



MINISTERUL SANATATII



INSTITUTUL NAȚIONAL
DE SĂNĂTATE PUBLICĂ



CENTRUL NAȚIONAL DE EVALUARE ȘI
PROMOVARE A STĂRII DE SĂNĂTATE



CENTRUL REGIONAL DE
SĂNĂTATE PUBLICĂ TIMIȘOARA



ANALIZĂ DE SITUAȚIE - SĂPTĂMÎNA EUROPEANĂ A VACCINĂRII 25–30 aprilie 2016

Sumar:

- I. Introducere;
- II. Situația epidemiologică a bolilor prevenibile prin vaccinare în Europa și în România;
- III. Acoperirea vaccinală la nivel mondial;
- IV. Acoperirea vaccinală în România;
- V. Legislație;
- VI. Bibliografie.

I. Introducere

Între 25 și 30 aprilie 2016, pe tot teritoriul Europei, se sărbătorește Săptămâna Europeană a Vaccinării (SEV), parte integrantă din campania Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) denumită „Săptămâna Mondială a Vaccinării”.

Înființată în anul 2005, SEV este celebrată anual cu scopul de a sublinia importanța vaccinării, cea mai eficientă metodă de prevenire a bolilor infecțioase. Europa a fost declarată „polio-free” în anul 2002 iar în ultimul deceniu, cazurile de rujeolă din regiune s-au redus cu mai mult de 90%. Datorită programelor riguroase de vaccinare, cele 53 de state membre din regiunea OMS Europa sunt aproape de eliminarea rujeolei și rubeolei. Cu toate acestea, aproape 650.000 din cei 10,7 milioane de sugari născuți anual, nu primesc seria completă cu trei doze de vaccin împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive, până la împlinirea vârstei de 1 an.¹ În toate țările există populații vulnerabile, iar focarele de boli infecțioase continuă să se răspândească în regiune. În plus, în rândul părinților și chiar al unor cadre medicale, a apărut și s-a propagat un curent de opinie defavorabil imunizării active.²

De aceea, activitățile din 2016 se concentrează pe progresul și provocările întâmpinate în procesul eliminării rujeolei și rubeolei din spațiul european.³ S-au făcut progrese mari în vederea atingerii acestui obiectiv, dar mai sunt necesare eforturi pentru a crește acoperirea vaccinală, prin sensibilizarea părinților, personalului medical, factorilor politici și *mass-mediei*.

¹ REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2010/why-is-eiw-important>, accesat la 20.02.2016

² REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/84279/European-Immunization-Week-Eng.pdf?ua=1, accesat la 20.02.2016

³ REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/04/european-immunization-week-2016/news/news/2016/01/european-immunization-week-2016-celebrates-progress-in-controlling-vaccine-preventable-disease>, accesat la 20.02.2016

În 2016, Săptămâna Mondială a Vaccinării continuă campania de anul trecut cu tema “Remedierea lacunelor de vaccinare”, dar atrage atenția asupra necesității imunizării pe tot parcursul vieții (inclusiv în rândul adolescenților și adulților) precum și asupra importanței vaccinării persoanelor din zonele de conflict sau aflate în situații de urgență.⁴

La nivel european, în 2015, au apărut următoarele noutăți în domeniul vaccinării:

- ✓ Introducerea unui nou calendar de vaccinare în România;
- ✓ Adoptarea unei scheme noi cu 2 doze de preparat antiHPV în mai multe țări;
- ✓ Revizuirea politicii de vaccinare antimeningococică în Belgia și Spania;
- ✓ Introducerea vaccinului hexavalent în Croația și a celui antirotavirus în Letonia;
- ✓ Desfășurarea unor campanii de vaccinare antizoster și de tip *catch-up* în rândul vârstnicilor, în Marea Britanie.⁵

În urma campaniei „SEV” desfășurată în România, în perioada 20-25 aprilie 2015, s-au elaborat mai multe materiale (planificarea campaniei, analiza de situație, diferite materiale informative și grafice). DSP județene Alba, Bacău, Brașov, Buzău, Hunedoara, Maramureș, Neamț, Olt și Vâlcea au participat la campanie prin diseminarea materialelor în rândul personalului medical (în special al medicilor de familie), al mediatorilor sanitari, dar și în comunitate prin intermediul rețelelor sociale, *mass-mediei* locale, prin organizarea de ateliere, seminarii, conferințe, sesiuni de instruire, dar și prin acțiuni de imunizare în comunitățile cu risc crescut sau de recuperare a restanțierilor.

II. Situația epidemiologică a bolilor prevenibile prin vaccinare în Europa și România

1. Tuberculoza

În 2013, 30 de state membre ale UE/EEA au raportat 64.844 cazuri, din care aproape 50% au provenit din România, Polonia și Marea Britanie, iar 25,8% din cazuri doar din România. Rata globală de raportare a fost de 12,7 la 100.000 de locuitori, mai mică cu 5,9% față de 2012. Ratele naționale de raportare au variat între 3,4 la 100.000 de locuitori în Islanda, până la 83,5 în România. 3 țări au prezentat rate peste 40 la 100.000 de locuitori - Letonia, Lituania și România. 62,1% din cazuri au fost confirmate prin teste de laborator. 70,5% au fost cazuri de TBC pulmonar, 22,3% de TBC extrapulmonar, 6,8% asocieri și pentru 0,4% nu s-a raportat localizarea.⁶ Țările cu incidență mare continuă să prezinte cele mai ridicate procente de multirezistență (între 12 și 23% în statele baltice). Un procent de 17,5% din cazurile MDR au fost de fapt extensiv-rezistente (XDR).

Ratele cele mai mari de raportare s-au înregistrat la grupa de vârstă 25-44 ani, cu 15,1 la 100.000 de locuitori. Copiii sub 15 ani au reprezentat 4,1% din totalul de cazuri, cu cele mai mari rate în Bulgaria, Letonia, Lituania și România. Din cele 18.180 cazuri de origine străină, 77,7% au fost raportate de 5 țări - Franța, Germania, Italia, Spania și Marea Britanie, din care 30,4% doar de Regatul Unit. Frecvența cazurilor de origine străină este sub 1% în Bulgaria, Polonia și România, dar de peste 85% în Cipru, Malta, Luxemburg, Norvegia și Suedia.⁷

⁴ WHO. <http://www.who.int/campaigns/immunization-week/2016/event/en/>, accesat la 20.02.2016

⁵ ECDC. EIW 2015 at ECDC, http://ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=1205, accesat la 20.02.2016

⁶ ECDC. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015, <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf>, accesat la 29.02.2016

⁷ ECDC. The TB situation in 2013: Findings from the joint TB surveillance and monitoring report by ECDC and the WHO Regional Office for Europe, http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Tuberculosis/epidemiological_data/Documents/2015/tuberculosis-surveillance-findings-2015.pptx, accesat la 29.02.2016

În majoritatea țărilor, trendul s-a menținut constant descendent în perioada 2009-2013. În Bulgaria, Estonia și România, scăderea a fost pronunțată, în medie cu 8-9% pe an, dar în Letonia, ratele de raportare s-au menținut constante. În țările nordice, Danemarca, Norvegia, Suedia, ratele sunt în creștere, în medie cu 1% pe an, printr-o depistare mai eficientă a cazurilor, dar mai ales prin creșterea imigrației provenite din țările încă endemice. În plus, mai există emigranții din țările non-UE, majoritatea din regiunea Mediteranei de Est și a Asiei de Sud-Est, precum și cazurile de coinfecții TBC-HIV provenite din Africa.

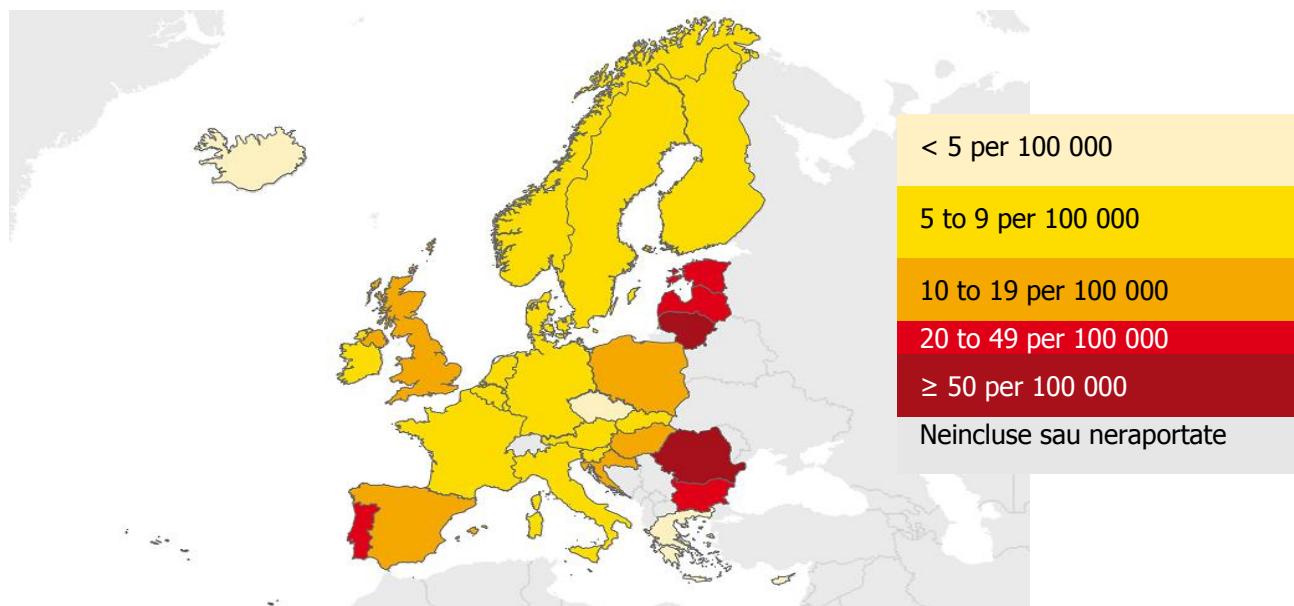


Fig. nr.1 Rata cazurilor raportate de tuberculoză, UE/EEA, 2013 ⁷

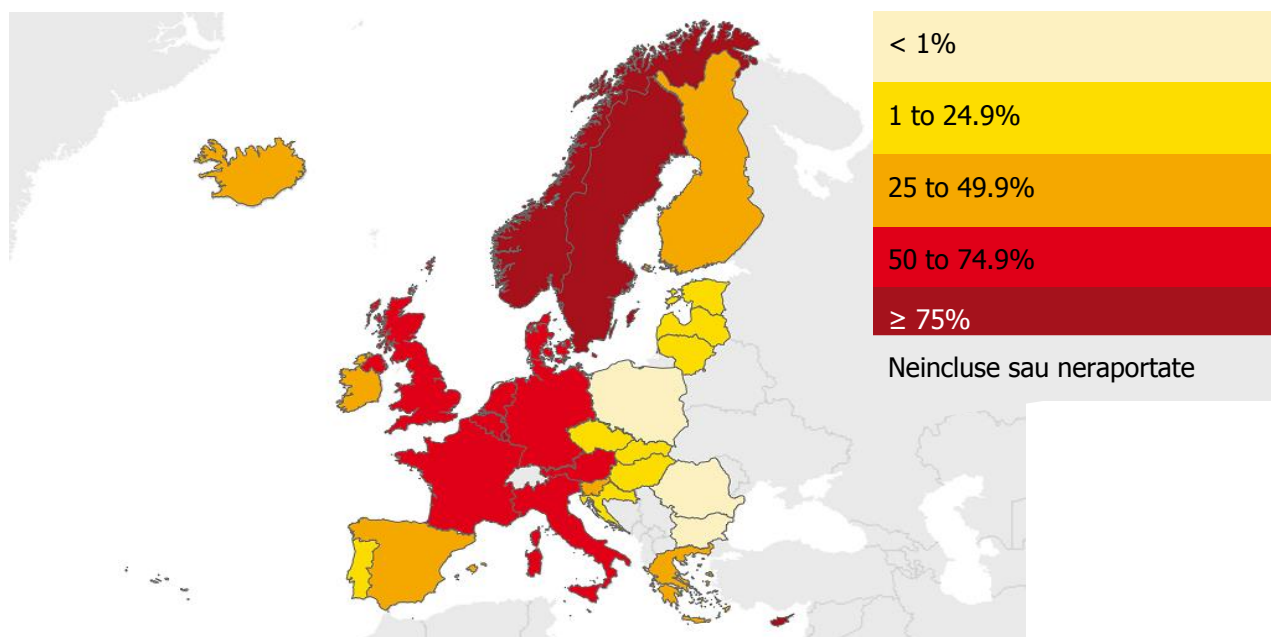


Fig.nr.2 Frecvența cazurilor de origine străină, UE/EEA, 2013 ⁷

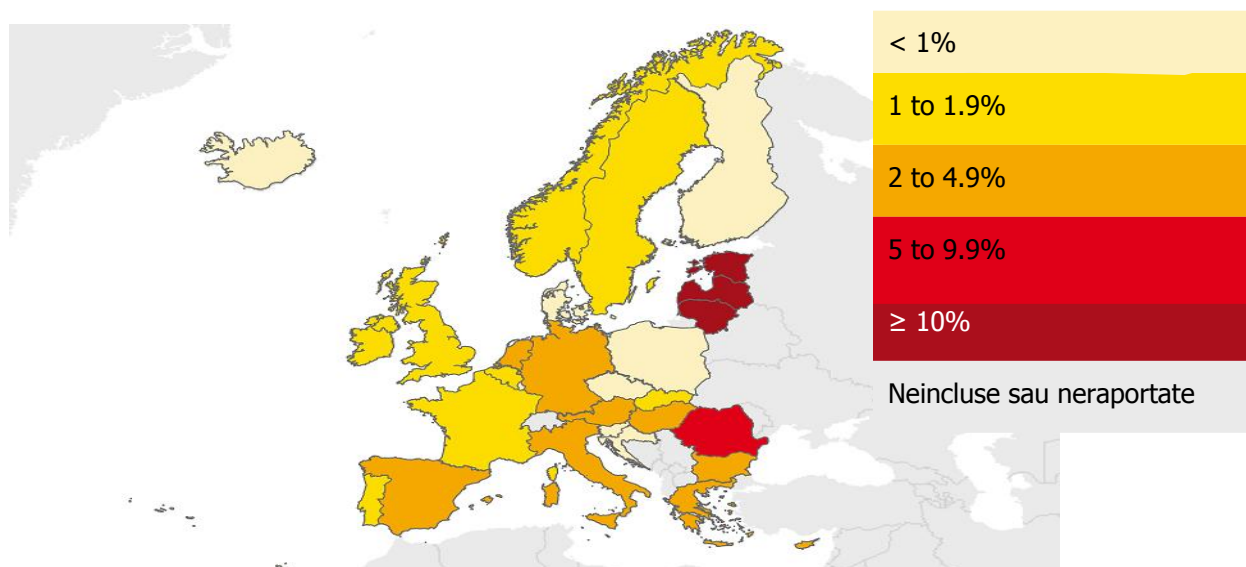


Fig.nr.3 Frecvența cazurilor de TBC MDR, UE/EEA, 2013 ⁷

În 2013, România a raportat 16.711 cazuri, cu 8,2% mai puțin față de 2012. Cele mai mari rate de notificare s-au înregistrat în județele Dolj, Gorj, Teleorman și Olt. Grupa de vârstă cel mai afectată a fost 45-54 ani. 85,8% din cazuri au avut localizare pulmonară și 7,9 % localizare pleurală. 555 de cazuri au fost infectate cu tulpini MDR, rezistente atât la izoniazidă, cât și la rifampicină, iar 44 cu tulpini XDR.⁸ Față de anul 2002, incidența globală în 2013 a scăzut cu 48,7%, incidența globală la copii a scăzut cu 54,4%, prevalența a scăzut cu 36,9%, iar mortalitatea a scăzut cu 50,9%. În anul 2014, au fost tratate 15.353 de cazuri noi sau recidive (din care 547 MDR).⁹ S-au raportat și 54 cazuri de meningită/meningo-encefalită tuberculoasă, 34 confirmate și 20 probabile: majoritatea acestor cazuri la copii de sex masculin, din grupa de vârstă 0-4 ani, cu 3 decese înregistrate.¹⁰

2. Patologia invazivă determinată de *Haemophilus influenzae*

Haemophilus influenzae tip b (Hib) determină milioane de cazuri grave în întreaga lume și sute de mii de decese în rândul copiilor, în fiecare an. În țările UE/EEA, cazurile de boală invazivă determinată de *Haemophilus influenzae* sunt rare.

27 țări UE au raportat în 2012, 2.545 de cazuri confirmate de boală invazivă (determinate de toate serotipurile). Rata totală de raportare a cazurilor confirmate a fost de 0,49 la 100.000 de locuitori, cu o ușoară tendință ascendentă față de 2008-2011. Cele mai ridicate rate s-au înregistrat în Suedia (2,26), Norvegia (1,56), Finlanda (1,50), Danemarca (1,17) și Marea Britanie (1,16). Cei mai afectați au fost copiii sub un an și adulții de peste 65 de ani.¹¹

⁸ CNSCBT. Analiza epidemiologică a cazurilor de tuberculoză raportate de România în sistemul TESSy pentru anul 2013, <http://www.cnscbt.ro/index.php/analiza-date-supraveghere/tuberculoza/114-tuberculoza-2013-analiza/file>

⁹ *** <http://www.formaremedicala.ro/romania-15-000-de-cazuri-de-tuberculoza-anual/>, accesat la 01.03.2016

¹⁰ CNSCBT. Raport pentru anul 2014. Analiza evoluției bolilor transmisibile aflate în supraveghere, <http://www.cnscbt.ro/index.php/rapoarte-anuale/272-raport-boli-transmisibile-romania-2014/file>, accesat la 01.03.2016

¹¹ ECDC. Annual epidemiological report Vaccine-preventable diseases – invasive bacterial diseases 2014, <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/AER-VPD-IBD-2014.pdf>

Schemele de imunizare din toate țările UE includ vaccinul antiHib, ceea ce a condus la o reducere progresivă a infecțiilor cu serotip b. În schimb, a crescut raportarea tulpinilor non-b și non-capsulate, prin extinderea sistemelor de supraveghere, cu includerea tuturor grupelor de vârstă și a tuturor serotipurilor.

3. Patologia invazivă meningococică

Deși rară, este importantă prin fatalitatea de aproximativ 10% și prin potențialul mare de sechelaritate pe termen lung. În Europa, cele mai multe cazuri de boală meningococică invazivă sunt cauzate de serogrupurile B și C, mai ales a serogrupului B. Deși mai puțin frecvente, numărul cazurilor determinate de serogrupul Y este în creștere.

În 2012, 28 de țări UE/EEA au raportat 3.467 de cazuri confirmate de boli meningococice invazive. Rata de raportare a scăzut de la 0,95 cazuri la 100.000 de locuitori în 2008 la 0,68 cazuri la 100.000 de locuitori în 2012. Lituania, Marea Britanie și Irlanda au raportat cele mai mari rate cu 1,77, 1,36 și 1,31 cazuri confirmate la 100.000 de locuitori. Cel mai mare risc de infectare îl prezintă sugarii, urmași de adolescenții și tinerii cu vârsta între 15 și 24 de ani.¹¹

Sunt disponibile vaccinuri împotriva serogrupului C, serogrupului B (vaccin autorizat în 2013, utilizabil de la vârsta de două luni) sau a serogrupurilor A, C, W și Y (vaccin tetravalent autorizat în 2010, utilizabil de la 12 luni). După introducerea uzuală în copilărie a vaccinului conjugat antisero grup C, în mai multe țări europene s-a observat o scădere a incidenței acestei boli. Din septembrie 2015, Marea Britanie a inclus vaccinul antisero grup B în programul de imunizare uzual al copiilor.¹²

În 2014, la noi în țară s-au raportat 70 cazuri confirmate și probabile de boală meningococică, cu o incidență de 0,33 la 100.000 de locuitori, în creștere ușoară față de anul 2013. Patologia a afectat mai ales grupele de vârstă 0-4 ani (2,93) și 5-14 ani (0,75). 76% din cazuri au fost meningite meningococice, 12% meningite cu meningococemie, 7% meningococemii și 4% au prezentat purpură fulminans. Serogrupul B a fost cel mai frecvent - cu 23 de cazuri.¹⁰



Fig. nr.4 Distribuția pe județe a cazurilor confirmate de boală meningococică, România, 2014 ¹⁰

¹² <http://www.meningitis.org/menb-vaccine>, accesat la 01.03.2016

4. Patologia invazivă determinată de *Streptococcus pneumoniae*

La nivel mondial, aproape 1,6 milioane de oameni mor anual prin această patologie, inclusiv un milion de copii mai mici de cinci ani.

27 de țări UE au raportat în 2012, 20.785 cazuri confirmate de boală invazivă pneumococică, cu o rată globală a cazurilor confirmate de 4,28 la 100.000 de locuitori. Țările nordice au prezentat rate mai mari - Danemarca (15,81), Suedia (14,63), Finlanda (13,92) și Norvegia (12,56). În partea de jos a clasamentului s-au situat România (0,39), Grecia (0,39), Bulgaria (0,26), Lituania (0,23) și Luxemburg (0,19).¹¹

Numărul total de cazuri raportate a crescut semnificativ din 2009, în primul rând datorită introducerii sau ameliorării supravegherii într-o serie de țări europene. Dacă acestea se exclud, se constată un trend stabil în perioada 2008-2012. Patologia a afectat în special copiii mici și adulții de peste 65 de ani.

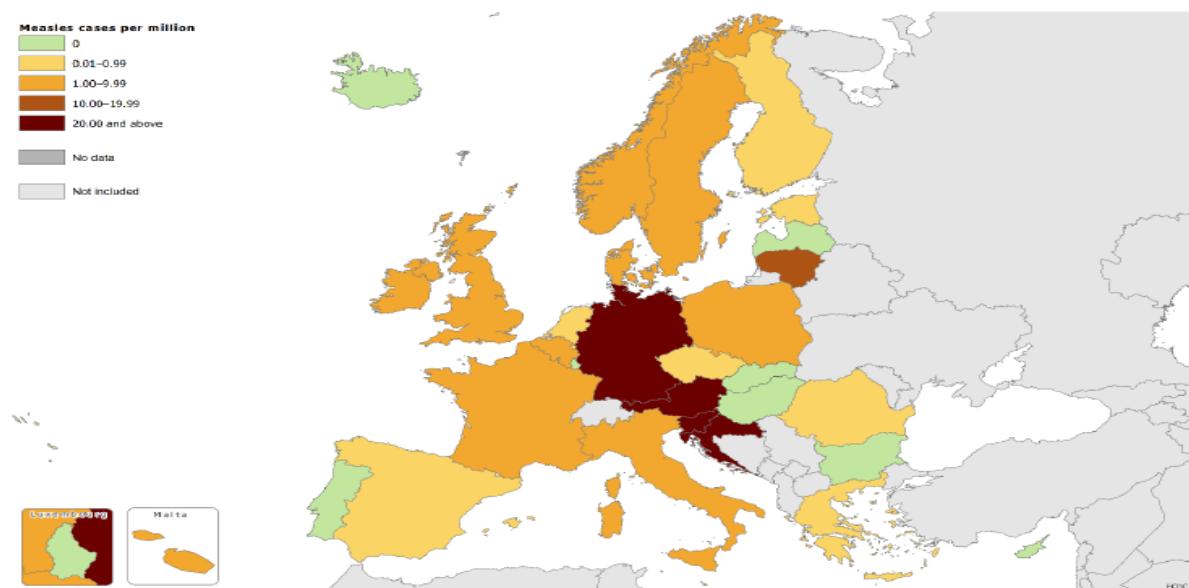
Sunt disponibile mai multe vaccinuri: un preparat polizaharidic cu 23 de serotipuri, utilizabil la adulți și copiii de peste doi ani (PPV23); trei preparate conjugate pentru sugari ce includ 7, 10 sau 13 serotipuri (PCV7, PCV10 și PCV13). Vaccinarea sugarilor a condus la apariția imunității colective, prin reducerea portajului nazo-faringian și a transmiterii bacteriene, cu scăderea morbidității și mortalității prin această patologie. Dar emergența serotipurilor neincluse în PCV7, a determinat în timp creșterea portajului și a numărului de cazuri determinate de serotipurile non-vaccinale, ceea ce a impus extinderea numărului de serotipuri în preparatele vaccinale mai noi. În majoritatea țărilor europene, PCV10/PCV13 și PPV23 sunt incluse în programele naționale.¹¹

5. Rujeola

Din octombrie 2014 și până în septembrie 2015, 30 de țări ale UE/EEA au raportat 4.202 cazuri de rujeolă, cu o rată globală de 8,2 cazuri la un milion de locuitori. Germania a cumulat 62,6% din totalul cazurilor raportate. În 12 țări rata de raportare a fost sub pragul de eliminare a bolii (de un caz la 1 milion de locuitori). 7 țări au raportat zero cazuri în această perioadă. În schimb, 15 țări au avut rate mai mari, cu un maxim în Croația (50,4 cazuri la 1 milion de locuitori). 74,7% din cazuri și 77% din copiii cu vârste între 1 și 4 ani au fost nevaccinați. A existat și un deces prin rujeolă și 6 cazuri complicate cu encefalită acută.¹³

În 2014, 16 țări UE/EEA au fost aproape de pragul de 95% acoperire vaccinală pentru prima doză, iar 6 țări și pentru a doua doză. În schimb, 14 țări au rate de acoperire sub 95% pentru prima doză, 20 de țări - pentru a doua doză. În această perioadă, în Europa s-au închis focarele din Alsacia (Franța) și Berlin (Germania) și nu s-au mai detectat altele noi. În afara Europei, au fost raportate focare epidemice mari în Mongolia, China, Republica Democratică Congo, Sudan și Kazahstan.¹³

¹³ ECDC. Measles and rubella monitoring October 2015. Reporting on surveillance data collected from October 2014 to September 2015 and epidemic intelligence data to the end of October 2015, http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/2015_issue_5_%20Measles%20rubella%20monitoring_final.pdf, accesat la 29.02.2016



Note: Notification rate is also calculated for countries that have not reported consistently for the past 12 months.

Fig. nr.5 Ratele raportate pentru rujeolă, UE/EEA, octombrie 2014 - septembrie 2015 ¹³

În România, în cadrul sistemului național de supraveghere, din cele 165 cazuri posibile intrate în 2014, s-au confirmat ca rujeolă 59 (49 cu laboratorul, 3 prin legătură epidemiologică și 7 doar pe criterii clinice). Incidența în 2014 s-a ridicat la 0,3 cazuri la 100.000 locuitori, de aproximativ 18 ori mai mică decât în 2013. Cea mai afectată grupă de vârstă a fost cea a sugarilor (6,7), urmată de grupa de vârstă 1-4 ani (3,0), 5-9 ani (0,7), 10-14 ani (0,2) și 15-19 ani (0,4). Nu a fost raportat niciun deces prin rujeolă. ^{10,14}



Fig. nr.6 Distribuția pe județe a cazurilor de rujeolă, România, 2014 ¹⁰

¹⁴ CNSCBT. Analiza sistemului de supraveghere a rujeolei – Romania, 2014, <http://www.cnscbt.ro/index.php/analiza-date-supraveghere/rujeola/257-analiza-sistemului-de-supraveghere-a-rujeolei-romania-2014/file>, accesat la 01.03.2016

6. Rubeola

În perioada octombrie 2014 - septembrie 2015, 28 de țări ale UE/EEA au raportat 2.427 cazuri de rubeolă. 15 țări au raportat 0 cazuri, iar 20 de țări au avut rata raportată sub pragul de eliminare a bolii (de un caz la 1 milion de locuitori). 3 țări au prezentat rate mai mari, din care Polonia cu 59,6 cazuri la un milion de locuitori, s-a situat pe prima poziție. 93,3% din totalul cazurilor raportate de rubeolă în această perioadă, au provenit din Polonia, cu afectarea în special a copiilor de 1-4 ani și 5-9 ani. În 2014, 16 țări EU/EEA au raportat o acoperire vaccinală cu 1 doză de vaccin antirubeolic de $\geq 95\%$. Alte 14 țări au avut o acoperire vaccinală $< 95\%$. Nu au existat izbucniri epidemice în această perioadă.¹³

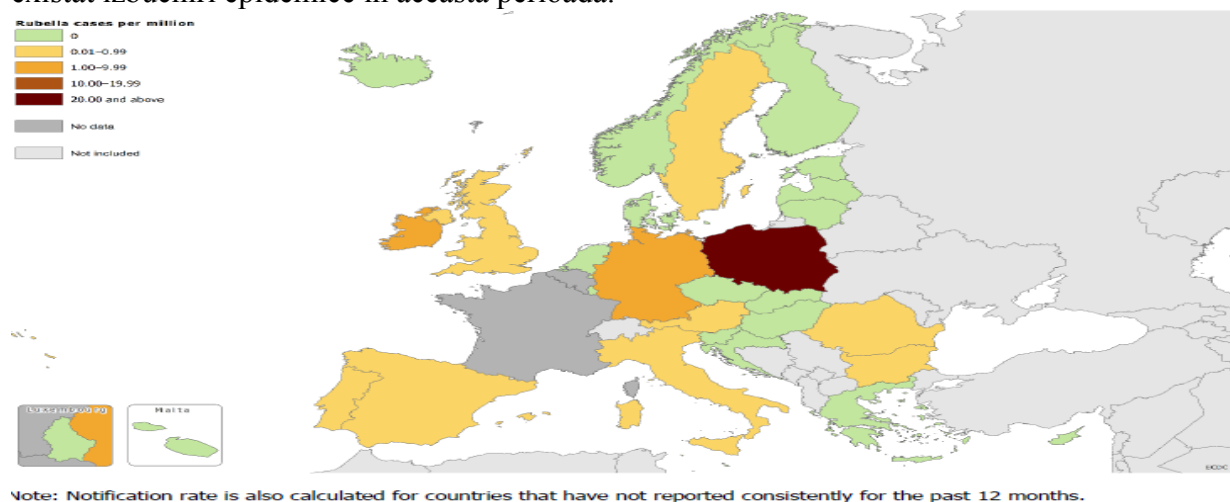


Fig.nr.7 Ratele raportate pentru rubeolă, UE/EEA, octombrie 2014 - septembrie 2015 ¹³

În 2014, în România s-au raportat 30 de cazuri de rubeolă, 22 confirmate cu laboratorul, 7 clasificate ca posibile pe baza criteriilor clinice și 1 caz probabil. Incidența a fost de 0,1 la 100.000 locuitori, de 7 ori mai mică decât în 2013, pe fondul diminuării numărului de susceptibili consecutiv epidemiei din 2011-2012. Incidențe mai mari s-au înregistrat la sugari (3,6) și la copiii cu vârsta între 1-4 ani (1,1). Au existat și 2 cazuri confirmate de Sindrom Rubeolic Congenital, alături de alte 28 cazuri probabile și 2 decese.^{10,15}

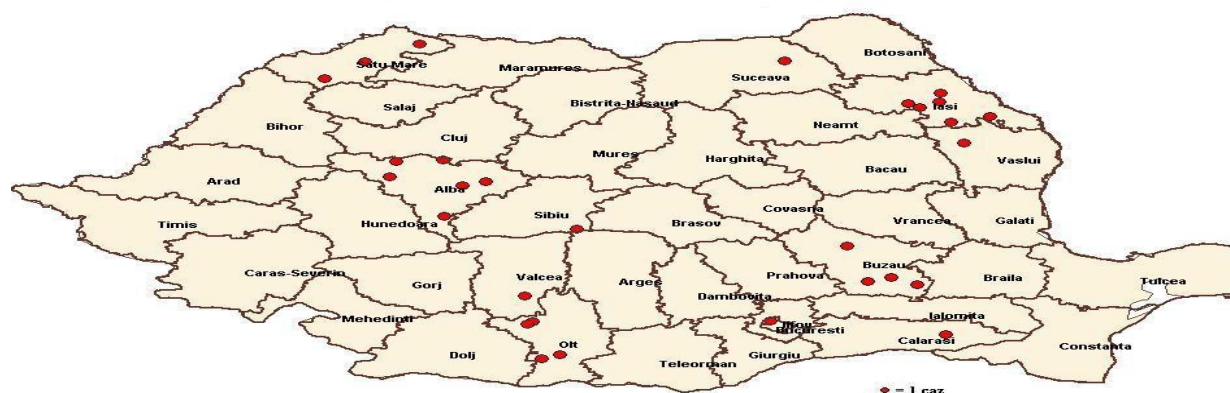


Fig. nr.8 Distribuția pe județe a cazurilor de rubeolă, România, 2014 ¹⁰

¹⁵ CNSCBT. Analiza evoluției rubeolei în România, 2014 <http://www.cnscbt.ro/index.php/analiza-date-supraveghere/rubeola/172-analiza-rubeola-2014/file>, accesat la 01.03.2016

OMS încearcă să elimine rujeola și rubeola din cele 53 de state membre ale Regiunii Europa. Eliminarea regională poate fi declarată după absența cazurilor endemice timp de ≥ 36 luni în toate statele membre. Acest obiectiv nu a fost încă atins. În noiembrie 2014, 14 țări aveau transmiterea rujeolei întreruptă, 5 dintre ele fiind încă expuse riscului de restabilire. Opt țări au fost clasificate ca fiind în continuare endemice, iar 7 cu situație neconcludentă. Așa că pentru a se obține eliminarea acestor 2 boli, acoperirea vaccinală trebuie să crească, deoarece atât la nivel național cât și zonal există grupuri de persoane rămase susceptibile, chiar și în țările cu acoperire vaccinală mare. De asemenea, măsurile actuale de supraveghere și control în mai multe state membre UE vor trebui să fie îmbunătățite și extinse, pentru a asigura investigarea și gestionarea în timp util a cazurilor suspecte.¹³

7. Parotidita epidemică

Epidemiologia actuală a parotiditei epidemice în Europa poate fi explicată în mare măsură prin scăderea imunității și creșterea populației susceptibile. În 2012, 25 de țări UE/EEA au raportat 19.061 cazuri, din care 55% confirmate. Rata de raportare a cazurilor confirmate a fost de 2,91 la 100.000 de locuitori, cu o tendință ușoară de creștere din 2008. Cele mai mari rate au aparținut Belgiei (24,19), Cehiei (13,38), Spaniei (5,38), Marii Britanii (4,29), Olandei (2,07) și Lituaniei (2,06), cu 92,7% din cazurile confirmate. Creșteri semnificative au fost observate în Cehia, Spania, Letonia și România. Scăderea cazurilor raportate s-a înregistrat în Olanda, Italia și Irlanda. Ca și în anii precedenți, grupa de vârstă cea mai afectată a fost 15 - 24 de ani. În Spania, Cehia și Belgia s-au înregistrat focare epidemice.¹⁶

Numărul mare de persoane cu recidive, după una sau mai multe doze de vaccin antiurlian, pare să se explice mai mult prin scăderea imunității din adolescență, decât printr-o asimetrie între genotipul sălbatic și cel vaccinal. De aceea, se impune menținerea unei acoperiri vaccinale mari cu două doze de ROR, concomitent cu administrarea de rapeluri adolescenților și tinerilor, pentru a preveni scăderea imunității și epidemiile. În plus, trebuie ținut cont și de efectul protector al vaccinării față de formele clinice severe. Vaccinul MMR este inclus în programele de imunizare din toate țările europene, iar eforturile depuse pentru eliminarea rujeolei/rubeolei, aduc indirect beneficii și pentru prevenirea parotiditei epidemice.

Conform CNSCBT la noi în țară, incidența infecției urliene în 2014 s-a ridicat la 0,5 la 100.000 de locuitori, cu 28 cazuri confirmate cu laboratorul, 8 cazuri probabile și 71 cazuri posibile. Cea mai afectată grupă de vârstă a fost 5 - 9 ani (3,1), urmată de 1 - 4 ani (2,9) și 10 - 14 ani (2,3). Nu a fost raportat niciun decedat.¹⁰

¹⁶ ECDC. Annual epidemiological report Vaccine-preventable diseases 2014, <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/AER-2014-VPD-FINAL.pdf>

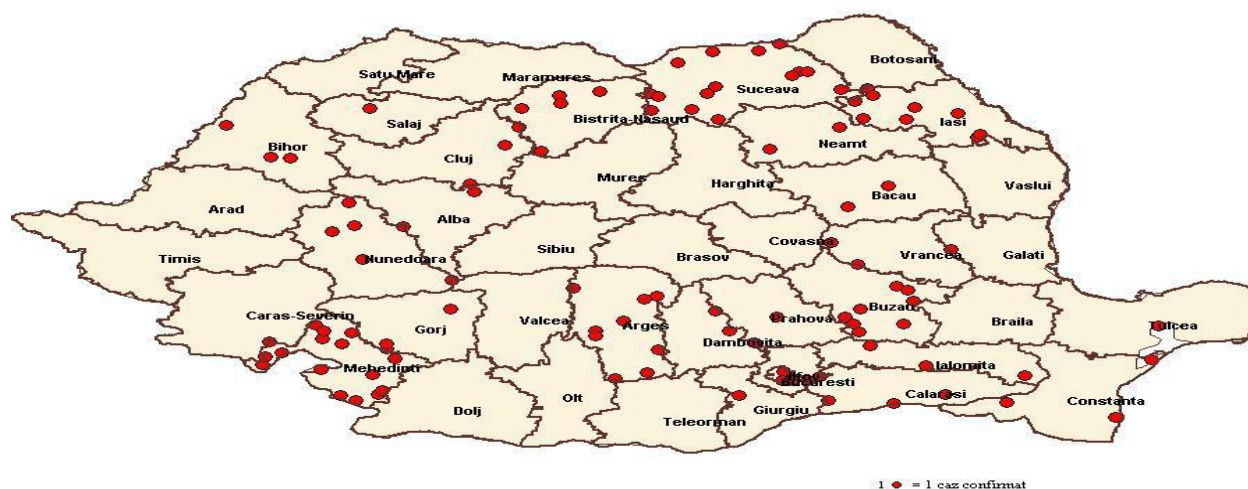


Fig. nr.9 Distribuția pe județe a cazurilor de infecție urliană, România, 2014 ¹⁰

8. Difteria

Difteria este o problemă marginală în Europa. Acoperirea vaccinală înaltă și standardele ridicate de viață au întrerupt circulația tulpinilor de *Corynebacterium*. Boala este încă răspândită în Belarus, Ucraina, Rusia și este endemică în Asia, Africa și America de Sud.

În 2012, opt țări din UE/EEA au raportat un total de 27 cazuri confirmate de difterie, din care 16 cauzate de *C. diphtheriae* și 11 de *C. ulcerans*, cu o rată globală de raportare de 0,01 la 100.000 de locuitori. Majoritatea cazurilor au fost indigene, în timp ce opt cazuri au fost importate. În ultimii cinci ani, Letonia a prezentat cele mai mari rate de raportare. Infecțiile cu *C. ulcerans* au fost raportate de Franța, Germania, Finlanda, Belgia și Marea Britanie. Cazurile cu *C. difterie* au apărut la persoane cu vârsta între 45-64 ani, în timp ce *C. ulcerans* a afectat persoanele de peste 65 de ani, ceea ce sugerează fie dispariția imunității în absența rapelurilor, fie o acoperire vaccinală limitată în trecut. De aceea se insistă pe necesitatea unei acoperiri vaccinale înalte, a creșterii răspândirii rapelurilor, menținerii supravegherii epidemiologice/ respectiv a logisticii de laborator, precum și pe efectuarea de studii de seroprevalență populaționale.¹⁶ În mai 2015, a apărut primul caz de difterie cauzat de *C. diphtheriae*, înregistrat în Spania în ultimii 28 de ani, la un copil de 6 ani nevaccinat din cauza refuzului părinților.¹⁷

În România nu au fost semnalate cazuri de difterie din anii 1990.¹⁰

9. Tetanos

Tetanosul este sub control în toate țările UE/EEA, datorită igienei corespunzătoare și a vaccinării eficiente. În 2012, 15 țări din UE/EEA au raportat 123 de cazuri, din care 72 confirmate, cu o rată globală foarte scăzută de 0,03 la 100.000 de locuitori. Italia și Polonia au totalizat 59% din cazuri. Italia a prezentat cele mai multe cazuri - 54 din cele 72 confirmate, cu o rată de 0,09 la 100.000, ca și în anii precedenți. Cele mai afectate au fost femeile cu vârsta de peste 65 de ani, probabil din cauza scăderii imunității în lipsa rapelurilor, acoperirii vaccinale

¹⁷ <http://www.agerpres.ro/sanatare/2015/06/27/un-copil-din-spania-a-murit-de-difterie-parintii-lui-refuzasera-vaccinarea-14-11-28>, accesat la 01.03.2016

mai reduse și absenței vaccinării suplimentare din momentul înscrierii în serviciul militar, cum se întâmpla în cazul sexului masculin. Se recomandă menținerea unei acoperiri vaccinale ridicate, concomitent cu ameliorarea statutului imunitar al adultului și vârstnicului, prin rapeluri, în țările cu incidență mai semnificativă.¹⁶

În România, în 2014 s-au raportat 3 cazuri de tetanos, cu o incidență națională de 0,015 la 100.000 de locuitori. Și la noi trendul s-a menținut descendent, în ultimii 10 ani.¹⁰

10. Tusea convulsivă

În 2012, țările UE/EEA au raportat 42.525 cazuri (din care 38.840 confirmate), cu o rată de 10,93 la 100.000 de locuitori, de două ori mai mare comparativ cu anii precedenți. Cei mai mari indicatori de raportare s-au înregistrat în Norvegia (85,18), Olanda (76,91), Danemarca (20,36), Marea Britanie (19,04) și Slovacia (16,97). Creșteri semnificative ale numărului de cazuri au fost observate în Olanda, Marea Britanie, Danemarca, Letonia, Cehia, Austria, Lituania, Irlanda, Polonia și Portugalia, în timp ce Estonia a înregistrat o scădere importantă a incidenței. În cursul anului 2012, au evoluat focare epidemice în Anglia (cu o creștere de aproape 10 ori a numărului de cazuri față de 2011) și Olanda (de două ori față de 2011).¹⁶

În Norvegia și Olanda, cei mai afectați au fost copiii între 5 și 14 ani, pe când în celelalte țări - copiii sub cinci ani. Dar incidența în rândul adolescenților și al tinerilor este în creștere, cu risc de transmitere către sugarii care nu și-au finalizat primovaccinarea și la care pot apărea forme clinice severe și chiar decese. De aceea, strategiile de vaccinare ar trebui revizuite, prin includerea vaccinării gravidelor, personalului medical, dar mai ales a rapelurilor în rândul adolescenților și adulților. În Anglia, din octombrie 2012, se recomandă imunizarea antipertussis tuturor femeilor gravide. Mai multe țări au introdus deja rapeluri pentru adolescenți (Austria, Belgia, Finlanda, Franța, Germania, Italia, Cehia, Ungaria), iar din 2016 și Suedia. Germania și Franța au introdus doze rapel și pentru adulți.¹⁶

În 2014, în sistemul românesc de supraveghere au intrat 254 cazuri suspecte de tuse convulsivă, (cu 60% mai multe față de anul precedent), din care 80 cazuri confirmate, 7 cazuri probabile, 85 cazuri posibile și 82 infirmate. Incidența a fost de 0,4 la 100.000 de locuitori, cu valorile cele mai mari la grupa de vârstă 0-4 ani, urmată de grupele 5-9 ani și 10-14 ani.¹⁰



Fig. nr.10 Distribuția pe județe a cazurilor de tuse convulsivă, Romania, 2014 ¹⁰

11. Poliomiелita

În iunie 2002, toate cele 53 de țări din regiunea OMS Europa au fost certificate „libere de poliomiелita”. De la certificare, mai mult de 90 milioane de sugari din întreaga regiune au primit cele trei doze de vaccin recomandate.¹⁸ În toate țările UE/EEA sunt utilizate vaccinuri cu virusuri inactivate, cu excepția Poloniei, unde vaccinul oral (VPO) este încă folosit pentru a patra doză.

În 2012, niciun stat al UE/EEA nu a raportat cazuri de poliomiелita nici cu virus sălbatic și nici cu tulpină vaccinală. Pe baza datelor existente, Comisia Europeană Regională de Certificare a Eradicării Poliomiелitei a reafirmat statutul de regiune liberă de poliomiелita, la cea de-a 27-a întâlnire anuală de la Copenhaga, Danemarca, din 30–31 mai 2013.¹⁶

Însă, la 28 august 2015, au fost confirmate în Ucraina două cazuri de poliomiелita paralytică cauzate de poliovirusul de tip 1 derivat vaccinal (cVDPV1), pe fondul reducerii severe a acoperii vaccinale în populație. Ambele cazuri sunt dintr-o regiune sud-vestică, la granița cu România, Ungaria, Slovacia și Polonia. Există riscul ca acest virus să fie transmis în UE prin intermediul unei persoane purtătoare de virus, în special în zonele de frontieră cu Ucraina, unde există populații cu acoperire vaccinală redusă pe ambele părți ale frontierei iar traficul de persoane este intens. Cu toate acestea, se consideră că riscul de apariție a cazurilor paralytice este scăzut, datorită acoperirii vaccinale mari din statele membre UE.¹⁹

Nici importul nu poate fi exclus, mai ales în situația valului de imigranți pe teritorii Europei, cu procente mari de persoane provenite din țările endemice (Afganistan, Pakistan, Nigeria), dar și din zonele non-endemice, confruntate cu focare epidemice în ultimii ani (Siria, Somalia, Etiopia, Kenya și Camerun). Reapariția circulației de poliovirus sălbatic de tip 1 (WPV1) în apele reziduale din Israel și Palestina, a obligat Israelul să reia în 2014, imunizarea cu vaccin oral (bivalent - OPV1 și 3).

12. Hepatita virală B (HVB)

În 2013, 28 de state membre ale UE/EEA au raportat 19.101 cazuri de infectare cu VHB, cu o rată de raportare de 4,4 la 100.000 de locuitori. Din aceste cazuri, 15,2% au fost acute, 71,4% cronice, 11,2% etichetate cu stadializare "necunoscută" și 2,3% nu au putut fi clasificate.²⁰ Rata cazurilor acute a variat de la 0,1 la 100.000 în Franța și Portugalia, la 4,3 în Letonia. Grupa de vârstă cea mai afectată a fost între 25-34 ani, cu 34,5% din cazuri, iar raportul dintre genul masculin și cel feminin a fost de 1,5 la 1.

În infecțiile acute, transmiterea heterosexuallă a fost cel mai frecvent raportată (30,5%), urmată de transmiterea nosocomială (18,9%), prin consum de droguri injectabile (13,2%) și în rândul homosexualilor (9,4%). Pentru cazurile cronice, cea mai frecventă a fost transmiterea materno-fetală (43,5%), urmată de transmiterea nosocomială (21,3%) și prin alte căi (10,6%).²⁰

Rata de raportare pentru cazurile acute a continuat să scadă în timp (0,7 la 100.000 în 2013 versus 1,3 în 2006), datorită probabil, efectului programelor de vaccinare din Europa. Pentru cazurile cronice, a existat o creștere - de la 5,7 în 2006, la 7,4 în 2013, probabil ca urmare a programelor populaționale de *screening*, a schimbărilor survenite în metodele de raportare și testare sau a migrației din teritoriile cu prevalență ridicată.

¹⁸ WHO. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis>

¹⁹ ECDC. http://ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispForm.aspx?ID=1279&List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&Source=http%3A%2F%2Fecdc.europa.eu%2Fen%2FPages%2Fhome.aspx, accesat în 29.02.2016

²⁰ ECDC. Hepatitis B surveillance in Europe – 2013. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hepatitis-b-surveillance-in-europe-2013.pdf>, accesat în 29.02.2016

Ratele cazurilor raportate și prevalențele HVB acută sunt mai ridicate în estul și sud-estul Europei, în timp ce pentru HVB cronică, ratele de raportare sunt mari în țări cu prevalență scăzută (Marea Britanie, Olanda, țările nordice) dar cu programe temeinice de *screening* pentru grupele de risc. În privința transmiterii nosocomiale, este mai rar întâlnită în majoritatea țărilor europene, dar este o cale majoră de transmitere într-un număr mic de țări (Italia, Polonia și România au cumulat 87,2% din totalul cazurilor nosocomiale).

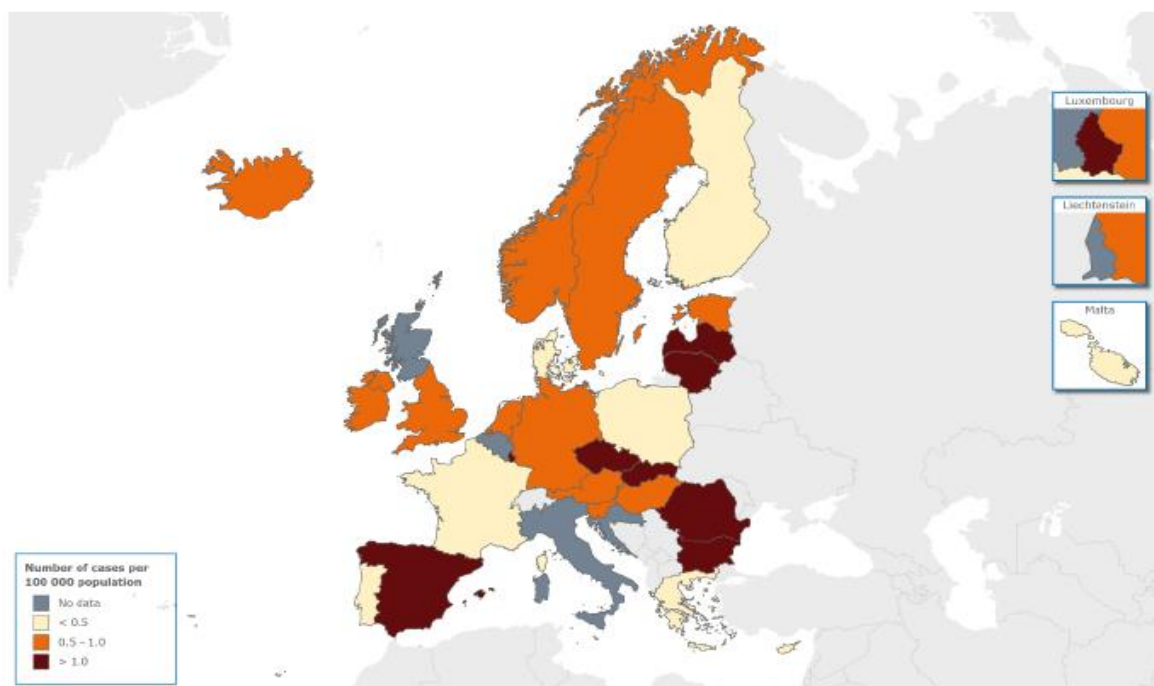


Fig. nr.11 Ratele raportate pentru HVB acută, UE/EEA, 2013 ²⁰

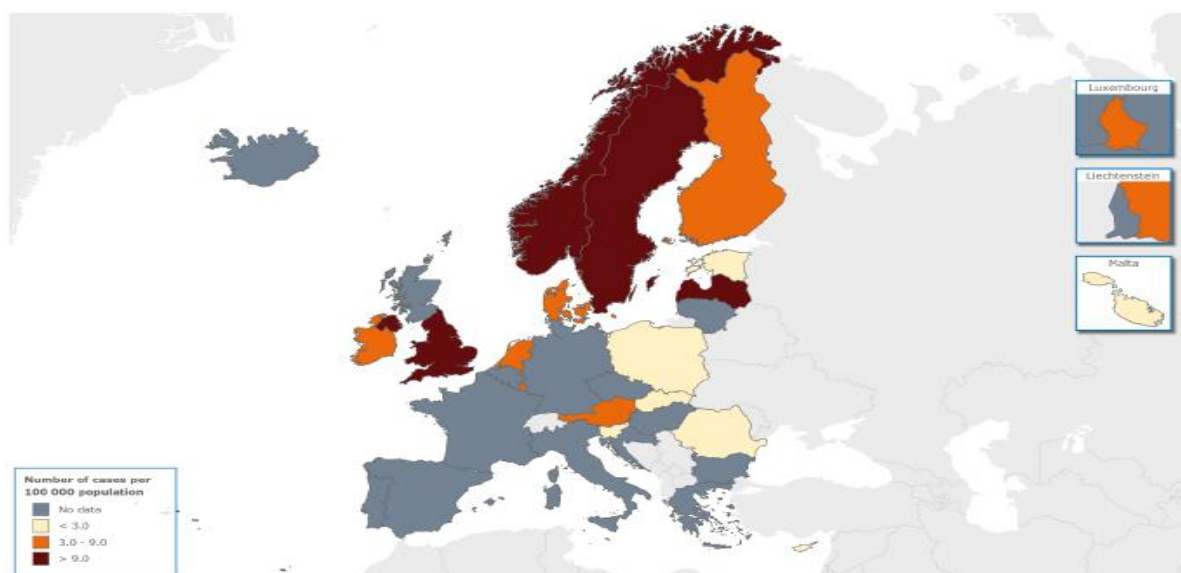


Fig.nr.12 Ratele raportate pentru HVB cronică, UE/EEA, 2013 ²⁰

În anul 2014, în România s-au raportat 244 cazuri de HVB acută, 26 de HVB cronică și 5 perinatale (204 cazuri nu au fost clasificate). Incidența HVB a fost de 1,29 la 100.000 de locuitori, cu continuarea trendului constant descendent. Cele mai afectate județe au fost

Hunedoara, Sibiu, Bistrița-Năsăud și Bihor. Pentru hepatita acută cu VHB, ratele maxime de incidență s-au înregistrat la grupa de vârstă 25-34 de ani, atât pentru genul masculin (2,8), cât și pentru cel feminin (1,6). Pentru hepatita cronică cu VHB, adulții între 55 și 64 de ani au fost cei mai afectați. Ca modalitate de transmitere posibilă, pe primul loc s-a situat cea nosocomială (13,7%), urmată de transmiterea heterosexuale (4,8%) pentru hepatita acută, respectiv cea heterosexuale (15,4%) pentru cea cronică. Manevrele stomatologice au fost cele mai frecvent menționate modalități de transmitere nosocomială.¹⁰

13. Rabia

În general, în UE sunt raportate foarte puține cazuri de rabie umană, iar majoritatea statelor membre nu au avut niciun caz indigen de zeci de ani. Însă în fiecare an, sunt raportate unul sau două cazuri umane, fie indigene, fie de import. În 2012, toate țările UE/EEA au raportat 0 cazuri, cu excepția României și Regatului Unit. România a raportat un caz autohton, pentru al 5-lea an consecutiv, iar Marea Britanie a raportat un caz la o rezidentă ce și-a vizitat țara de origine, India, unde a fost mușcată de un câine. În iunie 2013, Olanda a raportat un caz de import la un bărbat mușcat de câine în Haiti. Rabia rămâne endemică printre animalele sălbatice și domestice din anumite zone ale UE sau vecine: Albania, Bosnia-Herțegovina, Croația, Polonia, România, Serbia, Slovenia, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei și Turcia. În anul 2012, rabia a reapărut în rândul animalelor sălbatice din Grecia.¹⁶ În anul 2013 și 2014, în România nu s-au mai înregistrat cazuri confirmate de rabie umană.¹⁰

14. Infecțiile cu rotavirus

Se consideră că gastroenteritele cu rotavirusuri duc anual la 700.000 de consultații în ambulator și peste 87.000 de spitalizări în Europa.²¹ Până la vârsta de 5 ani, aproape toți copiii au fost expuși, iar mai mult de un sfert au trecut printr-o infecție simptomatică. În regiunea OMS Europa, mai mult de 10.000 de copii sub 5 ani, mor în fiecare an din cauza acestei infecții.²²

În 2006 au fost autorizate două noi vaccinuri orale vii atenuate pentru sugarii cu vârsta mai mică de șase luni: vaccinul monovalent uman cu două doze (Rotarix, GSK) și cel pentavalent bovin-uman cu trei doze (RotaTeq, Sanofi Pasteur MSD). La nivel mondial, unele țări au adoptat recomandarea OMS de introducere a vaccinurilor antirotavirus în programele lor de imunizare, dar în Europa există un număr limitat de țări care au făcut acest lucru (Austria, Belgia, Cehia, Estonia, Finlanda, Germania, Grecia, Letonia, Polonia, Marea Britanie).²³ Se dorește accelerarea introducerii vaccinului antirotavirus în programele naționale de imunizare și instituirea unei rețele de supraveghere pentru monitorizarea numărului de cazuri din regiune și a impactului vaccinării.

Conform CNSCBT, în România, în perioada iunie-octombrie 2014, au fost raportate 32.729 cazuri internate de boală diareică acută, cu cea mai mare incidență estivală la grupa de vârstă sub 1 an (4.290,5 la 100.000 de locuitori), iar cea mai mică la grupa de vârstă 15-64 ani (94,1). Rotavirusul a fost principalul agent etiologic izolat din coproculturile pozitive, într-un procent de 19,9%.¹⁰

²¹ ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Rotavirus-impact-vaccination-April-2013.pdf>, accesat în 29.02.2016

²² WHO. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/rotavirus>, accesat în 29.02.2016

²³ ECDC. <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>, accesat la 29.02.2016

15. Varicela

Până în prezent, doar șase țări ale UE/EEA (Cipru, Germania, Grecia, Letonia și Lituania) recomandă vaccinarea anti-varicelă a copiilor la nivel național, iar în Spania și Italia - la nivel regional. Șaptesprezece țări recomandă doar vaccinarea adolescenților susceptibili și a celor din grupele de risc.²⁴ Ori în absența vaccinării, numărul anual de cazuri de varicelă dintr-o țară este foarte mare. Rata incidenței anuale raportate în Europa variază de la 300 la 1.291 la 100.000 de locuitori în Europa de Vest (Franța, Olanda, Danemarca, Marea Britanie), de la 164 la 1.240 în sudul Europei (Italia, Spania, Portugalia) și 350 la 100.000 locuitori în Europa de Est (Polonia, România). 52-78% din cazuri apar la copiii sub șase ani, iar 89-95,9% din cazuri apar la copiii sub 12 ani.²⁵ Ratele de incidență la grupa de vârstă 0-4 ani sunt de patru până la șase ori mai mari, comparativ cu cele din grupa de vârstă 5-14 ani, în țările Europei de Vest și de Nord, și de două până la trei ori pentru sudul și estul Europei.

Conform CNSCBT în 2014, în România, a fost raportată o incidență de 196,4 la 100.000 locuitori, de 0,9 ori mai mică decât în anul precedent. Din cele 41.066 cazuri de varicelă, nu a existat niciun deces. Această patologie a afectat în special grupa de vârstă 1-4 ani (1.419,2), 5-9 ani (1.237,8) și 10-14 ani (625,85).¹⁰

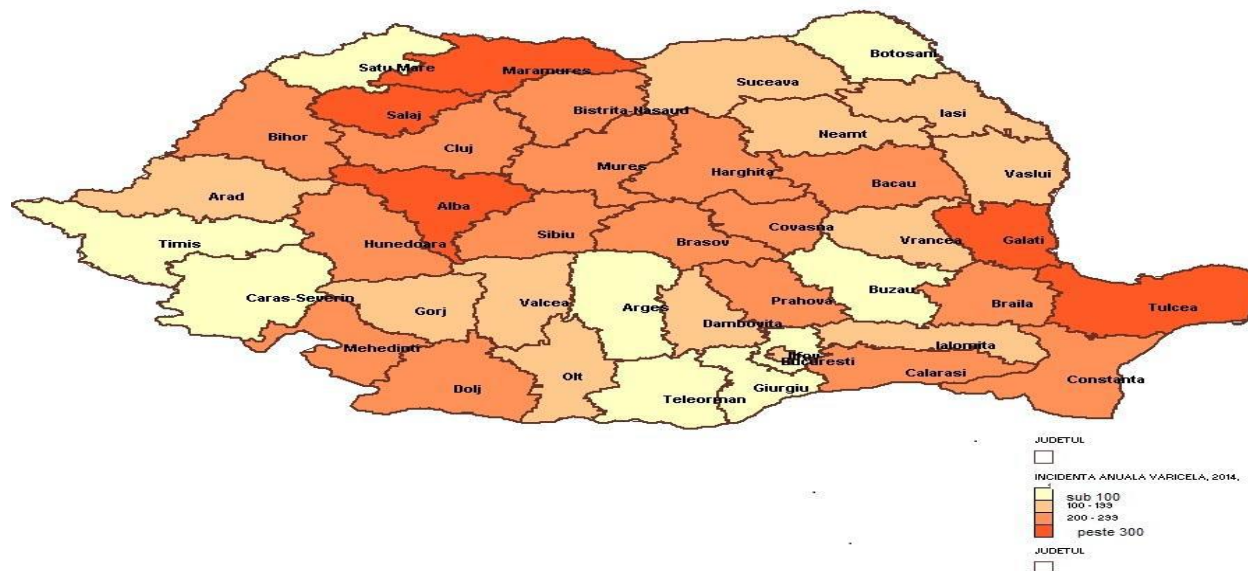


Fig.nr.13 Distribuția pe județe a incidenței varicelei, România, 2014 ¹⁰

Conform ECDC, vaccinarea anti-varicelă în copilărie cu două doze, asigură controlul acestei patologii, în timp ce administrarea unei singure doze, are o eficiență de aproximativ 85%, fără a împiedica apariția unor forme mai ușoare de varicelă.

²⁴ ECDC. http://ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=1165, accesat la 29.02.2016

²⁵ ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Varicella-Guidance-2015.pdf>, accesat la 20.02.2016

III. Acoperirea vaccinală la nivel mondial

În prezent, acoperirea vaccinală mondială se menține constantă. Se consideră că prin vaccinare se evită anual 2 până la 3 milioane de decese, prin boli ca difterie, poliomielită, rujeolă, rubeolă, parotidită epidemică, tuse convulsivă, tetanos, hepatită virală cu VHB, pneumonie, diaree cu rotavirus și cancer de col uterin.

În 2014, 115 milioane de sugari (86%) din întreaga lume au primit 3 doze de vaccin antidifteric-antitetanos-antipertussis. Până în 2014, 129 de țări au ajuns la acoperirea vaccinală de minim 90% pentru DTP3.²⁶

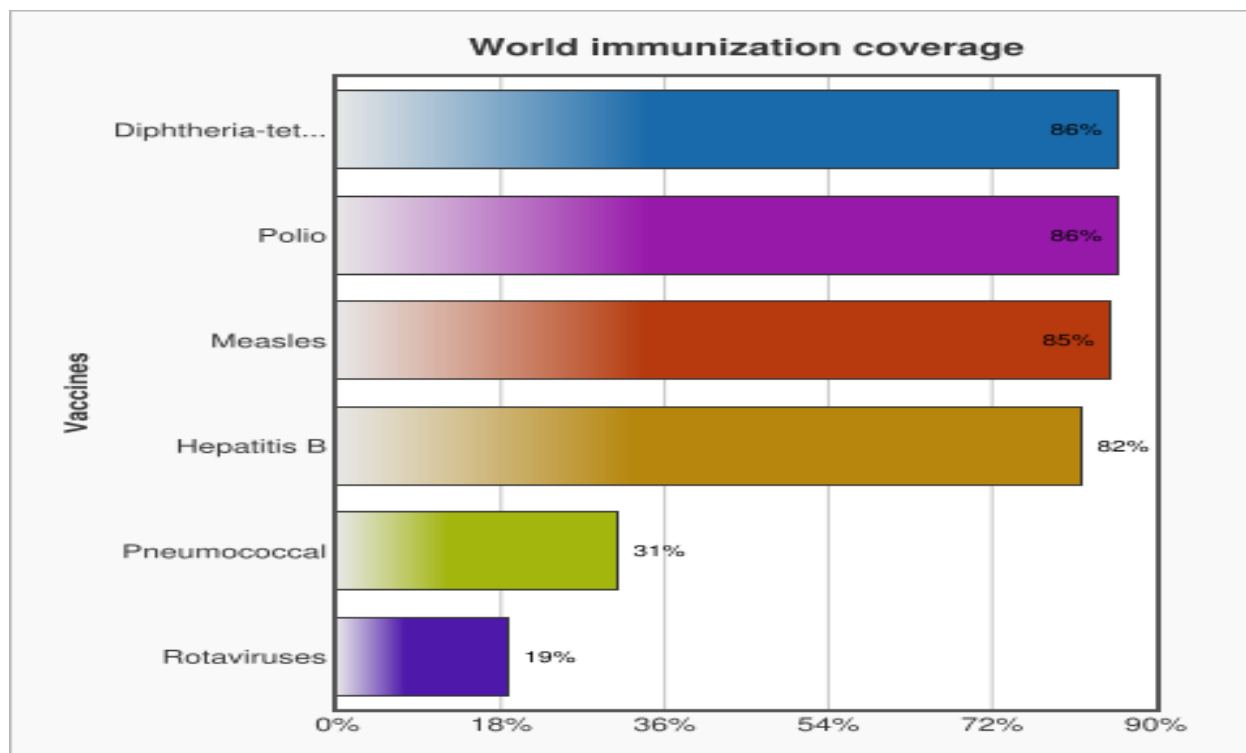


Fig.nr. 14 Acoperirea vaccinală la nivel mondial în 2014 ²⁶

Tot 86% din copiii lumii au primit 3 doze de vaccin antipoliomielitic. S-a reușit stoparea transmiterii poliomielitei în toate cele 3 țări rămase endemice - Afganistan, Nigeria și Pakistan, dar până când poliomielitea nu va fi complet eradicată, persistă riscul cazurilor de import ca și cel al reizbucnirilor epidemice, în special în zonele cu conflicte și instabilitate socială.

La sfârșitul anului 2014, în 184 de țări era introdusă vaccinarea antihepatită B pentru sugari. Acoperirea mondială cu 3 doze de vaccin antihepatitic B este estimată la 82%, mai mare - 92% în Pacificul de Vest.

103 țări au introdus vaccinarea antitetanică până la sfârșitul anului 2014, astfel că 83% din nou-născuți sunt protejați prin imunizare împotriva tetanosului neonatal. Totuși, tetanosul matern și neonatal rămâne o importantă problemă de sănătate publică în 24 de țări, în special din Africa și Asia.

²⁶ WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/>, accesat la 20.02.2016

La sfârșitul anului 2014, 85% din copii au primit o doză de vaccin antirujeolic până la 2 ani, iar 154 de țări au introdus o a doua doză, în programul național de imunizare. Vaccinul antirubeolic a fost introdus la nivel național în 140 de țări, iar cel antiurlian în 121 de țări.

Alte vaccinuri cunosc o acoperire vaccinală mai redusă:

- ✓ până la sfârșitul anului 2014, vaccinarea antiHib a fost introdusă în 192 țări, iar acoperirea cu 3 doze este estimată la 56%. Persistă însă decalajul între regiuni – dacă în America acoperirea este estimată la 90%, în Pacificul de Vest și Asia de Sud-Est nu depășește 21, respectiv 30%;
- ✓ vaccinarea antipneumococică a fost introdusă în 117 țări, iar acoperirea mondială a fost estimată la 31%;
- ✓ vaccinul antirotavirus a fost introdus în 74 de țări, cu o acoperire mondială de 19%;
- ✓ vaccinul antivir *papilloma* uman a fost introdus în 63 de țări;
- ✓ mai mult de 150 de milioane de oameni din țările africane au fost vaccinați cu MenAfriVac, la 3 ani după introducerea acestui vaccin antimenigococic;
- ✓ din 2014, vaccinul împotriva febrei galbene a fost introdus în programele uzuale de imunizare pentru sugari, în 35 din cele 44 țări și teritorii cu risc pentru febra galbenă din Africa și America.²⁶

Au existat și progrese evidente:

- ✓ Africa nu a mai avut un caz cu poliovirus sălbatic din august 2014, realizare ce aduce regiunea mai aproape ca niciodată de statutul „polio-free”;⁴
- ✓ în data de 20.09.2015, Comisia Mondială de Certificare a Eradicării Poliomielitei a anunțat eradicarea mondială a poliovirusului sălbatic tip 2 (WPV2) și planificarea înlocuirii trivaccinului cu bivaccinul oral (OPV1 și 3) din aprilie 2016;²⁷
- ✓ India a fost declarată liberă de tetanos matern și neonatal, ceea ce demonstrează că eliminarea bolii este posibilă;⁴
- ✓ America a devenit prima regiune OMS care a eliminat rubeola și sindromul rubeolei congenitale;
- ✓ au fost dezvoltate și testate în timp record unele candidate vaccinale împotriva virusului Ebola;
- ✓ iar din anul 2010, 86 de țări cu venituri mici și medii au introdus 128 de vaccinuri noi sau utilizate insuficient.⁴

Cu toate acestea, aproximativ 18,7 milioane de copii din întreaga lume nu au beneficiat de vaccinarea de rutină cu 3 doze de DTP, peste 60% din ei provin din 10 țări - Republica Democratică Congo, Etiopia, Nigeria, Uganda, Africa de Sud, India, Indonezia, Irak, Pakistan și Filipine. Există în continuare decalaje regionale și locale, din cauza resurselor limitate, existenței altor priorități în sistemul de sănătate, managementului defectuos al acestor sisteme de sănătate dar și din cauza monitorizării și supravegherii inadecvate. Sunt necesare eforturi deosebite pentru consolidarea vaccinării în zonele defavorizate, în special în cele izolate, în arealele urbane paupere, dar și în țările afectate de conflicte sociale.

Planul Mondial de Acțiune în domeniul vaccinării, aprobat în mai 2012, își propune ca până în 2020, fiecare țară să atingă o acoperire vaccinală de $\geq 90\%$, respectiv $\geq 80\%$ în fiecare

²⁷ <http://www.polioeradication.org/mediaroom/newsstories/Global-eradication-of-wild-poliovirus-type-2-declared/tabid/526/news/1289/Default.aspx>, accesat la 01.03.2016

regiune și să se obțină eradicarea mondială a poliomielitei, respectiv intensificarea controlului tuturor bolilor prevenibile prin vaccinare (cu accent pe eliminarea rujeolei, rubeolei și a tetanosului matern/neonatal). În luna aprilie 2015, OMS a avertizat că 5 din cele 6 obiective majore suferă întârzieri semnificative (cu excepția introducerii vaccinurilor noi și insuficient utilizate).

Se recomandă 3 etape-cheie pentru reducerea decalajelor de imunizare:

- ✓ integrarea imunizării în alte servicii de sănătate, cum ar fi îngrijirea post-natală pentru mame și copii;
- ✓ consolidarea sistemelor de sănătate, astfel încât vaccinarea să continue chiar și în perioadele de criză și
- ✓ creșterea accesibilității vaccinurilor, prin reducerea prețurilor.

IV. Acoperirea vaccinală în România

În 2015, la noi în țară s-au desfășurat 2 acțiuni de estimare a acoperirii vaccinale:

- ✓ la vârsta de 12 și 24 de luni (în august 2015)
- ✓ și la vârsta de 18 luni (în februarie 2015).

Pentru estimarea acoperirii vaccinale la 12 luni, au fost evaluați 14.748 de copii, adică 85% din numărul total de născuți vii. Un copil s-a considerat complet vaccinat dacă a primit 1 doză de vaccin BCG, 3 doze vaccin antihepatită B, 3 doze de DTP, 3 doze de VPI, 3 doze de vaccin Hib și 1 doză de ROR.²⁸

Acoperirea vaccinală pentru HEP B3, DTP3, VPI3, Hib3 și ROR1 s-a situat sub ținta de 95%, atât în mediul urban, cât și în rural. Pentru BCG1, s-a situat sub ținta de 95% în mediul rural. La nivelul întregii cohorte, valorile acoperirii vaccinale sunt sub 81% pentru toate antigenele vaccinale (tabelul nr.1):

Tabel nr.1 Acoperirea vaccinală la 12 luni, raportată la numărul de născuți vii ai cohortei ²⁸

Tip vaccin și nr. doze	AV total (%) în august 2015
BCG1	80,9
HEP B3	72,2
DTP3	70,8
VPI3	70,8
Hib3	70,8
ROR1	58,3

36% din copiii investigați, respectiv 31% din numărul de născuți vii ai cohortei au fost depistați ca incomplet vaccinați în raport cu vârsta, în creștere față de anul precedent cu 1,2%, respectiv 0,7%. Principalele motive ale nevaccinării sunt neprezentarea (în creștere față de anul precedent), contraindicațiile medicale, refuzul și pe locul IV, lipsa vaccinului.

Tot în august 2015, au fost evaluați 14.691 copii pentru estimarea acoperirii vaccinale la vârsta de 24 de luni (88% din numărul total de născuți vii ai cohortei). S-a considerat vaccinare completă în cazul celor cu 1 doză de BCG, 3 doze de vaccin antihepatită B, 4 doze de DTPa, 4 doze de VPI, 4 doze de vaccin Hib și 1 doză de ROR.²⁸

²⁸ CNSCBT. Analiza rezultate AV 12 luni si 24 luni aug 2015, <http://www.cnscbt.ro/index.php/analiza-date-supraveghere/evaluarea-acoperirii-vaccinale/295-analiza-rezultate-av-12-luni-si-24-luni-aug-2015/file>, accesat la 20.02.2016

Acoperirea vaccinală pentru HEP B3, DTP4, VPI4, Hib4 și ROR1 s-a situat sub ținta de 95%. La nivelul întregii cohorte, valorile acoperirii vaccinale sunt sub 86% pentru toate antigenele vaccinale (tabelul nr.2):

Tabel nr.2 Acoperirea vaccinală la 24 luni, raportată la numărul de născuți vii ai cohortei ²⁸

Tip vaccin și nr. doze	AV total (%) în august 2015
BCG1	85,5
HEP B3	82,2
DTP4	77,1
VPI4	77,1
Hib4	77,1
ROR1	78,8

15% dinte copiii investigați, respectiv 13% din numărul de născuți vii ai cohortei, au fost incomplet vaccinați în raport cu vârsta, din două motive – refuzul și neprezentarea (care uneori poate masca un refuz). De aceea, Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile recomandă intensificarea acțiunilor de promovare a vaccinărilor în populație și sublinează oportunitățile oferite de Săptămâna Europeană a Vaccinării, în acest sens.²⁹

V. Legislație

- Ordinul Ministrului Sănătății Nr. 386 din 31 martie 2015 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2015 și 2016. PNS I.1. Programul Național de Vaccinare, vaccinarea grupelor populaționale la risc și atribuțiile aferente fiecărei instituții. În anul 2015, pentru PN I.1 s-au alocat 102.979.000 lei, 87.812.000 de la Bugetul de Stat și 15.167.000 lei din fonduri proprii.
- Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1234/2011 privind instituirea metodologiei de raportare on-line în Registrul unic de vaccinări, în vigoare din 01.09.2011, pentru ameliorarea supravegherii și controlului bolilor transmisibile.
- Hotărârea nr. 589 din 13 iunie 2007 privind stabilirea metodologiei de raportare și de colectare a datelor pentru supravegherea bolilor transmisibile, publicată în Monitorul Oficial nr. 413 din 20 iunie 2007
- Ordinul nr.1466/2008 pentru aprobarea circuitului informațional al fișei unice de raportare a bolilor transmisibile – ambele se referă și la raportarea reacțiilor postvaccinale indesezirabile;

²⁹ CNSCBT. Analiza rezultate AV 18 luni feb 2015, <http://www.cnscbt.ro/index.php/analiza-date-supraveghere/evaluarea-acoperirii-vaccinale/192-analiza-rezultate-av-18-luni-feb-2015/file>, accesat la 20.02.2016