. Introdurre attività di studio, analisi e monitoraggio del fenomeno dell'esitazione vaccinale a livello regionale/locale.
2. Implementare attività di promozione e comunicazione multicanale delle vaccinazioni e garantire che siano in atto meccanismi comunicativi per rispondere ai dubbi della popolazione marchigiana ed alle informazioni inesatte o false circolanti, anche attraverso l'utilizzo dei social media e delle nuove tecnologie dei media.
3. Garantire una risposta coerente, tempestiva, trasparente e affidabile in relazione ad eventi avversi vaccino correlati a livello regionale e locale.
4. Formare gli operatori sanitari sulla vaccinologia e sulla comunicazione in ambito vaccinale a partire dalla formazione universitaria e post-universitaria; fornire opportunità di formazione continua per gli operatori sanitari.

5. Creare alleanze regionali e locali per ottimizzare gli sforzi, le risorse, i materiali e le competenze di advocacy e favorire il community engagement (inclusi educatori, leader di comunità, media tradizionali e social media, mediatori sanitari, “immunization champions”, associazioni e società professionali nazionali, istituzioni accademiche e organizzazioni della società civile, decisori politici).

5.2 Azioni strategiche per il raggiungimento degli obiettivi comunicativi

Le azioni qui riportate sono mutuale dal PNPV e adattate al contesto regionale e locale, in coerenza con quanto richiesto dal livello nazionale, allorché si specifica che le azioni utili al raggiungimento degli obiettivi suddetti dovrebbero essere intraprese a tutti i livelli (nazionale, regionale e locale) in modo coerente e, possibilmente, concertato. In relazione agli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione si specifica che le azioni regionali (R) entrano nel cronoprogramma di strategie multisetting e relative attività comunicative per una maggiore adesione vaccinale contemplato nel Piano Regionale della Prevenzione che ad ogni buon conto si riporta al termine di questo capitolo. Le azioni locali (L) saranno oggetto di valutazione periodica da parte del Gruppo Tecnico Vaccini delle Marche.

Tabella 3 - Azioni utili a garantire approfondimenti sui determinanti dell'esitazione vaccinale

Azione/attività	Ambito di intervento	Tempistica
Istituire nell'ambito del Gruppo Tecnico Vaccini e strategie di Vaccinazione delle Marche di un sottogruppo di lavoro multidisciplinare dedicato allo studio e all'approfondimento dell'esitazione vaccinale nelle Marche (composizione che contempli rappresentanti di MMG, PLS, SISP, Università, Farmacisti).	R	2024
Attivare azioni di approfondimento, analisi e monitoraggio del fenomeno dell'esitazione vaccinale ad ogni livello. Report annuale sulle attività effettuate nel territorio regionale e sui dati raccolti con particolare attenzione rivolta alle azioni per il contrasto dell'esitazione vaccinale che emergono dalle evidenze raccolte.	R - L	2024 e 2025

Tabella 4 - Azioni utili a garantire coerenza e continuità all'azione comunicativa in relazione a differenti contesti comunicativi

Azione/attività	Ambito di intervento	Tempistica
Elaborare, quando necessario, un piano di comunicazione secondo le indicazioni specificate nell'allegato 3 del PNPV dal titolo “Esempio di contenuti, fasi di pianificazione, management e valutazione dei risultati di una campagna comunicativa di livello locale”	R - L	N.A.
Qualora venga pubblicato recepire il piano strategico di comunicazione in ambito vaccinale	R	Entro 6 mesi dalla pubblicazione del Piano nazionale
Elaborare un piano di azioni di risposta comunicativa ai cosiddetti Eventi Vaccino Correlati (VRE - Vaccine Related Events) secondo i modelli di intervento OMS (Guida operativa WHO: “Vaccine Safety Events: managing the communications response” e successivi aggiornamenti)	R	2024
In caso di evento vaccino correlato attuare le azioni pianificate nel piano di risposta comunicativa ai VRE	R - L	2024 e 2025
Garantire manutenzione e aggiornamento dei siti regionali/locali che garantiscono le informazioni su sedi, orari, contatti e modalità di accesso alle attività vaccinali	R - L	2024-2025

Tabella 5 - Azioni utili a migliorare la comunicazione interna sui vaccini rivolta agli operatori sanitari

Azione/attività	Ambito di intervento	Tempistica
Organizzare eventi formativi sulle vaccinazioni distinguendo il target formativo secondo le indicazioni nazionali del PNPV privilegiando per quanto possibile meccanismi di formazione a cascata per dare capillarità alle azioni formative e favorire la formazione peer to peer	R - L	2024-2025
Organizzare corsi di formazione mirati su counselling vaccinale e comunicazione del rischio in ambito vaccinale, facilitando l'acquisizione di abilità e competenze finalizzate ad affrontare la comunicazione operatore sanitario-utente mediante un appropriato utilizzo degli approcci comunicativi più efficaci (ad es. approccio presuntivo, motivazionale, cognitivo) tale da rispondere alle esigenze dei singoli utenti.	R - L	2025
Creare almeno un canale di ascolto privilegiato per raccogliere dubbi e difficoltà degli operatori sanitari a cui dedicare risposte puntuali e specifiche con strumenti di comunicazione interna quali e-mail dedicate, newsletter, faq su siti aziendali.	R - L	2024-2025

Facilitare la diffusione di dati e informazioni vaccinali per rafforzare la rete degli operatori dedicati, coinvolti e informati mediante utilizzo di mailing list, gruppi di messaggistica istantanea, report periodici etc.	R - L	2025
---	-------	------

Tabella 6 - Azioni utili a ricreare e mantenere un clima di fiducia tra cittadini e istituzioni sanitarie

<i>Azione/attività</i>	<i>Ambito di intervento</i>	<i>Tempistica</i>
Testare esperienze pilota con progetti che promuovano l'esempio positivo dei genitori che vaccinano i loro figli con serenità, come normale gesto di prevenzione	L	2024-2025
Valutare le modalità e le tempistiche dedicate ai colloqui prevaccinali con genitori esitanti sul territorio regionale	R	2024
Formalizzazione degli accordi di manutenzione evolutiva del portale Vaccinarsi nelle Marche (VinMar) per il triennio 2023-2025	R	2024
Revisione contenuti, piano e organizzazione editoriale del sito (VinMar) www.vaccinarsinellemarche.org	R	2024
Segnalare alla stampa i risultati positivi ottenuti, creando contenuti che possano essere veicolati anche online, utili a sottolineare i progressi della prevenzione vaccinale	R - L	2024-2025
Segnalare alla stampa casi di malattie prevenibili con vaccino, creando contenuti che possano essere veicolati anche online, utili a sottolineare la gravità di certi eventi, il fatto che anche se rari siano possibili, l'importanza di aderire alla pratica vaccinale	R - L	2024-2025
Sperimentare azioni di community engagement in relazione alla pratica vaccinale, alle opportunità preventive da essa derivanti e in caso di VRE	L	2024-2025
Revisione della rete dei referenti regionali per la vaccinovigilanza	R	2024
Pubblicazione periodica dei dati provenienti dal sistema di vaccinovigilanza delle Marche	R	2025

6. Mantenimento del diritto alla gratuità e vaccinazioni in co-pagamento

Considerato l'approccio della strategia vaccinale, che mira a proteggere la popolazione raggiungendo adeguati livelli di copertura in specifiche coorti di nascita, il PNPV 2023-2025 stabilisce che la gratuità della vaccinazione sia garantita anche a coloro che aderiscono alla stessa in ritardo.

Quindi, al fine del raggiungimento degli obiettivi delle corti di nascita è importante che chi non si vaccina al momento della chiamata mantenga il diritto alla gratuità in caso di adesione ritardata, sia per le vaccinazioni non obbligatorie pediatriche e dell'adolescenza, almeno fino ai 18 anni compresi (18 anni e 364 giorni), sia per le persone con condizioni di fragilità indicate per vaccino, sia per le vaccinazioni dell'adulto nel rispetto delle indicazioni contenute nel "Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto RCP" di ogni specifico vaccino.

Per il vaccino HPV la gratuità è estesa ai 29 anni e 364 giorni nella donna e ai 25 anni e 364 giorni nell'uomo.

Tutte le vaccinazioni raccomandate per età, per condizioni patologiche e di rischio, per determinati comportamenti o condizioni come specificato nel presente Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale sono da intendersi ad offerta attiva e gratuita.

Le vaccinazioni raccomandate per i soggetti a rischio per esposizione professionale sono da intendersi con offerta attiva e oneri a carico del datore di lavoro, o secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

Le vaccinazioni per i viaggiatori, tranne quelle incluse nel calendario vaccinale regionale, sono a carico dell'interessato, fatto salvo i minori, per i quali è prevista gratuità.

E' garantita, su richiesta, la possibilità di effettuare in co-pagamento le vaccinazioni che non rientrino nel regime di gratuità previsto dalle normative nazionali o regionali oppure non siano previste dai Calendari specifici per età/condizioni cliniche particolari.

Quindi le vaccinazioni che vengono somministrate su richiesta non previste nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA) possono essere somministrate con la partecipazione della spesa a carico dell'utente. In questo caso le tariffe sono calcolate sommando la tariffa per la somministrazione, attualmente pari a € 12,00 - DODICI/00 EURO -, al costo del vaccino aggiudicato nella gara d'acquisto regionale o in ambito di trattativa privata, comprensivo di IVA al 10%. La cifra finale da fare pagare all'utente dovrà essere arrotondata all'euro: per

difetto quando i centesimi della cifra totale risultano inferiori o uguali a 49; in eccesso quando risultano uguali o superiori a 50.

Le tariffe devono essere sempre ricalcolate in caso di variazioni di prezzo dei vaccini, in più od in meno, ed immediatamente applicate.

Per il rilascio duplicati del certificato di vaccinazione internazionale va previsto il pagamento di € 20,00 - VENTI/00 EURO -.

Acronimi e sigle vaccini

AVN = Anagrafe Vaccinale Nazionale

AVR = Anagrafe Vaccinale Regionale

BPCO = Bronco pneumopatie cronico ostruttive

HPV = Papilloma Virus Umano

HTR = Hard To Reach (Difficili da raggiungere)

IPV = Vaccino iniettabile contro il poliovirus

LEA = Livelli Essenziali di Assistenza

MMG = Medico di Medicina Generale

MPR = Vaccino contro morbillo parotite rosolia

MPRV = Vaccino contro morbillo parotite rosolia varicella

OMS = Organizzazione Mondiale della Salute (anche WHO, World Health Organization)

PCV = Vaccino pneumococcico polisaccaridico coniugato

PDTA = Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale

PFA = Paralisi Flaccide Acute

PL = Programmi Liberi (in riferimento al PNP/PRP)

PLS = Pediatra di Libera Scelta

PNEMoRc = Piano Nazionale Eliminazione Morbillo e Rosolia congenita

PNP = Piano Nazionale della Prevenzione

PNPV = Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale

PP = Programmi Predefiniti (in riferimento al PNP/PRP)

PPDTA = Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico e Assistenziale

PPSV = Vaccino pneumococcico polisaccaridico

PRP = Piano Regionale della Prevenzione

RSA = Residenze Sanitarie Assistenziali

SIAMA = Servizio Informativo Anagrafe vaccinale delle MArche)

SISP = Servizio Igiene e Sanità Pubblica

VinMar = Sito internet “Vaccinarsi nelle Marche”

VRE = Evento Vaccino Correlato (Vaccine Related Event)

Principali riferimenti bibliografici

- Ministero della Salute. Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025. Gazzetta Ufficiale il 21 agosto 2023 (G.U. Serie Generale, n. 194 del 21 agosto 2023).
- Regione Marche. DGR 458/2017: Adeguamento dell'offerta vaccinale nella Regione Marche in relazione al recepimento del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 - Direttive alle Aziende del S.S.R.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, 2017.
- Istituto Superiore di Sanità. Morbillo & Rosolia News. Disponibile online. <https://www.epicentro.iss.it/morbillo/aggiornamenti>.
- Costantino C, Rizzo C, Rosselli R, Battista T, Conforto A, Cimino L, Poscia A, Fiacchini D. Ten Actions to Counteract Vaccine Hesitancy Suggested by the Italian Society of Hygiene, Preventive Medicine, and Public Health. *Vaccines (Basel)*. 2022 Jun 27;10(7):1030. doi: 10.3390/vaccines10071030.
- Ministero della Salute. Impatto dell'emergenza COVID-19 sulle attività di vaccinazione – analisi del fenomeno e raccomandazioni operative. Circ. Min. n. 0025631-30/07/2020-DGPRE-DGPRE-P.
- Poscia A, Paolorossi G, Collamati A, Costantino C, Fiacchini D, Angelini C, Bernabei R, Cimini D, Icardi G, Siddu A, Silenzi A, Spadea A, Vetrano DL. Enhancing routine immunization efforts for older adults and frail individuals: Good practices during the SARS-CoV-2 pandemic in Italy. *Hum Vaccin Immunother*. 2024 Dec 31;20(1):2330152. doi: 10.1080/21645515.2024.2330152. Epub 2024 Mar 27.
- Arghittu A, Dettori M, Dempsey E, Deiana G, Angelini C, Bechini A, Bertoni C, Boccalini S, Bonanni P, Cinquetti S, Chiesi F, Chironna M, Costantino C, Ferro A, Fiacchini D, Icardi G, Poscia A, Russo F, Siddu A, Spadea A, Sticchi L, Triassi M, Vitale F, Castiglia P. Health Communication in COVID-19 Era: Experiences from the Italian VaccinariSì Network Websites. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 25;18(11):5642. doi: 10.3390/ijerph18115642.
- Mascia D, Iacopino V, Frisicale EM, Iacovelli A, Boccia S, Poscia A. The Impact of School and After-School Friendship Networks on Adolescent Vaccination Behavior. *Vaccines (Basel)*. 2020 Jan 29;8(1):55. doi: 10.3390/vaccines8010055.
- Poscia A, Pastorino R, Boccia S, Ricciardi W, Spadea A. The impact of a school-based multicomponent intervention for promoting vaccine uptake in Italian adolescents: a retrospective cohort study. *Ann Ist Super Sanita*. 2019 Apr-Jun;55(2):124-130. doi: 10.4415/ANN_19_02_04.
- Osservatorio Italiano Prevenzione. Programma Nazionale “Ospivax” - Vaccinarsi anche in Ospedale Disponibile online: <https://www.ospivax.it/wp-content/uploads/2024/03/Programma-Nazionale-OSPIVAX-2024-1.pdf>. Ultimo accesso 19/03/2024.
- Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Decalogo per il piano vaccinale anti COVID-19, Roma,2021. Disponibile online: https://www.vaccinarsi.org/assets/uploads/files/SITI_OIP_Decalogo_per_il_piano_vaccinale_anti_COVID_19.pdf Ultimo accesso 19/03/2024.
- Società Italiana d'Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - gruppo di lavoro task shifting. Proposta di modello operativo svolgimento della seduta vaccinale. Disponibile Online (ultimo accesso: 24/03/2024) <https://www.igienistionline.it/docs/2016/36tssedvac.pdf>.
- Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica – Giunta Nazionale SItI, Gruppo di Lavoro Vaccini e Strategie Vaccinali e Gruppo di Lavoro Dipartimento di Prevenzione. Buone pratiche vaccinali per l'Italia. Disponibile online (ultimo accesso: 09/04/2024): https://www.sanitainformazione.it/wp-content/uploads/2024/01/Documento_Guida-alle-buone-pratiche-vaccinali.pdf.
- Regione Umbria. Accordo tra la Regione Umbria e le Associazioni delle Farmacie pubbliche e private convenzionate per la somministrazione, da parte dei farmacisti, e la consegna ai medici di medicina generale, dei vaccini anti SARS-COV-2 e antinfluenzali, e per la somministrazione dei test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo. Deliberazione giunta regionale n.1125. BUR n. 60 del 16/11/2022 Serie Generale.