

ANALISI SISTEMATICHE E RACCOMANDAZIONI BASATE SULL'EVIDENZA

MALATTIE PREVENIBILI CON VACCINAZIONI: MIGLIORARE LA COPERTURA VACCINALE IN BAMBINI, ADOLESCENTI ED ADULTI

AUMENTARE LA RICHIESTA DI VACCINAZIONI DA PARTE DELLA POPOLAZIONE

Gli interventi che aumentano la richiesta di vaccinazioni da parte della popolazione sono destinati a migliorare le conoscenze sulle vaccinazioni ed il bisogno dei servizi vaccinali. Gli interventi che aumentano la richiesta di vaccinazioni da parte della comunità, che sono stati considerati in questo capitolo, comprendono la chiamata/sollecito dell'utente, interventi integrati che prevedono l'educazione, i requisiti vaccinali per la frequenza di asili, scuole e collegi, l'educazione da sola diretta all'intera comunità, incentivi agli utenti o alle famiglie e il libretto delle vaccinazioni per gli utenti.

1. Chiamata/sollecito dell'utente **Fortemente raccomandata**

Gli interventi di chiamata/sollecito dell'utente consistono nel ricordare ai componenti della popolazione bersaglio che è il momento della vaccinazione (chiamata) o che sono in ritardo (sollecito). Le chiamate possono essere diversificate per contenuto e vengono effettuate in vario modo – per telefono, lettera, cartolina postale, o altro. Gli interventi che comprendono sia la chiamata/sollecito dell'utente, che le visite domiciliari sono state considerate sotto gli interventi "visite domiciliari".

Risultati chiave

La chiamata/sollecito dell'utente migliora la copertura vaccinale:

- nei bambini e negli adulti
- in una vasta gamma di ambienti e popolazioni
- quando applicata su diversa scala, dall'ambulatorio privato all'intera comunità
- attraverso una serie di caratteristiche dell'intervento (es. chiamata o sollecito; contenuto; basi teoriche; modalità di offerta) e
- se usata da sola o come parte di un intervento integrato.

BACKGROUND

Le chiamate ed i solleciti permettono agli utenti di sapere quando è il momento giusto per effettuare le vaccinazioni o quando sono in ritardo, così come quando è il momento di contattare i servizi vaccinali per valutare se sono necessarie delle vaccinazioni. Le chiamate/solleciti possono essere spedite o comunicate per telefono; si può utilizzare un servizio di chiamata automatica per inviare le chiamate telefoniche. Le chiamate degli utenti possono essere sia specifiche (es. alcune vaccinazioni devono essere effettuate a scadenze precise) che generiche.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di efficacia. La nostra ricerca ha identificato 60 studi sull'efficacia degli interventi di chiamata/sollecito degli utenti (26-85). Altri 9 ulteriori documenti hanno fornito informazioni riguardo uno studio già considerato (86-94). Un totale di 18 studi non sono stati completati (26,27,34,51,54,56,60,62,69,70,75,81,85) o risultano poco appropriati (35,44,53,58,73), e per questo non sono stati considerati nella revisione. Dettagli sui 42 studi qualificati sono forniti nell'Appendice B del documento originale.

Gli studi qualificati hanno riportato 34 interventi che hanno valutato le chiamate o i solleciti usati da soli e 25 interventi che hanno considerato azioni integrate che comprendono chiamate e solleciti.

Gli interventi integrati comprendono anche l'ampliamento dell'accesso (31-33, 36,37,57,63,66,72,84), la chiamata degli operatori (36,38,42,43,52,72,74), l'educazione svolta presso strutture sanitarie (28,29,31,33,36,42), l'educazione degli operatori (30-33,36,63), la riduzione dei costi (28,30,32,66,71,76), la valutazione e autoregolazione dei vaccinatori (36,42,47), gli incentivi agli utenti (33,66,84), l'educazione estesa alla comunità (30,32,38), i protocolli operativi (63,72), lo specifico programma WIC (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children) per l'assistenza a donne, neonati e bambini (32), le visite domiciliari (33), e la registrazione delle vaccinazioni nel libretto per gli utenti (28). Due studi qualificati (78,84) hanno fornito dati che non possono essere espressi come variazioni percentuali della copertura. I rimanenti studi hanno fornito dati riguardo 31 interventi a singola componente e 23 interventi integrati. Nel complesso, questi studi documentano un cambiamento medio del 12% nella copertura (range 8% - 47%).

Studi che hanno valutato interventi di sola chiamata/sollecito hanno documentato un cambiamento medio dell'8% (range 7% - 31%). Studi che hanno valutato interventi di chiamata/sollecito dell'utente come parte di interventi integrati hanno documentato un cambiamento medio del 16% (range 8% - 47%).

La maggior parte degli studi qualificati ha valutato le chiamate, sebbene alcuni abbiano valutato sia le chiamate sia i solleciti (39) ed altri solo i solleciti (61,82). Gli studi hanno esaminato le chiamate telefoniche (39,40,45,52,64,80) e quelle postali (29,40,41-50,61,64-68,71,76-78,82-84). Le chiamate postali comprendevano lettere e cartoline postali. Due studi (45,64) hanno paragonato direttamente le chiamate postali con quelle telefoniche e non hanno evidenziato differenze di efficacia tra le due. Sei studi hanno valutato l'intensità delle chiamate (es. generiche rispetto a più specifiche, generiche rispetto a personalizzate e firmate dal medico, così come maggiore verso minor numero di chiamate) (49,50,59,66,83,84) e cinque dei sei studi hanno riscontrato un maggior aumento della copertura in corrispondenza di chiamate "più intensive". Non è stato trovato nessuno studio che abbia valutato le chiamate effettuate attraverso il computer (es. per e-mail).

Evidenza di applicabilità. Le stesse evidenze utilizzate per stabilire l'efficacia sono state utilizzate per valutare la fattibilità di questi interventi in diversi ambienti, popolazioni e vaccinazioni. Gli studi hanno coinvolto adulti (30,36,37,41-43,45-47,49,52,55,57,59,63-68,71,72,74,76,77,83) e bambini (29,31-33,38-40,48,61,78,80,82,84). Gli adolescenti sono stati considerati negli studi che riguardavano madre e bambino (28), ma non per le loro proprie vaccinazioni. Gli studi hanno coinvolto soggetti bianchi (31,55,84), neri (28,29,39,41,43,48,74) e ispanici (29,31,32,40), popolazioni urbane (28,36,39,41,45,48,49,57,67), suburbane (41,45,46) e rurali (45,46,50,52), soggetti indigenti (28,31-33,39,40,43,46,48,52,65,74) e non (31,46,55,61). Gli studi sono stati condotti in una gamma di ambienti comprendenti cliniche universitarie

(28,29,40,43,45,48,59,64,66,77), ambulatori di sanità pubblica (31,80,82,83), centri di assistenza (33,61,63,68), ambulatori privati (36,46,47,53), farmacie (55) ed altri ambienti di vita comunitaria (30,38,50,78). Sono disponibili studi per valutare l'efficacia di questi interventi nel migliorare l'offerta di vaccino MMR (32,33,38-40,61), DTP (29,31-33,39,40,48,80,82), OPV (29,31-33,39,40), Hib (33,39,40), vaccino antinfluenzale (30,36,37,41-43,45-47,49,50,55,57,59,63-58,71,72,76,79,83), antipneumococcico (43,77) e Td adulti (43,52,64). Non ci sono studi che abbiano valutato se la chiamata/ sollecito dell'utente incoraggi le vaccinazioni negli adolescenti o migliori l'offerta della vaccinazione contro l'epatite B.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. In questa ricerca non sono stati sondati altri effetti positivi o negativi riguardo la chiamata/ sollecito dell'utente.

Evidenza economica. La nostra ricerca ha identificato 11 valutazioni di ordine economico sugli interventi di chiamata/ sollecito dell'utente (27,46,52,61,65,71,93,95-98). Un altro documento ha fornito informazioni aggiuntive riguardo uno studio già compreso nella revisione. Dettagli su questi studi sono forniti nell'Appendice C del documento originale. Un totale di 9 studi ha fornito 12 rapporti costo/efficacia per interventi di chiamata/ sollecito a singola componente e 3 rapporti costo/efficacia per interventi integrati che comprendono la chiamata/ sollecito. Il rapporto costo/efficacia per interventi a singola componente, basato sugli studi di cui sopra, andava da \$ 3 a \$ 46 per ogni vaccinazione eseguita in più (media \$ 9). Il rapporto costo/efficacia per interventi integrati è stato di \$ 4/ vaccinazione supplementare, nel caso di combinazione chiamata dell'utente e del vaccinatore; di \$ 51/ vaccinazione supplementare, nel caso di combinazione delle chiamate con un incentivo tipo lotteria (65); e di \$ 43/ vaccinazione supplementare per una combinazione di chiamate postali e vaccinazioni gratuite (71).

La media dei costi, basata sui due studi disponibili, varia da \$ 0,65 a \$ 5,75 per bambino. I costi più bassi rappresentano una sottostima, poiché non comprendono il tempo che i volontari spendono per ciascun bambino. I costi più alti potrebbero essere sovrastimati, poiché comprendono i costi del tempo medico per la somministrazione dei vaccini.

OSTACOLI ALL'ESECUZIONE DEGLI INTERVENTI

Gli ostacoli nell'implementare gli interventi di chiamata/ sollecito possono comprendere l'assenza di infrastrutture di informazione e di supporto amministrativo nei confronti degli erogatori dei servizi o dei sistemi.

RACCOMANDAZIONI

Secondo le regole di evidenza su cui si basa la Guida, la chiamata/ sollecito dell'utente è **fortemente raccomandata** sulla base di una rigorosa dimostrazione scientifica di efficacia nel migliorare la copertura vaccinale.

2. Interventi integrati che comprendono l'educazione raccomandati

Fortemente

Gli interventi integrati che comprendono l'educazione forniscono conoscenze alla popolazione bersaglio e, in alcuni casi, agli operatori ed

utilizzano almeno un'attività aggiuntiva per migliorare la copertura vaccinale.

Risultati chiave

Gli interventi integrati che comprendono l'educazione:

- migliorano la copertura vaccinale tra bambini ed adulti;
- migliorano la copertura vaccinale nella comunità e negli ambienti sanitari;
- migliorano la copertura vaccinale in un'ampia gamma di contesti;
- uniscono l'educazione ad una varietà di altre attività.

Il contributo delle singole componenti sull'efficacia complessiva di questi interventi non può essere calcolata.

BACKGROUND

Gli interventi integrati che comprendono l'educazione affrontano i problemi sanitari e gli ostacoli alle vaccinazioni in maniera completa. Gli interventi integrati che comprendono l'educazione sono basati sul presupposto che i prerequisiti della salute coinvolgono l'ambiente fisico, sociale e politico nel quale si concretizzano i rischi per la salute. Questi interventi rendono consapevoli i membri di una comunità dei servizi vaccinali questi servizi. Inoltre questi interventi comprendono una serie di strategie associate per migliorare le vaccinazioni.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di efficacia. La nostra ricerca ha identificato 34 studi che riguardano l'efficacia degli interventi integrati che comprendono l'educazione (26-38,99-120). Tre altri documenti forniscono ulteriori informazioni su uno studio già considerato (86,87,89). Diciassette studi hanno avuto una realizzazione limitata e per questo non sono stati compresi nell'analisi (26,27,34,99-105,109,110,112,113,115,116,119). Dettagli sui 17 studi qualificati sono forniti nell'Appendice B. Tutti gli studi qualificati hanno valutato interventi che comprendono l'educazione della comunità o dell'utente. Gli interventi comprendono inoltre la chiamata dell'utente (28-33,35,36,38), la formazione del vaccinatore (30-33,36,108), un aumento delle ore o del numero di accessi agli ambulatori (31-33,36,107,111), la chiamata del vaccinatore (28,36-38,106,114), la riduzione dei costi non recuperabili (28,30,32,108), il libretto delle vaccinazioni per l'utente (28,117), i programmi di prevenzione per donne, neonati e bambini (WIC program) (32), gli accertamenti sanitari e psicosociali (107), i servizi di nutrizione (107) e le visite domiciliari (33).

Quindici studi che hanno misurato la copertura vaccinale, hanno trovato variazioni che vanno dal 4% al 29% (mediana 16%), in un periodo di follow-up di oltre 5 anni (28-33,35-38,106-108-117,118). Sono stati riscontrati effetti positivi sia negli ambienti pubblici sia in quelli sanitari (rispettivamente 16%, come valore mediano, per un range che va dal 4% al 25% e 12% come valore

mediano per un range che va dal 5% al 29%).

I dati disponibili non permettono di attribuire percentuali dell'efficacia complessiva alle singole componenti dell'intervento, ma dimostrano che gli interventi combinati aumentano la copertura vaccinale.

Nessuna delle numerose possibili ragioni può spiegare il fatto che gli interventi integrati che comprendono l'educazione sembrano efficaci nell'incrementare le coperture vaccinali, mentre alcune componenti (es. la sola educazione della comunità, l'educazione sanitaria o l'aumento delle ore di servizio o del numero di accessi) prese singolarmente dimostrano evidenze di efficacia meno convincenti. Probabilmente questo riflette:

- il maggior numero di studi su interventi integrati;
- la maggiore intensità (e quindi maggiore efficacia) degli interventi integrati;
- la sinergia tra le componenti degli interventi integrati (l'intero è più efficace rispetto alla somma delle parti); o
- che la sola educazione non può determinare un grande incremento della compliance vaccinale, ma può facilitare l'adozione di altre componenti.

Evidenza di applicabilità. Le stesse dimostrazioni utilizzate per stabilire l'efficacia sono state usate per stabilire l'applicabilità di questi interventi in differenti ambienti, popolazioni e vaccinazioni. Gli studi hanno valutato adulti (30,36,37,106,108,114,117,118) e bambini (28,29,31-33,35,38,107). Gli adolescenti sono stati considerati negli studi che riguardavano madre e bambino (28,107), ma non per le loro proprie vaccinazioni. Sono stati condotti studi in popolazioni comprendenti soggetti bianchi (31,108,117,118), neri (28,29) e ispanici (29,31,32,107,117), persone indigenti (28,31-33,114) e non (31,107). Gli studi in ambienti sanitari provengono soprattutto da strutture mediche universitarie (28,29,106,107,114,117,118), ma sono stati fatti anche in ambulatori medici privati (36), servizi di sanità pubblica (31) e strutture che prestano assistenza (33). Sono disponibili studi che dimostrano miglioramenti nell'offerta della vaccinazione antinfluenzale (30,36,37,108,117,118), antipneumococcica (106,117,118), Td (114,117), DTP e OPV (29,31-33), MMR (32,33,38,111) e Hib (33). Non sono stati trovati studi di valutazione delle strategie vaccinali integrate nell'incrementare le vaccinazioni tra gli adolescenti o per migliorare l'offerta della vaccinazione contro l'epatiteB.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Numerosi studi qualificati che hanno valutato i risultati indipendentemente dal numero di vaccinazioni (es. il miglior utilizzo di altre strutture preventive o curative) (28,107,114,117), hanno evidenziato qualche risultato. Altri effetti positivi o negativi degli interventi integrati di educazione vengono discussi in corrispondenza dei rispettivi capitoli.

Evidenza economica. La nostra ricerca ha evidenziato due valutazioni economiche di interventi integrati che comprendono l'educazione (109,120). Dettagli sugli studi sono forniti nell'Appendice C. Non sono disponibili studi costo/efficacia.

Uno studio ha valutato i costi di un intervento che consisteva nell'assemblare una task-force comunitaria, nell'intraprendere una campagna d'informazione e nel costituire un programma basato sulle scuole, che valutasse lo stato immunitario degli studenti e

fornisse le vaccinazioni (109). Il costo medio stimato di un programma, in base a questo studio, è di \$ 23 per bambino vaccinato. Un altro studio ha valutato i costi di un intervento che comprendeva l'ampliamento dell'accesso ai servizi vaccinali, attività varie di educazione e promozione della salute e, possibilmente, valutazione e correzione degli operatori (120). I costi medi stimati di un programma in base a questo studio è di \$ 7,65 per vaccinazione eseguita. Nel primo studio i bambini potevano aver ricevuto più di una vaccinazione, così la stima dei costi tra i due studi potrebbe essere più simile di quanto sembri.

OSTACOLI ALL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Potenziati ostacoli nel mettere a punto strategie educative integrate potrebbero essere le difficoltà nel coordinare le strategie tra i diversi programmi ed i sistemi amministrativi.

RACCOMANDAZIONI

Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, gli interventi integrati che comprendono l'educazione, sono **fortemente raccomandati** sulla base di rilevanti evidenze scientifiche della loro efficacia nel migliorare le coperture vaccinali.

3. Vaccinazioni richieste per la frequenza di asili, scuole e collegi Raccomandate

Asili, scuole e collegi richiedono, sulle base di leggi o programmi propri, certificati di vaccinazione o altra documentazione di avvenuta immunizzazione, come condizione per la frequenza.

Risultati chiave

- Le vaccinazioni richieste per la frequenza di asili, scuole e collegi sono efficaci nel ridurre le malattie prevenibili con vaccinazioni o nel migliorare la copertura vaccinale.
- Le vaccinazioni richieste per la frequenza di asili, scuole e collegi sono efficaci in tutte le rispettive popolazioni.
- Non si possono determinare differenze di efficacia delle leggi dei diversi stati, basate su caratteristiche specifiche della legge stessa o sulla sua osservanza.

BACKGROUND

La promulgazione ed il rafforzamento delle leggi dello stato in materia di immunizzazione durante gli anni 1970-80 ha fatto sì che oggi oltre il 95% dei bambini in età scolare siano vaccinati con le dosi di vaccino raccomandato. I requisiti vaccinali per la frequenza di asili e collegi ed il loro rafforzamento sono più recenti e variano

molto da stato a stato.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di efficacia. La nostra ricerca ha identificato 10 studi inerenti l'efficacia delle vaccinazioni richieste per la frequenza degli asili, scuole, collegi (121,130). Un altro documento ha fornito maggiori informazioni riguardo ad uno studio già qualificato (131). Uno studio che non era stato portato a termine non è stato inserito nell'analisi (130). Dettagli sui 9 studi qualificati sono forniti nell'Appendice B. Sei degli studi disponibili hanno trovato effetti positivi sui tassi di malattia (121,123,125,127-129). Tre studi trasversali o longitudinali, condotti a livello nazionale, hanno trovato che gli stati con obbligo di vaccinazione per i bambini in età scolare, avevano una minore incidenza di morbillo (125,129) e parotite (128). Inoltre, nelle zone a bassa incidenza di morbillo, si è maggiormente predisposti a fare osservare le leggi scolastiche per escludere i bambini non vaccinati dalla frequenza (125). Uno studio trasversale condotto in New Jersey ha riscontrato che, i bambini interessati da una legge che prevede l'obbligo di vaccinarsi contro la parotite, erano molto meno soggetti a contrarre la malattia durante un'epidemia rispetto agli altri bambini (123). Uno studio condotto a New York ha rivelato che richiedere la vaccinazione contro l'Hib per la frequenza degli asili (senza alcuna imposizione), ha portato ad una riduzione dell'incidenza dell'infezione da Hib tra i bambini che frequentano, superiore rispetto a quella che si è avuta nell'intera New York (127). Uno studio retrospettivo ha trovato che, dove esistono leggi nazionali che richiedono la vaccinazione contro il morbillo per la frequenza scolastica, vi è un minor rischio di epidemie di morbillo, indipendentemente da altre variabili (121).

I tre studi che hanno utilizzato la copertura vaccinale come indicatori di risultato, hanno trovato un cambiamento medio del 15% (range 5% - 35%). Uno studio longitudinale condotto in Ontario, Canada (122), ha rivelato che l'obbligo vaccinale per tutti gli scolari/studenti dai 5 ai 17 anni ha portato ad un aumento della copertura vaccinale del 3% - 9%, partendo da una copertura di base relativamente elevata (87%). Uno studio (126) durato oltre 7 anni (1979-86), ha seguito la promulgazione di leggi scolastiche in California nel 1977 e la loro imposizione nel 1986 ha documentato che la copertura vaccinale tra bambini di 5-6 anni, aumenta di circa il 15% da una copertura di base di circa il 75%. Uno studio trasversale nel New Jersey (123) ha trovato che, bambini di età inferiore ai 7 anni cui leggi scolastiche imponevano la vaccinazione contro la parotite, avevano, con maggiore probabilità, una "immunità documentata" (sia vaccinale che una documentazione medica di avvenuta malattia), rispetto ai bambini non soggetti a questa legge (rispettivamente 96% contro 61%). Uno studio (124) sull'immunità nei confronti della rosolia che ha valutato gli effetti di un obbligo scolastico per la vaccinazione contro la rosolia, ha documentato un iniziale miglioramento nell'immunità, non mantenuto però negli anni.

Evidenza di applicabilità. Le stesse dimostrazioni utilizzate per definire l'efficacia sono state utilizzate per valutare l'applicabilità di questi interventi in diversi ambienti, popolazioni e per diverse vaccinazioni. La maggior parte degli studi disponibili ha valutato gli obblighi scolastici (122,123-126,128,129), ma altri studi hanno considerato anche le vaccinazioni richieste per la frequenza di asili (127) e collegi (121). Generalmente gli studi disponibili non hanno descritto le popolazioni studiate nel dettaglio. Comunque, la maggior parte di questi studi comprende tutti i 50 stati (125,128,129). Altri studi hanno utilizzato campioni rappresentativi di bambini statunitensi di 2 e 4 anni (121); dati provenienti da tutto lo stato di New York (127) o della California (126); o dati provinciali provenienti dall'Ontario, Canada (122). La dimostrazione di efficacia dovrebbe essere applicata alla maggior parte di bambini e giovani adulti negli Stati Uniti.

Sono disponibili studi che stabiliscono l'efficacia di questi interventi nell'aumentare l'offerta di MMR o altre vaccinazioni contenenti la componente antimorbillosa (122,126) e nel ridurre la comparsa di morbillo (125,129) e parotite (123,128); nel migliorare la copertura con DT o DTP e OPV (122,126) e nel ridurre l'incidenza di infezioni da Hib (127). Non sono stati trovati studi che valutassero l'efficacia di questi interventi nel migliorare l'offerta di vaccinazione anti-epatiteB.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. In questa analisi non sono stati evidenziati altri effetti positivi o negativi delle vaccinazioni richieste per la frequenza di asili, scuole o collegi.

Evidenza economica. Non sono state trovate valutazioni di tipo economico delle vaccinazioni richieste per la frequenza di asili, scuole o collegi.

OSTACOLI ALL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Potenziali ostacoli nel richiedere vaccinazioni per la frequenza di asili, scuole e collegi sono rappresentati dal carico amministrativo, dalla difficoltà di coordinare programmi diversi e dalla difficoltà dell'attuale legislazione.

RACCOMANDAZIONI

Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, l'obbligo di vaccinazione per frequentare asili, scuole e collegi è **raccomandato** sulla base di sufficienti dimostrazioni scientifiche che tale obbligo aumenti la copertura vaccinale o l'immunità o riduca i tassi di incidenza della malattia.

4. La sola educazione rivolta a tutta la comunità insufficiente

Evidenza

Gli interventi di sola educazione rivolti all'intera comunità forniscono informazioni alla gran parte o all'intera popolazione bersaglio in una determinata area geografica. Questi interventi possono anche fornire informazioni a chi offre le vaccinazioni. Interventi che possiedono altre componenti (es. chiamate), che siano usati insieme ad altri interventi (es. interventi integrati che comprendono anche l'educazione), o che siano mirati ad obiettivi specifici in ambienti particolari (es. scuole od asili) vengono considerati altrove in questo capitolo.

Risultati chiave

- E' stato identificato un solo studio qualificato che abbia stabilito l'efficacia di interventi basati sulla sola educazione della comunità in rapporto all'offerta di vaccini. Tale studio ha dei limiti nel suo disegno e nella sua conduzione ed ha portato a risultati inconsistenti in diverse sottopopolazioni.
- Non sono stati identificati studi qualificati che valutassero l'efficacia degli interventi di sola educazione rivolti all'intera comunità rispetto alle conoscenze o alle attitudini.

Per questo, gli studi disponibili ci forniscono dimostrazioni insufficienti per stabilire l'efficacia dell'educazione estesa a tutta la comunità nel migliorare le vaccinazioni, le conoscenze e le attitudini.

BACKGROUND

L'educazione estesa a tutta la comunità ha lo scopo di migliorare la disponibilità delle informazioni che riguardano le vaccinazioni e di aumentare le conoscenze, cambiando così i comportamenti. I messaggi educativi vengono diffusi in diversi modi (es. posta, radio, giornali, televisione e posters). L'educazione rivolta a tutta la comunità potrebbe portare ad un incremento delle coperture vaccinali, aumentando l'accettazione e la richiesta di vaccinazioni tra gli utenti.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di efficacia. La nostra ricerca ha identificato sei studi riguardanti l'efficacia degli interventi di sola educazione estesa a tutta la comunità (38,56,75,132-134). Di questi, cinque (56,75,132-134) hanno avuto un'esecuzione parziale e per questo non sono stati compresi nello studio. Lo studio qualificato condotto con i bambini, ha rilevato qualche miglioramento nel numero di vaccinazioni antimorbillose eseguite tra i bambini di sei anni, ma non tra quelli di 14-18 mesi, in coincidenza con una campagna di informazione. Lo studio non ha fornito importanti informazioni in merito al contenuto o all'intensità dell'intervento. Dettagli sullo studio qualificato sono forniti nell'Appendice B. Non sono stati identificati studi che valutassero gli effetti della sola educazione estesa a tutta la comunità in merito a conoscenze o ad attitudini.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Non sono stati trovati studi che valutassero gli effetti positivi o negativi degli interventi di sola educazione estesa a tutta la comunità.

RACCOMANDAZIONI

Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, gli studi disponibili forniscono **evidenza insufficiente** per sostenere l'efficacia degli interventi di sola educazione estesa a tutta la comunità nel migliorare le conoscenze o le attitudini riguardo le vaccinazioni o nell'aumentare la richiesta di vaccinazioni. Comunque, l'educazione estesa a tutta la comunità, rappresenta una componente fondamentale per numerosi interventi efficaci. Finché non saranno disponibili altre e migliori informazioni, le decisioni sull'intraprendere o no tali programmi dovranno essere prese in base a considerazioni diverse dall'esame degli studi disponibili.

5. La sola educazione svolta nelle strutture sanitarie insufficiente

Evidenza

Gli interventi di sola educazione svolti nelle strutture sanitarie forniscono informazioni a gruppi afferenti a specifiche strutture mediche o di sanità pubblica. Interventi che possiedono altre componenti (es. solleciti), che siano usati insieme ad altri interventi (es. interventi integrati che comprendono l'educazione), o che siano mirati ad obiettivi specifici in ambienti particolari

(es. scuole od asili) vengono considerati altrove in questo capitolo.

Risultati chiave

- E' stato identificato un solo studio qualificato che abbia stabilito l'efficacia di materiale educativo stampato nell'aumentare la copertura vaccinale. Tale studio ha identificato effetti piccoli e non significativi sulle coperture.
- Sono stati identificati solo due studi che valutassero gli effetti delle informazioni sulle vaccinazioni rispetto alle conoscenze ed alle attitudini nei confronti delle stesse. Tali studi hanno dimostrato effetti variabili su conoscenze ed attitudini.
- Non sono stati identificati studi che valutassero le strategie educative offerte in sede clinica diverse dal materiale educativo stampato.

Per questo, gli studi disponibili non forniscono evidenze sufficienti per stabilire l'efficacia degli interventi basati sulla sola educazione svolta nelle strutture sanitarie nel migliorare conoscenze, attitudini o coperture vaccinali.

BACKGROUND

Gli interventi di sola educazione effettuata presso le strutture sanitarie possono comprendere pieghevoli d'informazione (es. "Informazioni sui vaccini"), videotapes, o posters che possano facilitare l'utente nell'utilizzare i servizi disponibili. Gli opuscoli di "Informazioni sui vaccini" sono di solito pubblicazioni standardizzate disponibili presso tutti i centri vaccinali e vengono distribuiti agli utenti sia per fornire informazioni, che per ottenerne il consenso.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di efficacia. La nostra ricerca ha identificato cinque studi riguardanti l'efficacia degli interventi di sola educazione clinica (118,135-138). Di questi, due (136,137) hanno avuto un'esecuzione parziale e per questo non sono stati compresi nello studio. I dettagli riguardanti gli altri tre studi qualificati sono forniti nell'Appendice B. Uno studio randomizzato (118), che ha paragonato la somministrazione di materiale educativo stampato associato alla formazione dell'operatore, con la sola formazione dell'operatore, ha trovato un aumento non significativo della copertura vaccinale per i vaccini antinfluenzale (3%) ed antipneumococcico (2%). Due studi hanno valutato l'effetto delle "Informazioni sui vaccini" sulle conoscenze ed attitudini dei genitori. Uno di essi (135) ha rilevato un aumento significativo delle conoscenze sui vaccini da parte dell'utente ed un aumentato desiderio di vaccinare il bambino; l'altro studio (138) non ha rilevato effetti statisticamente significativi sulle convinzioni dei genitori.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Non sono stati trovati in questa analisi informazioni sugli effetti positivi o negativi.

RACCOMANDAZIONI

Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, gli studi disponibili forniscono **evidenze insufficienti** per sostenere l'efficacia degli interventi di sola educazione svolta nelle strutture sanitarie nel migliorare la copertura vaccinale. Finché non saranno disponibili altre e migliori informazioni, le decisioni sull'intraprendere o no tali

programmi dovranno essere prese in base a considerazioni diverse dall'esame degli studi disponibili.

6. Incentivi all'utente o alla famiglia insufficiente

Evidenza

Gli incentivi agli utenti consistono nel fornire denaro o altri incentivi per motivare le persone ad accettare le vaccinazioni. Gli incentivi possono consistere sia in gratificazioni che in penalizzazioni. Alcuni interventi che comprendono gli incentivi (es. i programmi W.I.C. [solo nel documento originale] ed i requisiti per la frequenza nei nidi, scuole e collegi), vengono considerati altrove in questo capitolo.

Risultati chiave

- Abbiamo identificato tre studi qualificati che comprendono quattro modalità d'intervento.
- Solo un intervento ha utilizzato gli incentivi da soli, ottenendo una variazione del 6% nella copertura vaccinale.
- Gli altri tre interventi hanno valutato gli incentivi e le chiamate con e senza ulteriori interventi; i risultati differiscono nelle dimensioni e nelle significatività statistiche.

Per questo, sulla base del (a) numero ridotto degli studi disponibili, (b) variabilità degli interventi valutati, e (c) della variabilità nelle dimensioni e nella significatività statistica dei risultati, non vi sono evidenze sufficienti per stabilire l'efficacia degli interventi basati sui soli incentivi nel migliorare le coperture vaccinali e se gli incentivi forniscono un piccolo beneficio quando combinati ai solleciti.

BACKGROUND

Gli incentivi all'utente si basano sulla convinzione che gli utenti verrebbero invogliati a richiedere le vaccinazioni per sé stessi o per i propri figli ricevendo in cambio gratificazioni (es. giocattoli per i bambini, denaro, o buoni sconto per negozi) o evitando penalizzazioni (es. l'essere esclusi dalla partecipazione ad un certo programma).

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di efficacia. La nostra ricerca ha identificato tre studi riguardanti l'efficacia degli incentivi (33,65,84). Tutti tre questi studi possono essere inclusi nella nostra analisi, e dettagli su di essi sono forniti nell'Appendice B. Un altro documento fornisce ulteriori informazioni riguardo uno studio già considerato (89).

Gli studi qualificati hanno preso in considerazione una modalità d'intervento che utilizzava i soli incentivi e tre modalità d'intervento che valutavano gli incentivi insieme alle chiamate, con o senza altri tipi d'intervento. E' stato condotto uno studio

randomizzato (65) tra adulti in un centro di salute pubblica. Questo studio ha valutato l'efficacia di una lotteria con in premio un buono di \$ 50 da spendere in negozi di alimentari, offerto da solo o insieme alla lettera d'invito, per migliorare l'accettazione della vaccinazione antinfluenzale. Lo studio ha rilevato un cambiamento del 9% quando l'incentivo era utilizzato da solo e del 6% (non significativo) quando utilizzato insieme alle lettere d'invito; la copertura di base era del 20%. Uno studio randomizzato (84) condotto in un gruppo di bambini in un centro di salute pubblica, ha valutato l'effetto di una lotteria con premi di \$ 25-100 insieme all'invio di lettere d'invito. Il cambiamento nell'esecuzione di almeno una vaccinazione è stato del 18% nel periodo dello studio. (Questo risultato non può essere convertito in un cambiamento di percentuali di copertura). Uno studio retrospettivo (33) tra genitori di bambini appartenenti ad un gruppo in assistenza medica, consisteva nel dare un buono di \$ 10 quando veniva eseguita la vaccinazione, nel contesto di una strategia integrata che comprendeva anche la chiamata dei genitori e dei vaccinatori, visite domiciliari, assistenza nel trasporto ed educazione del vaccinatore. La differenza nelle coperture per DTP, OPV, MPR e Hib all'età di 35 mesi, è stata del 2% (non significativa); la copertura di base era del 37%. Non sono stati rinvenuti studi su incentivi positivi, che non fossero lotterie o buoni denaro, né studi su incentivi negativi.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Non sono stati trovati in questa analisi informazioni sugli effetti positivi o negativi.

OSTACOLI ALL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Potenziati ostacoli agli incentivi sono rappresentati dalla possibile forzatura di questi interventi.

RACCOMANDAZIONI

Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, gli studi disponibili forniscono **evidenze insufficienti** per sostenere l'efficacia degli incentivi all'utente o alla famiglia nel migliorare la copertura vaccinale. Finché non saranno disponibili altre e migliori informazioni, le decisioni sull'intraprendere o no tali programmi dovranno essere prese in base a considerazioni diverse dall'esame degli studi disponibili.

7. Libretto di vaccinazioni per l'utente

Evidenza insufficiente

Vengono forniti ai membri di una popolazione target o alle loro famiglie dei libretti sui quali sono indicate le vaccinazioni effettuate.

Risultati chiave

- La nostra ricerca ha identificato quattro studi qualificati sull'utilizzo del libretto delle vaccinazioni; uno ha valutato l'utilizzo del libretto da solo e gli altri tre lo hanno valutato insieme all'educazione sanitaria, all'invito alle vaccinazioni, o in strategie integrate.
- L'efficacia nel migliorare le coperture vaccinali è variabile nell'entità e nella significatività statistica.

Per questo, sulla base (a) del numero ridotto degli studi disponibili, (b) delle

limitazioni nel disegno e nella conduzione dello studio, (c) della variabilità degli interventi valutati e (d) della variabilità nelle dimensioni e nella significatività statistica dei risultati, non vi sono evidenze sufficienti per stabilire l'efficacia degli interventi basati sulla registrazione delle vaccinazioni, nel migliorare le coperture vaccinali.

BACKGROUND

La registrazione delle vaccinazioni può essere utilizzata per valutare lo stato vaccinale dell'utente in ambiente medico o altrove e può migliorare l'attenzione dell'utente nei confronti delle vaccinazioni necessarie o di quelle fatte. I Dipartimenti di Sanità Pubblica e lo Stato hanno incoraggiato l'utilizzo del libretto delle vaccinazioni a vari livelli. La registrazione delle proprie vaccinazioni in mano all'utente può portare ad un miglioramento della copertura vaccinale (a) aumentando le sue conoscenze sulle vaccinazioni e quindi la loro richiesta, (b) riducendo le occasioni perdute di vaccinare negli ambienti sanitari, oppure (c) attraverso entrambe.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di efficacia. La nostra ricerca ha identificato otto studi riguardanti l'efficacia della registrazione delle vaccinazioni tenuta dall'utente (28,105,117,139-143). Di questi, quattro che non erano completi non sono stati inclusi nell'analisi (105,139,141,142). Dettagli riguardanti i quattro studi qualificati sono forniti nell'Appendice B. Uno degli studi ha paragonato la registrazione tenuta dall'utente insieme alla chiamata dell'operatore, alla sola chiamata dell'operatore (143). Altri studi hanno valutato la registrazione tenuta dall'utente insieme all'educazione sanitaria (117), agli inviti dell'utente (140), o a strategie integrate (28).

Uno studio (140) ha riportato che "le coperture erano > al 45% in entrambi i gruppi" dopo l'intervento e che le differenze tra i gruppi non erano significative. Comunque, quello studio non ha presentato dati che potessero essere espressi come cambiamento di punti percentuali nella copertura. Gli altri tre studi hanno riportato un cambiamento di punti percentuali nella copertura dal 5% al 15%; alcuni risultati hanno raggiunto un livello di significatività statistica, ma altre no.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Tutti gli studi qualificati hanno dimostrato un aumento nell'utilizzo di alcuni servizi di cura o prevenzione. Non sono emerse da questa ricerca informazioni riguardo altri effetti positivi o negativi.

OSTACOLI ALL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Un potenziale ostacolo della registrazione nel libretto dell'utente consiste nel poter costituire un peso per l'operatore. Un'indagine condotta tra gli operatori ha dimostrato che, sebbene l'80% di essi avesse manifestato reazioni positive o molto positive nei confronti del "diario medico", il 17% degli operatori pensava che tale registrazione influenzasse negativamente il deflusso degli utenti.

RACCOMANDAZIONI

Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, gli studi disponibili forniscono **evidenze insufficienti** per sostenere l'efficacia della registrazione medica per l'utente

nel migliorare la copertura vaccinale. Finché non saranno disponibili altre e migliori informazioni, le decisioni sull'intraprendere o no tali programmi dovranno essere prese in base a considerazioni diverse dall'esame degli studi disponibili (117).

LINEE DI RICERCA APERTE PER GLI INTERVENTI FINALIZZATI AD AUMENTARE LA RICHIESTA DI VACCINAZIONI DA PARTE DELLA COMUNITA'

Evidenza di efficacia. In questa sezione è stata stabilita l'efficacia degli interventi raccomandati e fortemente raccomandati (interventi integrati che comprendono l'educazione; chiamata e sollecito dell'utente; e requisiti vaccinali per frequentare asili, scuole e collegi). Ad ogni modo, rimangono altri interrogativi sull'efficacia di questi interventi.

- Quali sono le specifiche caratteristiche degli interventi per migliorare la richiesta di vaccinazioni da parte della comunità che contribuiscono ad aumentarne o ridurre l'efficacia?
- Come contribuiscono all'efficacia della chiamata/sollecito il contenuto, la specificità, la modalità di offerta e la frequenza dell'offerta?
- Come contribuiscono le differenze culturali dell'utente ad aumentare o ridurre l'efficacia dei diversi interventi?
- Quale è l'efficacia relativa del sistema di chiamata/sollecito dell'utente?
- Quali sono le combinazioni minime e più efficaci di servizi offerti negli interventi integrati?
- Come varia l'efficacia dei requisiti vaccinali per la frequenza di asili, scuole e collegi in rapporto agli obblighi di legge ed alla forza dell'imposizione?
- I registri forniscono un'ossatura funzionale per interventi efficaci, compresa l'educazione e la chiamata/sollecito dell'utente?

Poiché non è stata stabilita l'efficacia degli interventi basati solo sull'educazione estesa a tutta la comunità, degli interventi basati solo sull'educazione sanitaria, sugli incentivi all'utente o alle famiglie e sul libretto delle vaccinazioni per l'utente nel migliorare la copertura vaccinale, rimangono le domande base della ricerca.

- Questi interventi sono efficaci nel migliorare la copertura vaccinale?
- Questi interventi promuovono attitudini positive o negative nei confronti delle vaccinazioni nella popolazione target?
- Quale caratteristica dei programmi di educazione sanitaria o estesi a tutta la comunità contribuisce alla loro efficacia o meno: mezzo di comunicazione, messaggio, intensità?
- Quale caratteristica degli incentivi contribuisce alla loro efficacia o meno: mezzo di comunicazione, messaggio, intensità?
- Il concorrere di più messaggi di prevenzione fa in modo che questi siano sinergici o che interferiscano tra loro?

- Il diario medico per l'utente riduce le opportunità perdute di vaccinare?

Evidenza di applicabilità. Ogni intervento raccomandato e fortemente raccomandato dovrebbe essere applicabile alla maggior parte della popolazione target e dei contesti. Ad ogni modo, non possono essere determinate possibili differenze nell'efficacia di ciascun intervento per specifici sottogruppi di popolazione. Rimangono numerose domande riguardo l'applicabilità di questi interventi in ambienti e popolazioni diverse da quelli studiati.

- Questi interventi sono efficaci nel migliorare la copertura vaccinale tra gli adolescenti?
- Esistono differenze importanti nell'efficacia di questi interventi basate sul livello al quale vengono condotti (es. a livello di comunità di residenza, a livello di struttura ospedaliera, a livello di medicina di base)?

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Gli studi compresi in questa analisi non hanno riportato effetti positivi o negativi di questi interventi, fatta eccezione che per qualche considerazione in merito al migliore utilizzo dei servizi di prevenzione e cura.

Per questo, sarebbero utili ricerche riguardo ai seguenti interrogativi:

- Gli interventi implementati a livello di comunità (es. interventi di sola educazione estesa a tutta la comunità, o interventi integrati che comprendono anche l'educazione), oltre a migliorare la copertura vaccinale, hanno anche altri effetti positivi (es. un rafforzamento della comunità)?
- Gli interventi che aumentano la domanda di vaccinazioni da parte dell'utente interferiscono sull'afflusso degli utenti nei servizi o sulla loro efficienza e, se è così, come si possono minimizzare questi effetti negativi?
- I requisiti vaccinali per frequentare asili, scuole e collegi possono interferire con le altre attività in questi ambiti e, se è così, come si possono minimizzare questi effetti?
- Questi interventi hanno altri effetti positivi sulla prevenzione o sulla cura delle malattie oltre quello di migliorare la copertura vaccinale?

Evidenza economica. In generale, l'informazione economica disponibile è scarsa; per questo motivo, è giustificata un'importante ricerca in merito ai seguenti interrogativi:

- Quali sono i costi di questi interventi?
- Come si possono paragonare i costi per ogni bambino in più vaccinato rispetto ad altri interventi atti a migliorare la copertura vaccinale?
- Le strategie che sono mirate a migliorare la copertura vaccinale e ad altri obiettivi possono contemporaneamente migliorare il rapporto costo-efficacia di questi interventi?
- Come contribuiscono le singole caratteristiche di questi interventi alla loro efficienza economica?
- Quali sono le conseguenze economiche relative ai sistemi di

chiamata/sollecito?

- Quali caratteristiche del sistema chiamata/sollecito (es. frequenza, contenuto o modalità di offerta) hanno il migliore rapporto costo/efficacia?
- Negli interventi integrati quale combinazione di componenti ha il migliore rapporto costo/efficacia?
- Quale è il rapporto costo/beneficio o costo/efficacia di questi interventi?

OSTACOLI ALL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

- Come si possono implementare questi interventi gravando del minor peso possibile, sul fronte amministrativo, degli operatori o dei sistemi?
- Possono le anagrafi ridurre gli ostacoli all'uso o al maggior utilizzo di questi interventi?

II – AMPLIAMENTO/FACILITAZIONE DELL'ACCESSO AI SERVIZI VACCINALI

Gli interventi che aumentano l'accesso ai servizi vaccinali sono proposti per ridurre i costi o per aumentare l'adesione alle vaccinazioni.

Gli interventi che aumentano l'accesso ai servizi vaccinali che sono stati valutati in questo capitolo includono la riduzione delle spese dirette da parte delle persone (il denaro speso di tasca propria), l'ampliamento degli accessi alle strutture sanitarie, interventi vaccinali in strutture non mediche inclusi i programmi di vaccinazione nel programma WIC (Programma di integrazione alimentare donne neonati e bambini) [solo nel documento originario], visite domiciliari, programmi vaccinali nelle scuole e programmi vaccinali nei centri per l'infanzia.

8 . Riduzione delle spese dirette raccomandati

Fortemente

La riduzione delle spese delle famiglie per le vaccinazioni o per la somministrazione di vaccinazioni può essere ottenuta attraverso una assicurazione di copertura o riducendo il copagamento per le vaccinazioni al punto di erogazione

Risultati chiave

La riduzione dei costi migliora la copertura vaccinale:

- Nei bambini e negli adulti
- In diverse strutture o popolazioni
- Quando applicato a vari livelli di sia usato da solo che come parte di un intervento multidisciplinare

BACKGROUND

I costi diretti a carico dell'utente delle vaccinazioni sono comunemente citati dagli utenti e dagli operatori dei servizi come una barriera per effettuare le vaccinazioni. Molti interventi sono stati usati dal governo degli Stati Uniti (per es. Il programma di vaccinazione per l'infanzia) per ridurre queste barriere.

La riduzione del pagamento delle vaccinazioni può determinare un aumento della copertura vaccinale, migliorare la disponibilità di vaccinazioni o aumentare la domanda alle vaccinazioni.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza dell'efficacia. La nostra ricerca ha trovato 26 studi scientifici inerenti l'efficacia della riduzione dei costi diretti (28,30,35,56,67,71,76,101,108,110,116,145-159). Due studi aggiuntivi forniscono ulteriori informazioni riguardanti uno studio già preso in considerazione nella bibliografia precedente (160,161). Sette studi erano di limitata esecuzione e perciò non sono stati considerati nella revisione (56,101,110,116,146,152,155). Particolari in merito ai 19 studi scientifici qualificati si trovano nell'appendice B.

Degli studi qualificati, 14 valutavano l'efficacia della riduzione dei costi nel miglioramento dei risultati vaccinali (28,30,35,67,71,76,108,147-150,153,156,158); 4 valutavano l'efficacia di questi interventi in merito al miglioramento, riportato dal fornitore, nella probabilità di reperire altrove clienti per le vaccinazioni (145,151,154,159) e uno valutava sia le vaccinazioni, sia i soggetti assegnati (157).

Tra gli studi che analizzavano i risultati delle vaccinazioni , sette riguardavano la riduzione dei costi come singolo intervento e otto come parte di interventi multidisciplinari. Questi comprendevano interventi di chiamata/sollecito del cliente (28,30,67,71,76), educazione sanitaria alla comunità (30,108), ampliamento degli accessi alle strutture sanitarie (67,156), addestramento dei fornitori (30,108), interventi del progetto WIC (148) e chiamata/sollecito del fornitore(28).

Due studi valutano l'efficacia riguardanti le coperture dei singoli interventi, indicando l'aumento (150) o la riduzione (158) delle vaccinazioni , ma non presentano i risultati che dovrebbero essere espressi in percentuale della copertura.

I rimanenti 13 studi riportano 15 interventi che determinano cambiamenti nella copertura da -8% a 47% (mediana 15%). I cinque studi di interventi a singola componente che potrebbero essere espressi come cambiamenti in punto percentuale della copertura vaccinale, riportano di sei interventi che hanno determinato variazioni da -1% a 29% (mediana 10%). Otto studi valutano l'effetto di interventi multidisciplinari riguardanti la copertura ottenuta con nove interventi e trovano un cambiamento nella copertura da -8% a 47% (mediana 16%) (28,30,67,71,76,108,148,156).

Due di questi studi (154,159) erano indagini nazionali rappresentative dei pediatri e dei medici di famiglia.

Evidenza di applicabilità. La stessa modalità usata per valutare l'efficacia è stata usata per valutare l'applicabilità di questi interventi su strutture, popolazioni e vaccini differenti. Gli studi hanno incluso bambini (35,147,148,153,156-158) e adulti

(30,67,71,76,108,149,150).

Gli adolescenti sono stati considerati negli studi che riguardavano madre e bambino (28), ma non per le loro proprie vaccinazioni.

Gli studi sono stati svolti in aree urbane (28,67,108,148,156) e rurali (30,149) ed in popolazioni a condizione socio-economica bassa (28,148,153,156) o mista (150,158). Le strutture in cui si sono ridotti i costi delle vaccinazioni erano ospedali (28,149), cliniche universitarie (147,149), studi privati (157,158) e reparti di emergenza (156).

Evidenza economica. La nostra ricerca ha evidenziato una valutazione economica su interventi di offerta gratuita o a basso prezzo della vaccinazione. Dettagli su questo studio sono in appendice C.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Per quanto riguarda il problema di effetti negativi della riduzione dei costi diretti sulla ricerca e sviluppo dei vaccini, la nostra ricerca non ha identificato nessuno studio sull'argomento.

In questa revisione non sono stati cercati altri effetti sia positivi che negativi

OSTACOLI ALLA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

Potenziali barriere per lo sviluppo dei programmi di riduzione dei costi diretti includono la frammentazione dei meccanismi di pagamento.

RACCOMANDAZIONI

Secondo le regole di evidenza su cui si basa la Guida, la riduzione dei costi diretti per la vaccinazione è **fortemente raccomandata** sulla base di una rigorosa dimostrazione scientifica di efficacia nel migliorare la copertura vaccinale.

9. Ampliamento dell'accesso alle strutture sanitarie

**Fortemente raccomandata come parte di un intervento multifattoriale
Insufficiente evidenza quando utilizzato in maniera isolata.**

L'ampliamento dell'accesso alle istituzioni mediche/sanitarie pubbliche aumenta attraverso:

- la riduzione della distanza dalle istituzioni/servizi rispetto alla popolazione
- l'aumento della variazione degli orari durante i quali tali servizi sono erogati
- la possibilità di offrire l'erogazione di tali servizi anche a strutture cliniche nelle quali non erano precedentemente disponibili (es.: dipartimenti di emergenza, unità di degenza o specialità cliniche settoriali)
- la riduzione delle barriere amministrative che limitano l'accesso ai servizi vaccinali all'interno delle strutture cliniche.

Risultati chiave

L'ampliamento dell'accesso, quale elemento di un intervento multifattoriale:

- aumenta la copertura vaccinale in bambini ed adulti ed
- aumenta la copertura vaccinale in una gamma di ambienti.

Il contributo dei singoli fattori all'efficacia globale di questi interventi non può essere attribuito.

L'evidenza è insufficiente per stabilire l'efficacia dell'ampliamento dell'accesso da solo attraverso il miglioramento della copertura vaccinale a causa

- a. del limitato numero di studi
- b. del limitato numero di risultati e della loro variabilità statistica
- c. dei limiti relativi agli studi (disegno ed esecuzione)

BACKGROUND

Le indagini degli atteggiamenti e dei comportamenti dell'utente hanno identificato la difficoltà di ottenere le vaccinazioni come una barriera importante per il miglioramento dei tassi di copertura vaccinale nei bambini. Tale fattore è importante per le famiglie disagiate e a basso reddito, la maggior parte delle quali risultano composte da numerosi elementi e per le quali il reddito limitato incide sulle possibilità di trasportare i figli alle strutture sanitarie.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenze di efficacia. La nostra ricerca ha trovato 25 studi scientifici inerenti l'efficacia dell'ampliamento dell'accesso ai servizi vaccinali (27, 31-33, 36, 37, 57, 63, 67, 72, 73, 84, 101, 103, 107, 110, 111, 116, 119, 139, 146, 156, 162-164). Quattro documenti aggiuntivi forniscono ulteriori informazioni in merito ad uno studio già incluso nei sopracitati (86,88,89,91). Nove studi non sono stati inclusi nella ricerca a causa dei limiti di esecuzione (27, 101, 103, 110, 116, 119, 139, 146, 163). Dettagli riguardanti i 16 studi rimanenti ritenuti qualificati sono forniti nella Appendice B. Gli studi validi hanno fornito dati inerenti due settori di intervento che hanno valutato unicamente l'ampliamento dell'accesso e 15 settori di intervento che hanno incluso l'ampliamento dell'accesso combinato ad altri fattori.

Modelli di ampliamento dell'accesso includevano "drop in clinics" (32, 57, 63, 67, 72), l'ampliamento degli orari di apertura dei servizi anche durante le ore notturne ed i fine settimana (31, 84, 107), fornire la possibilità di erogare tale servizio anche ai dipartimenti di emergenza (156, 164), cliniche predisposte al servizio vaccinale (73,111), appuntamenti particolari (36, 37), stazioni vaccinali per i pazienti degenti (162) e assistenza durante il trasporto (33). La maggior parte degli interventi plurifattoriali include il richiamo degli utenti (31-33, 36, 37, 57, 63, 67, 72, 84). Ulteriori fattori impiegati al fine di ampliare l'accesso includono la formazione dei fornitori del servizio (31-33,36,37,57,63,67,72,84), la formazione clinica di base (31, 33, 36, 107), la riduzione dei costi (32, 67, 156), protocolli di intervento (63,72,162), le visite a domicilio (33), forme di incentivi agli utenti (33), interventi del programma WIC (32), formazione/informazione della comunità (32, 111), valutazione e feed-back dei risultati raggiunti (36).

Tre studi qualificati (84, 111, 162) hanno fornito dei dati che non possono essere

espressi come un cambiamento percentuale della copertura . I rimanenti studi hanno fornito dati riguardanti 12 settori di intervento multidisciplinari, 2 invece settori di intervento singoli. La variazione mediana complessiva è stata del 10% (range 8-35%). Due studi che hanno valutato l'ampliamento degli accessi hanno riscontrato una variazione del 3% e del 7%. Uno solo di questi ha raggiunto un livello statisticamente significativo. Studi che hanno valutato l'ampliamento degli accessi in associazione con altri interventi hanno trovato una variazione della mediana del 13% (range 8-35%). Nessuno dei due studi riguardanti i programmi di vaccinazione dei dipartimenti di emergenza ha trovato risultati che erano significativamente differenti dallo 0 (156, 164).

Molte diverse ragioni possono spiegare perchè gli interventi multidisciplinari che includono l'ampliamento degli accessi sono efficaci nel migliorare i tassi di copertura vaccinale, mentre l'ampliamento dell'accesso da solo è poco efficace.

Verosimilmente, questo può riflettere:

- l'esistenza di un maggior numero di studi su interventi integrati multicomponenti
- la maggiore intensità e perciò anche la maggiore efficacia degli interventi integrati multicomponenti o
- la sinergia tra i singoli fattori degli interventi integrati multicomponenti (es.: il risultato globale è maggiore della somma dei risultati singoli)

Un'altra possibilità è che il solo ampliamento dell'accesso potrebbe non essere la causa di un ampio aumento dell'accettazione delle vaccinazioni ma potrebbe facilitare l'utilizzazione di altri interventi (es.: protocolli operativi o richiami).

Evidenza di applicabilità. La stessa modalità usata per valutare l'efficacia è stata usata per valutare l'applicabilità di questi interventi su strutture, popolazioni e vaccini differenti. Gli studi hanno incluso bambini (31-33,84,111,156,164) e adulti (36,37,57,63,67,72,73,162).

Gli adolescenti sono stati considerati negli studi che riguardavano madre e bambino , ma non per le loro proprie per le loro vaccinazioni (107).

Sono stati condotti studi in varie strutture sanitarie (33,63), luoghi di cura (57,67), ospedali e cliniche per Veterani (72,162), strutture accademiche (37,107), private (36), pubbliche e come parte di interventi sulla comunità (32,111).

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. In questa revisione non sono stati cercati altri effetti sia positivi che negativi

Evidenza economica. La nostra ricerca ha identificato la valutazione economica di un intervento multifattoriale che ha preso in considerazione l'aumento dell'accesso. I dettagli dello studio sono forniti nell'appendice C. Questo studio ha valutato il costo di un intervento che comprende l'accesso esteso ai servizi vaccinali, le attività di promozione alla salute e possibilmente la valutazione del fornitore e il feedback dei risultati. La stima del costo medio del programma basato su questo studio è stato di \$ 7.65 a vaccinazione eseguita.

OSTACOLI ALLA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

Le barriere potenziali alla realizzazione dei programmi per aumentare l'accesso ai servizi

vaccinali nelle strutture mediche comprende:

- a) le difficoltà di coordinamento tra le strutture
- b) la mancanza di appropriati registri
- c) la difficoltà dei clienti a ricordare esattamente lo stato di immunizzazione
- d) l'elevato numero di soggetti con controindicazioni alle vaccinazioni (ad es. l'elevato numero di bambini con febbre nei servizi di emergenza) e
- f) la mancanza di un rapporto tra i programmi vaccinali e la missione primaria delle strutture sanitarie

RACCOMANDAZIONI

a. Interventi integrati multifattoriali

Secondo le regole dell'evidenza sui cui si basa la Guida, gli interventi integrati multifattoriali che comprendono l'aumento dell'accesso alla vaccinazione nelle strutture sanitarie sono **fortemente raccomandati** in base ad una forte evidenza scientifica sull'efficacia nell'aumentare la copertura vaccinale

b. Interventi singoli

Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, gli studi disponibili forniscono **evidenze insufficienti** per sostenere l'efficacia di un ampliamento dell'accesso da solo nel migliorare la copertura vaccinale. Finché non saranno disponibili altre e migliori informazioni, le decisioni sull'intraprendere o no tali programmi dovranno essere prese in base a considerazioni diverse dall'esame degli studi disponibili.

10. VACCINAZIONI NEL PROGRAMMA WIC

Il programma WIC (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children) è uno speciale programma di assistenza del dipartimento dell'Agricoltura rivolto agli Indiani d'America e ai nativi dell'Alaska. Data la particolarità di questo programma, si è ritenuto inutile tradurre questa parte del capitolo.

11. Visite a domicilio

Raccomandate

Le visite a domicilio per promuovere le vaccinazioni comprendono eseguire servizi come l'educazione sanitaria, l'analisi dei bisogni, la consulenza, la somministrazione dei vaccini.

Gli interventi di questo tipo includono anche i contatti telefonici o l'invio di promemoria per posta.

Risultati chiave

- Gli interventi a domicilio aumentano la copertura vaccinale
- La maggior parte degli studi sono condotti su popolazioni in povere condizioni socioeconomiche
- Quando applicati per aumentare il tasso di copertura vaccinale, questi interventi possono essere molto efficienti economicamente in confronto alle altre azioni

disponibili

BACKGROUND

Negli USA questi interventi sono usualmente rivolti a gruppi che sono difficili da raggiungere altrimenti.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di efficacia. La nostra ricerca ha identificato 15 studi riguardanti l'efficacia delle visite a domicilio nell'aumentare il tasso di copertura vaccinale (33,73,174-186). Un documento aggiuntivo forniva altre informazioni riguardanti uno studio già incluso in precedenza (89). Di questi, 8 avevano limiti di esecuzione e perciò non sono stati inclusi nella revisione (174,177-181,184,185). Uno studio ha valutato la visita a domicilio sia come parte di un complesso di interventi integrati, sia come intervento singolo (33). Poiché la valutazione della visita a domicilio da sola in questo studio ha una limitata esecuzione, in questa revisione si è considerata solo la parte dello studio riguardante gli interventi integrati. Dettagli dei sette studi qualificati sono forniti in Appendice B. Di questi sette studi, 5 valutavano interventi centrati sulle visite a domicilio con o senza invio di promemoria o gestione ulteriore dei casi (73,175,176,182,186); gli altri due (33,183) riguardavano programmi a strategia complessa che comprendevano anche le visite a domicilio. Questi 7 studi hanno mostrato complessivamente cambiamenti nel tasso di copertura vaccinale che variavano da -1% a +49% (mediana +10%). I due studi che analizzavano gli interventi basati unicamente sulle visite a domicilio, hanno evidenziato cambiamenti del -1% e del +10%; quelli relativi ad interventi più complessi variazioni dal +2% al +20% (mediana 13%).

Evidenza di applicabilità. Le stesse evidenze utilizzate per stabilire l'efficacia, sono state utilizzate per valutare la fattibilità di questi interventi in diversi ambienti, popolazioni e vaccinazioni. Gli studi hanno coinvolto adulti (73,175) e bambini (33,176,182,183,186). Molti studi hanno incluso popolazioni urbane (33,182,183,186) e utenti di basso status socioeconomico (33,182,183,186). Uno studio comprendeva popolazioni rurali (182). Non ci sono studi che abbiano valutato le visite domiciliari negli adolescenti o nel migliorare l'offerta della vaccinazione contro l'epatite B e lo pneumococco.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. In questa revisione non sono stati sondati altri effetti positivi o negativi riguardo questo tipo di intervento.

Evidenza economica. La nostra ricerca ha evidenziato 4 valutazioni economiche delle visite a domicilio (179,182,186,187). Due riportavano i rapporti costo-efficacia (182,186) e 2 i costi medi (179,187). In base a questi studi, i costi medi risultavano di \$ 22 per ogni bambino vaccinato e \$ 130 per ogni vaccinazione; il rapporto costo-efficacia variava da \$ 513 a \$ 13,020 per ogni vaccinazione in più.

OSTACOLI ALLA ESECUZIONE DEGLI INTERVENTI

Gli ostacoli possibili per la messa in atto di questo tipo di intervento riguardano la necessità di preparazione specifica per gli operatori e la preoccupazione per la loro sicurezza.

RACCOMANDAZIONI

In conformità al criterio di evidenza della Guida, la visite a domicilio è **raccomandata** sulla base di una sufficiente dimostrazione scientifica di efficacia nel migliorare la

copertura vaccinale.

12. Programmi di vaccinazione nelle scuole insufficiente

Evidenza

Interventi di vaccinazione centrati sulla scuola, mirano ad aumentare il tasso di copertura vaccinale in età scolare (5-18 anni). Queste azioni generalmente includono l'educazione sulle vaccinazioni di studenti, genitori, insegnanti ed altri operatori scolastici, la fornitura di vaccinazioni o la consulenza per queste. Possono anche comprendere altre componenti (per esempio provvedere incentivi, acquisire il consenso scritto dei genitori, somministrare le vaccinazioni). Le vaccinazioni richieste per la frequenza della scuola sono trattate in una altra parte di questo documento.

Risultati chiave

- E' stato identificato solo uno studio qualificato che valutasse l'efficacia di un programma vaccinale basato sulla scuola
- Non è stato identificato nessuno studio comparativo che valutasse l'efficacia di un programma vaccinale basato sulla scuola nell'aumentare il tasso di copertura vaccinale

Per questi motivi l'efficacia di tali programmi non può essere stabilita

BACKGROUND

I programmi scolastici di vaccinazione potrebbero essere un'opportunità unica per raggiungere gli adolescenti e dare loro questo ed altri servizi di prevenzione, visto che negli USA il 99% dei ragazzi tra gli 11 e i 12 anni va a scuola (188). Si potrebbe così registrare lo stato vaccinale di ogni studente identificando quelli che hanno saltato qualche dose, assicurando il completamento dei cicli alla maggior parte di essi. Questi programmi sono spesso frutto di collaborazioni tra scuole, dipartimenti di sanità pubblica, ospedali pubblici o privati.

REVISIONE DELLE EVIDENZE

Evidenza di efficacia. La nostra ricerca ha identificato 4 studi riguardanti l'efficacia dei programmi scolastici per aumentare il tasso di copertura vaccinale (51,75,109,189). Di questi, 3 avevano limiti di esecuzione e perciò non sono stati inclusi nella revisione (51,75,109). Dettagli sull'unico studio qualificato sono forniti nell'Appendice B. Questo lavoro (189) valutava un programma di intervento per accrescere la somministrazione della vaccinazione antiepatite B agli adolescenti. L'intervento comprendeva diverse strategie quali la formazione degli insegnanti, lezioni in classe, la consegna di materiale scritto ed incentivi individuali e di gruppo per incoraggiare i ragazzi a presentare i moduli di consenso. I risultati hanno mostrato una generale positiva attitudine nei confronti delle vaccinazioni tra gli alunni e gli insegnanti, un significativo incremento delle conoscenze sull'epatite B, una più veloce restituzione dei moduli di consenso nelle scuole dove erano stati proposti gli incentivi e un tasso di copertura vaccinale del 66% dopo l'intervento (non erano disponibili dati di confronto).

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. In questa revisione non sono stati ricercati altri effetti positivi o negativi riguardo questo tipo di intervento.

OSTACOLI ALLA ESECUZIONE DEGLI INTERVENTI

Potenziati ostacoli alla messa in opera di questo programma potrebbero includere difficoltà nel coordinare i diversi interventi, la necessità di formare gli operatori, il disturbo della routine scolastica e preoccupazioni riguardanti la riservatezza.

RACCOMANDAZIONI

In accordo con le regole di evidenza di questa guida, gli studi disponibili forniscono una **insufficiente evidenza** per determinare l'efficacia degli interventi di vaccinazione nelle scuole, a causa del loro piccolo numero, dei limiti nel loro disegno e nell'esecuzione e per la mancanza di studi di confronto sull'efficacia di questi studi nell'aumentare il tasso di copertura vaccinale. Finché non saranno disponibili altre e migliori informazioni, le decisioni sull'intraprendere o no tali programmi dovranno essere prese in base a considerazioni diverse dall'esame degli studi disponibili.

13. Programmi di vaccinazione nei servizi pediatrici Evidenza insufficiente

Questi interventi richiedono di valutare lo stato vaccinale di ciascun bambino al momento dell'ingresso nella struttura e durante il periodo di frequenza. Possono pure comprendere l'educazione dei genitori, l'invio di avvisi ad essi, la notifica ai locali centri di medicina preventiva dei nomi dei bambini non o incompletamente vaccinati e, possibilmente, la somministrazione delle vaccinazioni nelle stesse strutture.

Risultati chiave

- Solo uno studio valutava l'efficacia di questo tipo di intervento e non è stato incluso nella revisione a causa dei suoi limiti nell'esecuzione.

Per tale motivo non è possibile stabilire l'efficacia di programmi di vaccinazione all'interno dei servizi pediatrici.

Background

I bambini che frequentano i servizi pediatrici hanno un aumentato rischio di contrarre malattie infettive (190). Nel 1995 circa il 31% dei bambini in età prescolare era stato curato presso tali servizi (*Report of the Children's Health Working Group, March 1998 Draft*). Interventi condotti presso i servizi pediatrici possono dare come risultato un'aumentata attenzione da parte del personale dei servizi stessi che si traduce in una migliore informazione o anche direttamente in un aumento della copertura vaccinale grazie alla somministrazione in loco dei vaccini.

Evidenza di efficacia.

La nostra ricerca ha identificato un solo studio (191) che riguardasse l'efficacia di interventi in servizi pediatrici per aumentare la copertura vaccinale. Questo studio non è stato considerato nella revisione per i limiti nella sua esecuzione. In assenza di studi qualificati non è possibile prendere una decisione sull'efficacia di programmi condotti nei servizi pediatrici.

RACCOMANDAZIONI

In accordo con le regole di evidenza di questa guida, gli studi disponibili forniscono una **insufficiente evidenza** per determinare l'efficacia degli interventi di vaccinazione nei servizi pediatrici perché è stato individuato un solo studio che aveva dei limiti nel suo disegno e nella esecuzione. Finché non saranno disponibili altre e migliori informazioni,

le decisioni sull'intraprendere o no tali programmi dovranno essere prese in base a considerazioni diverse dall'esame degli studi disponibili.

LINEE DI RICERCA APERTE PER GLI INTERVENTI FINALIZATI ALL'AMPLIAMENTO DELL'ACCESSO AI SERVIZI VACCINALI.

Efficacia

Si è stabilita l'efficacia degli interventi raccomandati o fortemente raccomandati (es. riduzione del costo diretto, allargamento dell'accesso ai servizi sanitari come parte di interventi complessi condotti a più livelli, visite domiciliari, interventi vaccinali in centri materno-infantili). Tuttavia, rimangono da approfondire alcuni temi di ricerca sulle caratteristiche di questi interventi, per meglio determinarne l'efficacia:

Per esempio:

- Ci sono programmi per la riduzione dei costi per le persone più povere, che abbiano la medesima efficacia di quelli attuati per chi non è svantaggiato economicamente?
- Quali sono le conseguenze economiche e qual è l'efficacia relativa di interventi centrati su visite a domicilio a tutti gli abitanti in determinate zone, rispetto a protocolli che riservino le visite a casa solo per le persone più difficili da raggiungere in altro modo (per esempio per posta o telefonicamente)?
- Quali sono le più (e le meno) efficaci combinazioni di servizi negli interventi complessi?
- Quali sono le più (e le meno) efficaci combinazioni di servizi negli interventi attuati nei centri materno-infantili?
- Quanto accurati sono i dati sulle vaccinazioni registrati presso i centri materno-infantili? E quanto pesa questa accuratezza sull'efficacia degli interventi?

Dal momento che l'efficacia dei programmi di vaccinazione nei servizi pediatrici e nelle scuole e quella degli interventi basati su una sola azione per aumentare l'accesso alle vaccinazioni nei luoghi

di cura non è stata stabilita, rimangono ancora senza risposta questioni di base come:

- Questi interventi sono efficaci nell'aumentare il tasso di copertura vaccinale?
- Dell'insieme di strategie che sono state utilizzate per aumentare l'accesso ai servizi vaccinali, quali sono le più (e le meno) utili?
- Quali sono le caratteristiche di tali programmi che ne aumentano o riducono l'efficacia?

Applicabilità

Ognuno degli interventi raccomandati o fortemente raccomandati dovrebbe essere applicabile alle principali popolazioni e settings bersaglio. Comunque, possibili differenze nell'efficacia di ciascun intervento per specifici sottogruppi di popolazione potrebbero

non essere determinate. Rimangono interrogativi sull'applicabilità di tali interventi in settings e popolazioni diverse da quelle studiate.

- Quali strategie potrebbero essere le più efficaci ad aumentare l'accesso alle vaccinazioni negli adolescenti?
- L'efficacia degli interventi presso i centri materno-infantili delle aree rurali è sovrapponibile a quella descritta per le aree urbane?

Altri effetti positivi e negativi

In generale, gli studi inclusi nella presente review non danno informazioni su altri effetti positivi o negativi di questi interventi. Per questo motivo, sarebbero utili ricerche sulle seguenti questioni:

- Possono programmi di riduzione del costo diretto ostacolare lo sviluppo o l'adozione di nuovi vaccini?
- Possono questi interventi avere un effetto positivo e negativo sulle successive strutture di cura primarie?
- Le visite domiciliari permettono di evidenziare situazioni di abuso o di trascuratezza dei bambini?
- Gli interventi per aumentare l'accesso per le vaccinazioni alle strutture sanitarie possono interferire con altre attività di queste strutture, e se sì, come possono essere ridotti questi effetti?
- Questi interventi hanno effetti positivi sull'utilizzo di servizi preventivi e di assistenza oltre a quello di migliorare la copertura vaccinale?

Valutazione economica.

In generale, le informazioni economiche disponibili sono scarse. Per questo motivo è giustificata una importante ricerca in merito ai seguenti interrogativi:

- Quali sono i costi di questi interventi?
- Quale è il costo aggiuntivo per ogni singolo bambino vaccinato confrontato con altri interventi volti ad aumentare la copertura vaccinale?
- I programmi di visite a domicilio hanno un buon rapporto costo-efficacia rispetto ad altri interventi volti ad aumentare la copertura vaccinale?
- Se si affiancano altri "outcomes" alle strategie disegnate per aumentare le coperture vaccinali, viene ad aumentare il rapporto costo-efficacia di tali strategie?
- I programmi di visite a domicilio che hanno più di un obiettivo, hanno un rapporto costo-efficacia più o meno favorevole rispetto a quelli mirati solo alle vaccinazioni?

- In che modo specifici aspetti di tali interventi contribuiscono all'efficienza economica?
- Quali sono le conseguenze economiche di programmi che riducono i costi diretti a tutti in confronto ai programmi rivolti solo alle persone il cui bisogno è maggiore?
- Quali combinazioni di componenti all'interno degli interventi "complessi" sono caratterizzate da un miglior rapporto costo-efficacia?
- Le visite a domicilio secondo protocolli definiti hanno un miglior rapporto costo-efficacia rispetto a quelli che non lo sono?
- Qual è il rapporto costo-beneficio o costo-utilità di questi interventi?

Ostacoli

- In che modo questi interventi possono essere implementati con il minimo onere amministrativo per coloro che forniscono il servizio e con il minimo sconvolgimento della mission primaria dei settings di intervento?
- I registri possono far superare le lacune (di informazione) sullo stato vaccinale corrente che talvolta rappresenta una barriera all'attuazione di questi interventi?

III - INTERVENTI BASATI SUI FORNITORI DEL SERVIZIO

Negli Stati Uniti, la maggior parte della gente è consapevole della necessità delle vaccinazioni e periodicamente entra in contatto con strutture sanitarie. Purtroppo, i fornitori del servizio spesso si lasciano sfuggire le occasioni opportune per vaccinare. Gli interventi basati sui fornitori del servizio sono attuati principalmente attraverso i sistemi di assistenza in diversi contesti, con lo scopo di ridurre la frequenza delle occasioni perse. In questo capitolo, vengono presentati gli interventi relativi al richiamo/sollecito al fornitore, alla valutazione e feedback del fornitore stesso, alle direttive al personale non medico e ai programmi di sola educazione sanitaria del fornitore.

14. Richiamo/sollecito al fornitore del servizio Fortemente raccomandati

Questi interventi forniscono informazioni a chi somministra le vaccinazioni, sulla necessità di chiamare o sollecitare i singoli utenti per una specifica vaccinazione. Le modalità con le quali gli inviti vengono emessi - cartellini agli utenti, mediante computer, per mail o altro - ed il loro contenuto, possono essere vari. Gli interventi che comprendono elementi riguardanti contemporaneamente i solleciti e le direttive al personale non medico vengono trattati nella sezione relativa a questi ultimi.

Risultati chiave

I solleciti al fornitore del servizio migliorano la copertura vaccinale –

- in adulti, adolescenti e bambini;
- se utilizzati da soli o nell'ambito di un intervento a più componenti;

- attraverso una gamma di caratteristiche di intervento (per es. inviti semplici o computerizzati, checklist o diagrammi di flusso); e
- in differenti ambienti e popolazioni.

BACKGROUND

I sistemi di richiamo/sollecito offrono la disponibilità di informazioni sullo stato immunitario dell'utente ai fornitori del servizio sia manualmente sia attraverso un sistema computerizzato. Queste informazioni giungono quindi al fornitore prima, durante o dopo una visita programmata.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di Efficacia. La nostra ricerca ha identificato 60 studi riguardanti l'efficacia dei sistemi di richiamo/sollecito (36-38,42,43,52,53,64,69,74,78,102,104,106,110,112-115,139,141,152,155,164,177,182,192-225). Ulteriori otto documenti fornivano maggiori informazioni su uno studio già valutato (86,90,92,93,226-229). Trentuno studi non sono stati inclusi nella rassegna a causa della loro limitata esecuzione (69,102,104,110,112,113,115,139,141,152,155,177,193,194,213-218,220) o per il disegno meno adatto (53,78,108,192,197,198,202,210,211,224). Dettagli dei 29 studi qualificati sono forniti nell'Appendice B. Gli studi qualificati comprendevano 21 tipi di intervento concernenti i soli sistemi di richiamo/sollecito e 15 riguardanti interventi a più componenti comprendenti anche i sistemi di richiamo/sollecito. Gli interventi tipicamente comprendevano inviti su carta, checklist o diagrammi di flusso o inviti computerizzati resi disponibili ai fornitori al momento della visita dell'utente. Uno studio valutava i richiami per lettera inviati da un dipartimento di emergenza fra le visite cliniche (164). Gli interventi a più componenti oltre al richiamo/sollecito degli utenti (36,38,42,43,52,74) comprendevano anche programmi di educazione rivolti ai clinici (36,37,42,114,205), valutazione e feedback del fornitore del servizio (36,42,182,204,205,209,223), educazione del fornitore (36,182,209), educazione della popolazione (38) e facilità d'accesso al servizio (36).

Cinque studi qualificati presentavano dati riguardanti uno o più tipi di intervento che non potrebbero essere espressi come variazione percentuale della copertura vaccinale (38,114,164,204,222). I restanti studi fornivano dati riguardo 17 tipi di intervento a singola componente e 12 a più componenti. Fondamentalmente gli studi evidenziarono una variazione media della copertura del 17% (range 1% - 67%). Gli studi che valutavano solo il sistema di richiamo/sollecito dei fornitori evidenziarono una variazione media nella copertura del 17% (range 1%-67%). Gli studi che valutavano il sistema di richiamo/sollecito nell'ambito di un intervento a più componenti mostrarono una variazione media del 14% (range 1% - 36%).

Evidenza di Applicabilità. Le stesse evidenze utilizzate per stabilire l'efficacia sono state utilizzate per valutare la fattibilità di questi interventi in diversi ambienti, popolazioni e vaccinazioni. Le popolazioni considerate comprendevano adulti (36, 37, 42, 43, 52, 60, 64, 74, 114, 195, 196,199-201,203,206-209,212, 212,219, 225), adolescenti (204) e bambini (38, 164, 182, 205, 221). Gli studi hanno riguardato una varietà di fornitori compresi medici interni (37,43,64,74,114,195,196,204-206,209,212,219,221-223), medici che avevano completato la loro formazione (36,37,64,74,161,173,174,179,190,191) e personale non medico fornitore di vaccinazioni (36,37,64,74,206,207,207,212,221,221,222). Le specialità mediche includevano medicina interna (36,43,114,196,201,206,209,212,219,222), medicina di famiglia (36,37,52,64,74,195,203-205,207,225) e pediatria (221). Molti studi erano

stati effettuati in pazienti ambulatoriali ma erano rappresentati anche pazienti ricoverati (200,208). Diversi studi erano stati condotti in cliniche universitarie ma erano rappresentati anche altri ambienti compresi centri di sanità pubblica (221,225), centri di cura (42), centri privati (36,52), ospedali pubblici (200) ed altri centri comunitari (38). Gli studi avevano valutato l'efficacia di questi interventi per migliorare l'offerta di vaccinazioni come l'MMR (38,164,182,204,205,221), il DTP (164,182,205,221), l'OPV (164,182,205,221), l'Hib (164,182,221), l'antinfluenzale (36,37,42,43,64,195,196,199-201,206,207,209,212,222), l'antipneumococcica (43,196,199,201,206-209,212,212,219), ed il Td (43,52,64,74,114,196,203,222,225). Non sono stati individuati studi sull'efficacia di questo intervento per migliorare l'offerta di vaccinazioni antiepatite B.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Diversi studi qualificati che valutavano i risultati di programmi non vaccinali (per es., migliore offerta di altri servizi di prevenzione o cura medica) mostrarono miglioramenti in alcuni di questi programmi rispetto a quelli vaccinali (74,196,212,222,223). Altri effetti positivi e negativi non sono stati presi in considerazione in questa rassegna.

Evidenza Economica. La nostra ricerca ha identificato tre studi (52,93,192) (Appendice C). I dati di uno studio che stimava il rapporto costo-efficacia dei soli richiami del fornitore documenta un rapporto costo-efficacia aggiustato di 0,70 dollari/vaccinazione addizionale. Questo rapporto costo-efficacia è probabilmente sottostimato perché non comprende il costo di produzione dei richiami. Un secondo studio stimava il rapporto costo-efficacia di un intervento riguardante i richiami sia dell'utente che del fornitore (52). Il rapporto costo-efficacia aggiustato di questo studio era di 4 dollari/vaccinazione addizionale. Un ultimo studio stimava il rapporto costo-efficacia di un programma che valutava lo stato immunitario di bambini ospedalizzati tramite contatto dei loro medici abituali, mentre i medici ospedalieri erano sollecitati a vaccinare i bambini prima della dimissione (192). Il rapporto costo-efficacia aggiustato di questo studio fu di 300 dollari/bambino completamente vaccinato.

OSTACOLI ALL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Cinque studi (139,182,207,218,221) mostrarono che alcuni ambienti avevano difficoltà nel riportare i richiami sulle schede o nell'usare i richiami quando necessari. Questo suggerisce che il carico amministrativo può costituire una barriera all'uso del richiamo. La mancanza strutturale di informazioni, inoltre, potrebbe costituire un ostacolo all'uso del richiamo.

RACCOMANDAZIONI

In base alle regole di evidenza della *Guida*, gli interventi di richiamo/ sollecito del fornitore del servizio sono **fortemente raccomandati** sulla base di una forte evidenza scientifica di efficacia nel migliorare la copertura vaccinale.

15. Valutazione e feedback per i fornitori di vaccinazioni Fortemente raccomandati

La valutazione ed il feedback del fornitore riguardano l'analisi retrospettiva della performance dei fornitori nell'offerta di una o più vaccinazioni ad una popolazione utente e nel ritorno di questa informazione ai fornitori stessi. Gli interventi di valutazione e feedback possono inoltre riguardare altre attività (per es. incentivi basati su griglie di valutazione [come, confrontare la prestazione ad un obiettivo o ad uno standard]).

Risultati chiave

Valutazione e feedback migliorano la copertura vaccinale –

- in adulti e bambini;
- se utilizzati da soli o nell'ambito di un intervento a più componenti; e
- in differenti ambienti e popolazioni.

Le caratteristiche specifiche degli interventi di valutazione e feedback (per es. contenuto, intensità, uso di incentivi basati su griglie di valutazione) che contribuiscono maggiormente all'efficacia non possono essere desunte dai dati disponibili; comunque una varietà di interventi di valutazione e feedback sono stati consistentemente efficaci in una larga gamma di contesti.

BACKGROUND

Valutazione e feedback del fornitore possono portare ad un miglioramento della copertura vaccinale sia modificando conoscenza, atteggiamenti e comportamento del fornitore, sia stimolando ulteriori cambiamenti nel sistema di offerta delle vaccinazioni (per es., richiami o direttive al personale non medico). La valutazione di tali interventi è tempestiva poiché (a) i sistemi informativi stanno migliorando e crescendo comunemente; (b) la maggior parte delle vaccinazioni sono dispensate nel settore privato; e a causa di (c) taluni approcci di garanzia di qualità come quelli che l'Healthplan Employer Data and Information Set (HEDIS) sta utilizzando sempre più spesso.

Evidenza di Efficacia. La nostra ricerca ha identificato 27 studi riguardanti l'efficacia dei sistemi di valutazione e feedback (36, 42, 47, 58, 69, 81, 139, 182, 194, 197, 204, 205, 209, 211, 213, 218, 220, 223, 230-238). Ulteriori quattro documenti fornivano maggiori informazioni riguardo uno studio già valutato (86, 94, 146, 239). Tredici studi non sono stati inclusi nella rassegna a causa della limitata esecuzione (69, 81, 139, 194, 211, 213, 218, 220, 231-233, 237, 238). Dettagli dei 14 studi qualificati sono forniti nell'Appendice B. Gli studi qualificati presentavano i dati riguardanti sette tipi di intervento concernenti i sistemi di valutazione e feedback soltanto e nove riguardanti interventi a più componenti comprendenti anche valutazione e feedback. Generalmente le componenti degli interventi di valutazione e feedback non sono state descritte in dettaglio (per es., contenuto, frequenza, modalità di offerta o caratteristiche associate come incentivi basati su griglie valutative). Alcuni studi riportavano l'utilizzo dei soli programmi di valutazione e feedback; diversi studi riportavano valutazione e feedback utilizzati con incentivi finanziari (230, 234) o non finanziari (235). Uno studio mostrava come valutazione e feedback per i singoli medici potessero essere più efficaci di valutazione e feedback diretti al responsabile del servizio, anche se esistono possibilità diverse per questa evenienza. Tutti tranne uno degli interventi a più componenti (47) comprendevano anche i sistemi di richiamo/sollecito così come quelli di valutazione e feedback.

Gli interventi a più componenti comprendevano inoltre programmi di educazione del fornitore (36, 182, 197), richiami dell'utente (36, 42, 47) e programmi di educazione rivolti ai clinici (36, 42, 205).

Tre studi qualificati (204, 230, 236) presentavano dati che non potrebbero essere espressi come variazione percentuale della copertura vaccinale. I restanti studi fornivano dati riguardo 8 tipi di interventi a più componenti e 5 a singola componente. Fondamentalmente questi studi mostrarono aumenti della copertura vaccinale oscillanti

dall'1 al 43% (media 16%). Gli studi che valutavano il solo sistema di valutazione e feedback dei fornitori evidenziarono un aumento medio di copertura del 16% (range 9%-41%). Gli studi che valutavano il sistema di valutazione e feedback come parte di una strategia a più componenti mostrarono una variazione media di copertura del 17% (range 1%-43%). Diversi studi hanno dimostrato che incrementi della copertura possono essere mantenuti o eventualmente migliorati dopo diversi anni di follow-up (197,234,235).

Evidenza di Applicabilità. Le stesse evidenze utilizzate per stabilire l'efficacia sono state utilizzate per valutare la fattibilità di questi interventi in diversi ambienti, popolazioni e vaccinazioni. Gli studi hanno incluso adulti (36,42,47,58,197,209,223,230,234), adolescenti (204) e bambini (182,205,235,236), fornitori compresi medici interni (197,204,205,209,234), medici che avevano completato la loro formazione (36,42,47,58,205,236) e personale non medico fornitore di vaccinazioni (205). Le specialità mediche comprendevano medicina interna (36,47,58,197,209,234), medicina di famiglia (36,204,205) e medicina generale (236). Gli studi sono stati condotti in differenti ambienti compresi centri privati (36,47,58), centri di cura (42), centri di sanità pubblica (235), centri sanitari pubblici (230) e ambienti universitari (197,204,205,209,223,234). Gli studi hanno valutato l'efficacia di questi interventi per incrementare la copertura per MMR (182,204,205,235,236), DTP (182,205,235,236), OPV (182,205,235,236), Hib (182), antinfluenzale (36,42,47,58,197,209,230,234), antipneumococcica (197,223,234), e Td (197,234). La rassegna delle evidenze non ha incluso studi su interventi volti a migliorare l'offerta di vaccinazioni antiepatite B.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Diversi studi qualificati che valutavano i risultati di programmi non vaccinali (per esempio migliore offerta di altri servizi di prevenzione o cura medica) mostrarono miglioramenti in alcuni di questi programmi rispetto a quelli vaccinali (197,223,230). Altri effetti positivi e negativi non sono stati presi in considerazione in questa rassegna.

Evidenza Economica. Non è stata individuata nessuna stima economica degli interventi di valutazione e feedback.

OSTACOLI ALL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Potenziali barriere all'utilizzo di valutazione e feedback comprendono la mancanza di informazioni adeguate e il carico amministrativo sui fornitori e sui sistemi.

RACCOMANDAZIONI

Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, la valutazione e il feedback delle informazioni sulla copertura vaccinale ai fornitori del servizio sono **fortemente raccomandati** sulla base di una forte evidenza scientifica di efficacia nel migliorare la copertura vaccinale.

16. Protocolli operativi per il personale non medico Fortemente raccomandate per gli Adulti

Evidenza insufficiente per i Bambini

I protocolli operativi per il personale non medico comprendono interventi nei quali il personale non medico prescrive o dispensa vaccinazioni alla popolazione utente secondo direttive definite senza il diretto coinvolgimento del medico al momento della pratica. Gli ambienti nei quali ciò si realizza comprendono cliniche, ospedali e istituti di

assistenza. I centri preposti alle vaccinazioni spesso operano sotto direttive al personale non medico, ma questo aspetto non è stato considerato in questo capitolo.

Risultati chiave

La predisposizione di protocolli operativi per il personale non medico per vaccinare gli adulti –

- migliorano la copertura vaccinale se utilizzate da sole o nell'ambito di un intervento a più componenti; e
- sono efficaci in diversi ambienti come ospedali, cliniche e istituti di assistenza.

Non esistono prove sufficienti per stabilire l'efficacia di protocolli operativi al personale non medico nel migliorare l'offerta di vaccinazioni ai bambini poiché è disponibile un solo studio qualificato. Inoltre, quello studio era affetto da limitazioni nel disegno e nella conduzione ed i risultati riportati riguardo alla copertura vaccinale non risultarono sostanzialmente diversi da zero.

BACKGROUND

La necessità di condurre un esame obiettivo e la mancanza di personale che somministri le vaccinazioni costituiscono due barriere amministrative che potrebbero contribuire alla perdita di occasioni opportune per vaccinare. Conferire maggior potere al personale non medico nel dispensare vaccinazioni senza il coinvolgimento del medico al momento della visita potrebbe ridurre gli ostacoli alle vaccinazioni e le occasioni perdute, portando ad un aumento dell'offerta vaccinale.

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di Efficacia. La nostra ricerca ha identificato 16 studi riguardanti l'efficacia di protocolli operativi per il personale non medico (36,63,72,110,118,155,162,200,217,240-246). Ulteriori due documenti fornivano maggiori informazioni riguardo uno studio già valutato (91,247). Cinque studi non sono stati inclusi nella rassegna a causa della loro limitata esecuzione (110,155,217,241,246). Dettagli degli 11 studi qualificati sono forniti nell'Appendice B. Gli studi qualificati fornivano dati riguardo sei tipi di intervento che valutavano le direttive al personale non medico soltanto e 5 riguardanti interventi a più componenti comprendenti anche le direttive al personale non medico.

Gli interventi a più componenti comprendevano facilità d'accesso al servizio (36,63,72,162), richiamo/sollecito dell'utente (36,63,72), programmi di educazione rivolti ai clinici (36,118), educazione del fornitore (36,63), richiamo/sollecito del fornitore (36) e valutazione e feedback.

Due studi presentavano dati che non potrebbero essere espressi come variazione percentuale della copertura vaccinale (162,244). Fondamentalmente, 8 studi sulle direttive al personale non medico per il miglioramento della copertura vaccinale negli adulti riscontrarono una variazione media del 28% (range 6%-81%). Gli studi nei quali le direttive al personale non medico erano utilizzati da soli evidenziarono una variazione media del 51% (range 30%-81%). Gli studi nei quali le direttive al personale non medico erano utilizzati come parte di una strategia a più componenti riscontrarono una variazione media del 16% (range 6%-26%). La maggior parte degli studi durava meno

di un anno, ma uno di essi mostrò continui miglioramenti nell'arco di 5 anni (91).

Un singolo studio in bambini (240) mostrò modeste riduzioni nelle opportunità mancate per vaccinare in occasione di visite di bambini non in buona salute ma nessun effettivo miglioramento nell'offerta di vaccinazioni. Visto (a) la maggiore complessità dei protocolli vaccinali nei bambini rispetto a quelli degli adulti; (b) l'identificazione di un unico studio qualificato sulle direttive al personale non medico per aumentare la copertura vaccinale in bambini; (c) le limitazioni del disegno e conduzione dello studio; e (d) i risultati riportati riguardo alla copertura vaccinale che non erano sostanzialmente diversi da zero, possiamo concludere che non esistono prove sufficienti per valutare l'efficacia delle direttive al personale non medico nel migliorare la copertura vaccinale nei bambini.

Evidenza di Applicabilità. . Le stesse evidenze utilizzate per stabilire l'efficacia sono state utilizzate per valutare la fattibilità di questi interventi in diversi ambienti, popolazioni e vaccinazioni. Gli studi sono stati condotti in ospedali pubblici (200) e in altri tipi di ospedale (72,162,243), istituti di assistenza (245) e in una varietà di ambienti ambulatoriali comprendenti centri privati (36), organizzazioni assistenziali (63), cliniche amministrate da Veterani (72) e organizzazioni cliniche accademiche (118,242,244). Gli studi hanno valutato l'efficacia delle direttive al personale non medico nel migliorare l'offerta sia della vaccinazione antinfluenzale (36,63,72,118,162,200,242,244) che antipneumococcica (118,243,245). Non sono stati individuati studi di valutazione delle direttive al personale non medico nel migliorare le vaccinazioni negli adolescenti o nel migliorare l'offerta di vaccinazioni antiepatite B o Td.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Altri effetti positivi e negativi non sono stati presi in considerazione in questa rassegna.

Evidenza Economica. Non è stata identificata alcuna valutazione economica delle direttive al personale non medico.

OSTACOLI ALL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Potenziati ostacoli all'attuazione delle direttive al personale non medico potrebbero comprendere (a) difficoltà nell'incoraggiare un'efficace comunicazione interprofessionale e una ripartizione di responsabilità e (b) il carico amministrativo sui fornitori e sui sistemi. Uno studio mostrò che un algoritmo condotto da infermiere per vaccinare bambini in una clinica pediatrica altamente frequentata sarebbe stato completato in solo il 43% dei bambini eligibili (240). Al contrario, in alcuni ambienti, le direttive al personale non medico potrebbero ridurre il carico sui medici ed aumentare l'efficienza clinica.

RACCOMANDAZIONI

Vaccinare gli Adulti. Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, le direttive al personale non medico sono **fortemente raccomandate per vaccinare gli adulti** sulla base di una forte evidenza scientifica di efficacia nel migliorare la copertura vaccinale.

Vaccinare i Bambini. Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, gli studi disponibili forniscono **evidenza insufficiente** nel valutare l'efficacia delle direttive al personale non medico per vaccinare i bambini.

**17. La sola educazione del fornitore
insufficiente**

Evidenza

L'educazione del fornitore riguarda la formazione del fornitore stesso sulle vaccinazioni per aumentarne le conoscenze o modificarne gli atteggiamenti. Le modalità con le quali l'informazione è offerta possono comprendere materiale scritto, video, lezioni, programmi di educazione sanitaria continua e software computerizzati. Gli interventi che comprendono ulteriori elementi (per es., richiami del fornitore, valutazione e feedback) o che vengono utilizzati in combinazione con altri interventi (per es., interventi a più componenti che includono l'educazione) sono esaminati altrove in questo capitolo.

Risultati chiave

Sono stati individuati soltanto quattro studi qualificati sugli interventi di sola educazione del fornitore.

- Due studi su interventi di bassa intensità ne valutavano l'impatto sulla copertura vaccinale. Uno documentava effetti scarsi e non significativi sulla copertura; l'altro studio mostrò che l'educazione del fornitore determinava minore impatto sulla copertura di quanto non facessero gli interventi di richiamo/sollecito del fornitore o le direttive al personale non medico.
- Tre studi su interventi di sola educazione del fornitore mostrarono effetti variabili su conoscenza e atteggiamenti del fornitore. L'intervento meglio descritto e più intensivo produceva miglioramenti su conoscenza e atteggiamenti del fornitore.

Quindi, a causa del (a) piccolo numero di studi, (b) limitazioni nel disegno e conduzione e (c) variabilità nei risultati, non si potrebbero valutare gli effetti degli interventi di sola educazione del fornitore nel modificare conoscenza o atteggiamenti del fornitore o la copertura vaccinale.

BACKGROUND

L'educazione del fornitore si basa sul principio che le conoscenze del fornitore in materia di vaccinazioni influenzino il comportamento del medico in modo positivo. L'educazione del fornitore potrebbe stimolare l'offerta di vaccinazioni addizionali, cambiamenti nei rapporti fornitore-utente per aumentare l'accettazione delle vaccinazioni da parte dell'utente, o motivare i fornitori ad attuare altri interventi (per es., sistemi di richiamo/sollecito o direttive al personale non medico).

RASSEGNA DELLE EVIDENZE

Evidenza di Efficacia. La nostra ricerca ha identificato 6 studi riguardanti gli interventi di sola educazione del fornitore (200,216,248-251). Un ulteriore documento forniva maggiori informazioni su uno studio già valutato (229). Due studi avevano avuto limitata esecuzione e quindi non erano stati inclusi nella rassegna (216,248). Dettagli riguardo i quattro studi qualificati sono forniti nell'Appendice B. Due studi valutavano la copertura vaccinale negli adulti. Uno valutava la possibilità di attaccare un foglio ad ogni scheda vaccinale e riscontrò piccole e insignificanti variazioni percentuali e nessun cambiamento nelle conoscenze e atteggiamenti dei fornitori (249). L'altro studio utilizzava l'educazione del fornitore come elemento di paragone in uno studio che valutava i richiami del fornitore e le direttive al personale non medico (200) e mostrò variazioni della copertura del 30% e del 7% rispetto a questi ultimi.

Due studi valutavano l'efficacia dell'educazione del fornitore su conoscenza e

atteggiamenti (250,251). Questi studi mostrarono miglioramenti nelle conoscenze e atteggiamenti del fornitore dopo divulgazione delle linee guida nazionali per l'epatite B e l'attuazione di un protocollo innovativo di "apprendimento basato sul problema" nelle scuole di medicina. Con un'unica eccezione (251), gli studi disponibili sull'educazione del fornitore valutavano interventi che non si rilevarono molto efficaci. I dati disponibili non possono essere generalizzati ad interventi più intensivi. Inoltre, l'educazione del fornitore è parte di diversi interventi efficaci a più componenti, compresi richiami del fornitore, valutazione e feedback, e interventi di educazione.

Evidenza di altri effetti positivi o negativi. Nessuna informazione riguardo altri effetti positivi e negativi è stata presa in considerazione in questa rassegna.

RACCOMANDAZIONI

Secondo le regole dell'evidenza su cui si basa la Guida, gli studi disponibili forniscono **evidenza insufficiente** per valutare l'efficacia degli interventi di sola educazione del fornitore sulla base di (a) scarso numero di studi disponibili; (b) limitazioni nel loro disegno e conduzione; e (c) campioni poco significativi. Fino a che non saranno disponibili maggiori e migliori informazioni, le comunità potrebbero scegliere di usare l'educazione del fornitore in associazione ad altri interventi.

Linee di Ricerca aperte per gli Interventi basati sui Fornitori del Servizio

EFFICACIA

L'efficacia degli interventi raccomandati e fortemente raccomandati in questa sezione (per es., richiamo/sollecito dei fornitori, valutazione e feedback e direttive al personale non medico) è stabilita.

Tuttavia i quesiti di ricerca riguardo l'efficacia di questi interventi rimangono.

- Quali caratteristiche degli interventi basati sui fornitori contribuiscono ad aumentarne o a diminuirne l'efficacia?
- Come il contenuto e il metodo di offerta del richiamo/sollecito si correlano all'efficacia?
- Quali componenti degli interventi di valutazione e feedback (per es., incentivi e griglie valutative) contribuiscono maggiormente all'efficacia?
- Come diversi ambienti di cura (per es., ambienti di cura privati indipendenti versus ambienti ad organizzazione e gestione ospedaliera) contribuiscono ad aumentare o a diminuire l'efficacia di differenti interventi?
- Qual è l'efficacia dell'HEDIS, come modello di valutazione, feedback e testing, nel migliorare la copertura vaccinale? In ambienti di cura privati indipendenti? In ambienti ad organizzazione e gestione ospedaliera?
- Quali risultati a medio termine contribuiscono all'efficacia degli interventi di valutazione e feedback del fornitore (per es., conoscenza, atteggiamenti o comportamento del fornitore; ulteriori interventi; o altri fattori)?
- Qual è la meno e la più efficace combinazione di servizi negli interventi a più

componenti?

- Possono i centri per la raccolta e la registrazione dei dati fungere da spina dorsale per interventi efficaci (per es., richiamo/sollecito del fornitore)?
- Quanto facilmente i sistemi per i richiami o per valutazione e feedback che enfatizzano l'uso di un singolo servizio clinico preventivo, possono essere adattati ad altri servizi?
- Qual è l'efficacia relativa dei richiami del fornitore o di valutazione e feedback che puntano sulle immunizzazioni nei confronti dei richiami del fornitore o di valutazione e feedback che ruotano da un servizio preventivo ad un altro?

Poiché l'efficacia degli interventi di sola educazione del fornitore non è stata stabilita, rimangono dei quesiti di indagine basilari.

- Questi interventi sono efficaci nell'aumentare la copertura vaccinale?
- Questi interventi sono efficaci nell'aumentare la conoscenza dei fornitori o nel promuovere atteggiamenti positivi del fornitore nei riguardi delle vaccinazioni?
- Quali attributi dei programmi di sola educazione del fornitore – mezzo, messaggio, o intensità – contribuiscono all'efficacia o all'insuccesso?
- I programmi intensivi di educazione del fornitore sono più efficaci di altri programmi meno intensivi?

APPLICABILITA'

Ogni intervento basato sul fornitore raccomandato e fortemente raccomandato dovrebbe essere applicabile nelle popolazioni target e negli ambienti più rilevanti. Comunque, è difficile determinare le possibili differenze nell'efficacia di ogni intervento per specifici sottogruppi di popolazione. Diversi quesiti riguardo l'applicabilità di questi interventi in ambienti e popolazioni differenti da quelli studiati rimangono.

- Questi interventi sono efficaci nell'aumentare la copertura vaccinale negli adolescenti come lo sono nei bambini e negli anziani?
- Esistono differenze significative sull'efficacia di questi interventi in base alla scala di livello con la quale sono dispensati (per es., richiami alla comunità da un archivio versus sistemi basati sulla cura versus sistemi basati sulla pratica d'ufficio)?

ALTRI EFFETTI POSITIVI O NEGATIVI

Con l'eccezione di qualche discussione sul migliorato utilizzo di altre forme di assistenza clinica e preventiva, gli studi inclusi nella rassegna non riportavano altri effetti positivi o negativi di questi interventi.

Quindi, sarebbe utile la ricerca dei seguenti quesiti:

- Gli interventi basati sul fornitore per incrementare le vaccinazioni interferiscono con lo scorrimento delle attività e l'efficienza dell'ufficio, e se è così, come può

essere minimizzato questo effetto?

- Gli interventi basati sul fornitore portano ad altri cambiamenti positivi nell'uso di trattamenti preventivi o sanitari così come nel migliorare la copertura vaccinale?

VALUTAZIONI ECONOMICHE

Generalmente, l'informazione economica disponibile è stata scarsa; pertanto, un'indagine considerevole è richiesta per i seguenti quesiti:

- Qual è il costo di questi interventi?
- Come il costo per ogni ulteriore bambino vaccinato va confrontato con altri interventi intesi a migliorare la copertura vaccinale?
- Possono le strategie scelte per migliorare la copertura vaccinale essere usate simultaneamente ad altri interventi per migliorare il rapporto costo-efficacia di queste strategie?
- Come le caratteristiche specifiche di questi interventi contribuiscono all'efficienza economica?
- Quali caratteristiche particolari dei sistemi di richiamo/sollecito del fornitore contribuiscono maggiormente alla costi-efficacia?
- Quali combinazioni di elementi negli interventi a più componenti sono maggiormente costi-efficaci?
- Come si paragonano gli opportuni costi degli interventi a più componenti con quelli degli interventi a singola componente?
- Qual'è il rapporto costo-beneficio o il rapporto costo-utilità di questi interventi?

OSTACOLI

- Come possono essere attuati questi interventi con il minimo carico amministrativo sui fornitori o sui sistemi?
- Gli archivi di comunità riducono gli ostacoli all'utilizzo o all'aumentato utilizzo dei richiami, della valutazione e feedback o dell'educazione del fornitore?
- Per i sistemi di richiamo/sollecito e di valutazione e feedback, come può essere ridotto il carico amministrativo (per es., l'inserimento dei dati)?
- Possono delle migliorate strategie di campionamento essere sviluppate e possono informazioni significative essere estratte da piccoli campioni di casi?
- Come può essere incoraggiata l'introduzione di questi interventi nei centri privati?

