

casi nel 1987 a un massimo di 76 nel 1989 (Fonte: ISTAT). Dal 1992 non sono più disponibili dati di incidenza, tuttavia, dalla revisione delle Schede di Dimissione Ospedaliera emerge che continuano a verificarsi casi (29 nel 1999; 11 nel 2000).

Le basse coperture vaccinali raggiunte hanno diminuito ma non fermato la circolazione della rosolia e il rischio di rosolia congenita è ancora significativamente presente nel nostro Paese. Esistono infatti alti livelli di suscettibilità sia nella popolazione generale sia nelle donne in età fertile.

Per interrompere la circolazione della rosolia è essenziale che si raggiungano e si mantengano elevati livelli di copertura vaccinale nell'infanzia (>90%). Infatti, in presenza di coperture vaccinali sub-ottimali, la malattia continua a circolare con uno spostamento verso l'alto dell'età dei casi, aumentando il rischio di infezioni in gravidanza, e quindi di rosolia congenita (6).

Finché non saranno raggiunti livelli di copertura vaccinale nell'infanzia sufficientemente alti, è indispensabile garantire la vaccinazione anche delle ragazze adolescenti.

Riferimenti bibliografici

1. Weekly Epidemiological Record WHO 19 May 2000; 75: 161-72 (<http://www.who.int/wer>).
2. Ministero della Sanità. Circolare n°12 del 13 luglio 1999. Controllo ed eliminazione di morbillo, parotite e rosolia attraverso la vaccinazione.
3. Salmaso S, Rota MC, Ciofi degli Atti M, et al. Infant immunization coverage in Italy: estimates by simultaneous EPI cluster surveys of regions. Bull. WHO 1999; 77(10): 843-51.
4. Ciofi degli Atti ML, Salmaso S, Bella A, et al. Sentinel surveillance of vaccine preventable diseases in Italy. *Pediatr Infect Dis J*, 2002; 21(8): 763-8.
5. Gabutti G, Rota MC, Salmaso S, et al. Epidemiology of measles, mumps and rubella in Italy. *Epidemiol Infect* 2002; 129: 543-50.
6. Edmunds WJ, van de Heijden OG, Eerols M, et al. Modelling rubella in Europe. *Epidemiol Infect* 2000; 125 (3): 617-34.

EPIDEMIA DI ROSOLIA 2002: UN ANNO DOPO

Maria Grazia Revello

Servizio di Virologia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Nel 2002, si è verificato in Italia un aumento di incidenza della rosolia, e presso il Servizio di Virologia del Policlinico San Matteo di Pavia sono stati diagnosticati 97 casi di infezione acuta. Tredici di questi riguardavano donne gravide (3 di provenienza extracomunitaria); si trattava di 11 infezioni primarie e due reinfezioni in donne vaccinate, avvenute

tra la settimana prima dell'ultima mestruazione e la 28° settimana di gestazione. La diagnosi di infezione primaria è stata posta dimostrando la sieroconversione o la presenza di IgM specifiche e bassa avidità (1), mentre la diagnosi di reinfezione è stata posta dimostrando un significativo incremento di IgG ad alta avidità e fugace risposta IgM.

Le 13 gravidanze, di cui due gemellari, sono state seguite prospetticamente, proponendo il counselling e la diagnosi prenatale ed effettuando un follow-up attivo. Cinque gravide (Figura) hanno effettuato la diagnosi prenatale a 18-22 settimane di gravidanza mediante: a) ricerca diretta di RNA virale nel sangue fetale e/o liquido amniotico; b) isolamento del virus mediante *reverse-transcription polymerase chain reaction* su colture cellulari; c) determinazione delle IgM virus-specifiche su sangue fetale (3, 4). La diagnosi di rosolia congenita alla nascita è stata effettuata con gli stessi approcci (ricerca dell'RNA virale e/o isolamento del virus da sangue e urine nel neonato; ricerca di IgM specifiche nel sangue neonatale).

Gli esiti valutati a un anno di distanza, riassunti in Figura, sono drammatici. Infatti, mentre le donne vaccinate non hanno trasmesso l'infezione al feto, otto donne con infezione primaria hanno trasmesso l'infezione o hanno interrotto la gravidanza. In particolare, si sono verificati 5 casi di trasmissione dell'infezione; 3 di questi erano gravemente sintomatici comportando in due casi la morte in utero a 20 e 29 settimane di gravidanza, e in un caso la nascita di un neonato con lesioni multiple a livello cerebrale e cecità monolaterale. Per un caso si è fatto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza a 21 settimane di gestazione dopo diagnosi prenatale positiva per infezione fetale e riscontro ecografico di malformazioni cardiache, mentre un solo neonato con infezione confermata alla nascita è tuttora asintomatico a un anno di vita. Altre 3 gravidanze complicate da rosolia a 3-7 settimane di gestazione sono state volontariamente interrotte entro le 12 settimane, in assenza di diagnosi prenatale; infine, solo 4 gravidanze si sono concluse con la nascita di neonati non infetti. In questi quattro casi l'infezione era stata contratta in periodi a basso rischio di trasmissione (tra una settimana prima e 11 giorni dopo l'ultima mestruazione in 3 casi, a 28 settimane di gravidanza nel restante caso). Due donne con infezione periconcezionale hanno effettuato la diagnosi prenatale, risultata negativa. In assenza di questa opportunità, verosimilmente entrambe le gravidanze sarebbero state interrotte.

L'anamnesi delle 11 donne gravide (7 nullipare e 4 pluripare) con infezione primaria rivela inequivocabilmente l'inadeguatezza delle misure adottate per prevenire la rosolia congenita. Infatti, solo una delle 7 nullipare era stata testata pre-gravidanza e, risultata sieronegativa, non era stata vaccinata. Allo stesso modo, nessuna delle 4 pluripare, sieronega-

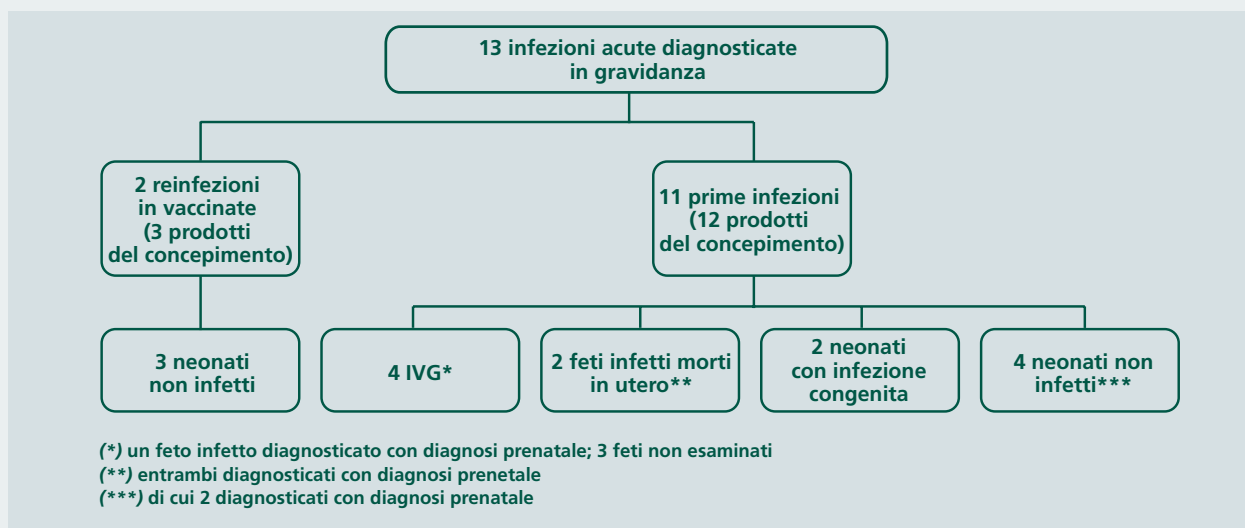


Figura - Esito a un anno di distanza delle 13 infezioni da rosolia diagnosticate in donne gravide nel 2002

tive per rosolia già nel corso di gravidanze precedenti, era stata vaccinata.

Oltre alle 13 gravidanze seguite prospetticamente, è stato diagnosticato un ulteriore caso di rosolia congenita, in un lattante deceduto all'età di 4 mesi, il cui esame autoptico ha consentito di isolare il virus della rosolia in diversi organi. Il bambino era nato gravemente sintomatico (ritardo di crescita, petecchie, epatosplenomegalia, cataratta e sordità bilaterale, pervietà del dotto di Botallo), ma la diagnosi di rosolia congenita non era stata considerata alla nascita dato che la madre aveva un reperto positivo per la presenza di IgG specifiche anti-rosolia a 16 settimane di gravidanza.

Risultati sovrapponibili a quelli sopradescritti erano stati osservati durante la precedente epidemia del 1997, quando furono diagnosticati 12 casi di rosolia in gestanti, esitati in 6 interruzioni volontarie di gravidanza, due neonati con infezione congenita di cui uno sintomatico, 3 neonati non infetti e una gravidanza a esito ignoto.

Dato che non si prevede l'eliminazione della rosolia congenita in tempi brevi, è necessario che venga effettuata una sorveglianza attiva dei casi di rosolia diagnosticati in gravidanza, garantendo elevate capacità diagnostiche a livello laboratoristico. Va sottolineato che in Italia poche strutture sono in grado di fornire una diagnosi virologica affidabile di infezione acuta (si pensi al delicato aspetto della interpretazione di risultati IgM positivi) e ancora meno sono i laboratori in grado di eseguire una diagnosi prenatale completa di tutti gli approcci diagnostici oggi disponibili. Offrire la possibilità a una donna di effettuare una scelta basata sul riscontro obiettivo di assenza o presenza di trasmissione al feto, rappresenta un aiuto fondamentale da parte del sistema sanitario. È peraltro assolutamente indispensabile che le strutture che effettuano la diagnosi virologica abbiano la necessaria competenza; in caso contrario si rischia di aggiungere dramma al

dramma fornendo all'interessata risultati a elevato rischio di non attendibilità (falsi negativi o falsi positivi).

Riferimenti bibliografici

1. Hedman K, Rousseau SA. Measurement of avidity of specific IgG for verification of a recent primary rubella. *J Med Virol* 1989; 27: 288-92.
2. Revello MG, Baldanti F, Sarasini A, et al. Prenatal diagnosis of rubella virus infection by direct detection and semiquantitation of viral RNA in clinical samples by reverse transcription-PCR. *J Clin Microbiol* 1997; 35: 708-13.
3. Revello MG, Sarasini A, Baldanti F, et al. Use of reverse-transcription polymerase chain reaction for detection of rubella virus RNA in cell cultures inoculated with clinical samples. *Microbiologica* 1997; 20: 197-206.

SORVEGLIARE LA ROSOLIA CONGENITA: L'ESPERIENZA DEL REGISTRO "INFEZIONI PERINATALI" IN CAMPANIA

Wilma Buffolano¹, Elvira Lorenzo², Sergio Lodato³, Antonio Parlato⁴, Renato Pizzuti², Onlus-Registro Punti Nascita Regione Campania e Servizi Prevenzione ASL Regione Campania

¹Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi "Federico II", Napoli

²Osservatorio Epidemiologico Regionale, Napoli

³Agenzia Regionale Sanità, Napoli

⁴ASL Napoli 2, Napoli

Dal 1997, l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania (OERC) ha attivato presso il Dipartimento di Pediatria dell'Università "Federico II" di Napoli un Registro Infezioni Perinatali, al fine di monitorare: l'impatto di queste patologie (incidenza e esiti) e l'efficacia delle pratiche di prevenzione/trattamento

inserite nei "Protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità" (1, 2). Partecipa al Registro una Rete di Punti Nascita della Regione Campania (onlus RePuNaRC) che copre l'89% della natalità regionale. I nati vivi con storia di esposizione in gravidanza a una infezione trasmissibile dalla madre al feto sono arruolati prospetticamente in protocolli di diagnosi e trattamento accreditati internazionalmente (3). Nei casi di infezione congenita diagnosticati solo dopo la nascita, quando vengono rilevate le sequele, i fattori di rischio operanti nella madre, l'appropriatezza delle pratiche di prevenzione in gravidanza e del trattamento post-natale sono valutati retroattivamente attraverso questionari *ad hoc* somministrati alla madre, rivalutazione dei documenti clinici, interviste telefoniche al ginecologo e/o al pediatra curante.

In questo articolo vengono illustrati i risultati relativi ai bambini affetti da rosolia congenita (RC), identificati tra il 1997 e il 2002. Secondo la definizione adottata dai Centers for Disease Control and Prevention statunitensi, è stato considerato come confermato un caso con manifestazioni cliniche compatibili e diagnosi di laboratorio positiva (criteri CDC 1999) (4). Per avere maggiori informazioni sull'impatto della RC nella Regione Campania, oltre ai dati rilevati dal Registro sono state svolte 3 ulteriori attività: a) identifica-

zione delle diagnosi di RC tra i nati 1997- 2001 attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera (codice ICD-9: 771.0); b) verifica della diagnosi secondo i criteri CDC 1999, sulla base delle cartelle di ricovero ospedaliero e di una intervista telefonica strutturata ai pediatri curanti di libera scelta, identificati e contattati attraverso i Servizi di Epidemiologia e Prevenzione. Sono stati esclusi tutti i pazienti che non soddisfacevano la definizione di caso confermato (4); c) confronto dell'andamento temporale dei casi di RC con quello delle notifiche obbligatorie di rosolia (SIMI; anni 1996-2002).

In totale, sono stati identificati 18 bambini affetti da RC, di cui 5 identificati esclusivamente tramite revisione dei codici ICD9 di dimissione. Sono stati rilevati 2 picchi d'incidenza della RC, rispettivamente nel 1997 (5 casi) e 2001-02 (4 e 3 casi) (Figura). Negli stessi anni, i dati di notifica obbligatoria di rosolia mostrano un'elevata incidenza della rosolia.

In Campania nascono ogni anno circa 70000 bambini; l'incidenza annuale della RC è stata quindi sempre superiore a 1 caso per 100000 nuovi nati, raggiungendo nel 2001 i 6 casi per 100000. Questi dati dimostrano un'inadeguatezza degli interventi di sorveglianza (screening prenatale) e prevenzione (vaccinazione) attuati.

Dato che la copertura vaccinale per morbillo-parotite-rosolia non è omogenea tra tutte le regioni italiane e in alcune è inferiore al 50% (5), è altamente probabile che la RC sia un problema rilevante non solo in Campania, ma anche nel resto del territorio nazionale. L'esperienza campana dimostra che la collaborazione tra punti nascita, servizi territoriali di epidemiologia e prevenzione, e strutture regionali ha realizzato percorsi efficaci per identificare i casi di RC, evidenziandone la frequenza e il grave impatto in termini di salute. Questa esperienza impone scelte di sanità pubblica atte a garantire il raggiungimento di coperture vaccinali ottimali per la rosolia che garantiscano la prevenzione della rosolia in gravidanza, attivando eventualmente anche campagne straordinarie finalizzate al recupero delle donne suscettibili.

Riferimenti bibliografici

1. Decreto Ministero della Sanità n. 78 del 6 marzo 1995. Aggiornamento del D.M. 14 aprile 1984: "Protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità responsabile".
2. Decreto Ministero della Sanità n. 245 del 20 ottobre 1998. Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995.
3. CDC. National Immunization Program. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. 3rd Edition. 2002.
4. CDC. Rubella Congenital Syndrome, 1999 case definition. (www.cdc.gov/epo/dphsi/casedef/rubella_syndrome_congenital_current.htm)
5. Gruppo di lavoro ICONA. ICONA: indagine nazionale sulla copertura vaccinale infantile. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1998. Rapporti ISTISAN 98/33.

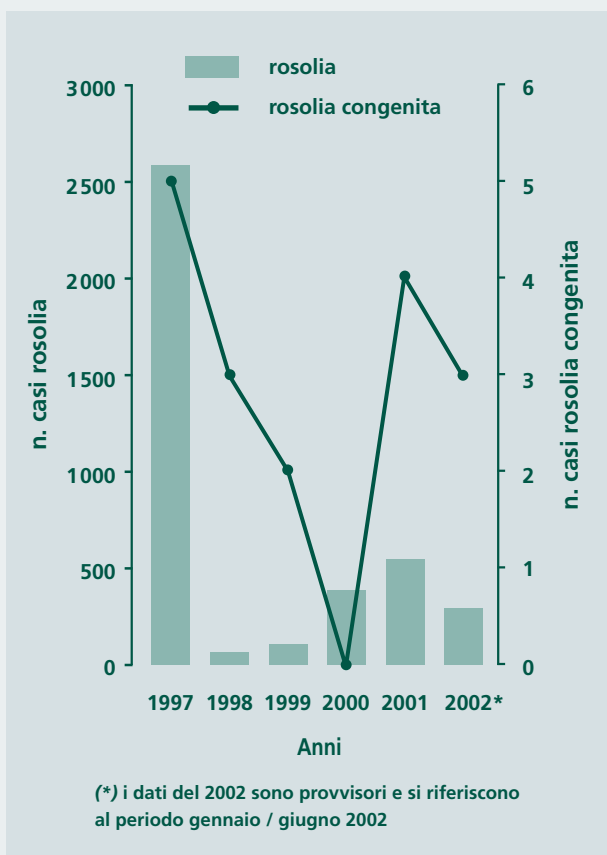


Figura - Notifiche annuali di rosolia e casi di rosolia congenita in Campania (1997-2002)*

ANALISI DEL RIFIUTO VACCINALE NELL'ASL 18 DELLA REGIONE PIEMONTE SU 23 ANNI DI OSSERVAZIONE

Franco Giovanetti¹ e Elio Laudani²

¹Dipartimento di Prevenzione ASL 18, Alba

²Dipartimento Territoriale ASL 18, Alba

In Italia l'obbligo vaccinale contro poliomielite, difterite, tetano ed epatite B ha reso possibile il raggiungimento di elevate coperture vaccinali (> 90%) su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, come descritto in altre Nazioni, all'aumentare della copertura vaccinale e al diminuire della frequenza delle malattie prevenibili, corrisponde una diminuita percezione del rischio di tali malattie e una enfattizzazione dei rischi connessi con l'immunizzazione (1); ne consegue un'aumentata frequenza dell'obiezione attiva alle vaccinazioni. In Italia questo fenomeno è più diffuso in alcune aree del Nord, a più elevata copertura vaccinale.

L'ASL 18 comprende le aree urbane di Alba e Bra e altri 74 Comuni, per un totale di 158 472 residenti. Il territorio suddiviso in due distretti, i nuovi nati sono in media 1 390 per anno. Le coperture vaccinali valutate a 24 mesi di vita sono elevate (> 95% per i vac-

cini obbligatori, 90% per morbillo e > 90% per *Haemophilus influenzae* tipo b).

A partire dagli anni '80, nel Distretto 1 sono emersi piccoli nuclei di dissenso, generalmente organizzati intorno a un leader non medico, sostenitore delle medicine non convenzionali. Dal 2000 nello stesso Distretto si è rivelata particolarmente incisiva l'attività di un'associazione sostenuta da un medico omeopata, che ha promosso conferenze e incontri. Nel Distretto 2 l'attività dei movimenti antivaccinali è invece sempre stata pressoché assente.

Il presente studio ha come obiettivo l'analisi della frequenza del rifiuto vaccinale nella ASL 18; le coorti di nascita prese in esame vanno dai nati nel 1980 ai nati nel 2002.

I dati sono stati ricavati dall'archivio vaccinale, che è sia cartaceo che informatizzato su tutto il territorio e per tutte le coorti di nascita considerate.

È stato definito come rifiuto vaccinale la situazione in cui i genitori hanno rifiutato in modo esplicito di iniziare o completare il ciclo primario delle vaccinazioni obbligatorie. Per ciclo primario si intendono le 3 dosi dei vaccini per difterite e tetano, polio ed epatite B. Questi casi vengono registrati nell'archivio vaccinale, conservando la dichiarazione di rifiuto informato sottoscritta dai genitori. L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando il software Epi-Info 6.

È stata calcolata la frequenza dei rifiuti (espressa in numero di casi su 1 000 soggetti eligibili alla vaccinazione) sia per l'intera ASL che per Distretto e Comu-

Tabella 1 - Frequenza (n. casi/1 000) del rifiuto vaccinale per Distretto; ASL 18, coorti di nascita 1980-2002

Comune	n. nati 1980-2002	n. rifiuti	n. rifiuti/1 000 nati
Alba	5 824	14	2,40
Altri Comuni del Distretto 1	13 888	41	2,95
Totale Distretto 1	19 712	55	2,79
BRA	6 060	6	0,99
Altri Comuni del Distretto 2	6 947	7	1,00
Totale Distretto 2	13 007	13	0,99
Totale ASL 18	32 719	68	2,08

Tabella 2 - Frequenza (n.casi/100 000) del rifiuto vaccinale per periodo e distretto; ASL 18, coorti di nascita 1980-2002

	Coorti 1980-1991			Coorti 1992-2002		
	n. nati	n. rifiuti	n. rifiuti/ 1 000 nati	n. nati	n. rifiuti	n. rifiuti/ 1 000 nati
Alba	3 093	2	0,64	2 731	12	4,39
Altri Comuni Distretto 1	7 357	3	0,40	6 531	38	5,82
Totale Distretto 1	10 450	5	0,48	9 262	50	5,40
Bra	3 314	0	0	2 746	6	2,18
Altri Comuni Distretto 2	3 669	0	0	3 278	7	2,13
Totale Distretto 2	6 983	0	0	6 024	13	2,16
Totale ASL 18	17 433	5	0,29	15 286	63	4,25

ne; poiché molti Comuni rurali hanno un esiguo numero di nati, i dati relativi alla popolazione extraurbana sono stati aggregati. Inoltre, poiché nell'ultimo decennio si è verificato un aumento dei rifiuti vaccinali, sono stati messi a confronto i dati relativi agli intervalli temporali 1980-91 e 1992-2002.

Su 32 719 nati tra il 1980 e il 2002, sono stati identificati 68 casi di rifiuto vaccinale (2/1 000), di cui 64 non hanno ricevuto neppure una dose di vaccino, mentre 4 hanno rifiutato di completare il ciclo primario dopo le prime 2 dosi.

In Tabella 1 è riportata la distribuzione per Distretto e Comune. Le frequenze più elevate riguardano il Distretto 1, con un rischio relativo (RR) rispetto al Distretto 2 pari a 2,79 (IC 95%: 1,5-5,1).

In Tabella 2 sono messe a confronto le frequenze di rifiuti nei periodi 1980-91 e 1992-2002, per Distretto. Risulta evidente il netto incremento dei casi di tutta l'ASL nel secondo periodo, con un RR di 14,3 (IC 95% = 5,8-35,6).

Lo stesso confronto temporale, limitato al Distretto 1, mostra un RR pari a 11,2 (IC 95%: 4,5 e 28,1).

Negli ultimi due decenni anche nel nostro Paese è progressivamente emerso il rifiuto delle vaccinazioni su base ideologica e culturale, derivante non da trascuratezza ma da ben precise convinzioni dei genitori.

Come è noto, al di là del rischio individuale per il singolo bambino non vaccinato, il rifiuto può comportare un vero e proprio rischio per la popolazione solo se è in grado di ridurre la copertura vaccinale al di sotto del 95%, che è considerato il livello critico per mantenere l'*herd immunity* (2).

L'atteggiamento della sanità pubblica oscilla tra l'accettazione del dissenso, considerato fisiologico e quindi (se contenuto entro limiti che non compromettono l'*herd immunity*) ineluttabile, e l'atteggiamento sanzionatorio, in cui tende a prevalere la puntuale applicazione della norma a scapito del dialogo con i genitori inadempienti.

Infatti, la vigente legislazione prevede, in caso di inadempienza all'obbligo vaccinale, l'irrogazione di una sanzione pecuniaria; inoltre è prassi comune anche la segnalazione all'autorità sanitaria locale (rappresentata dal Sindaco) e al Tribunale dei Minori, che generalmente conclude il procedimento archiviando il caso. Un accordo sottoscritto tra il Tribunale dei Minori di Torino e la Regione Piemonte prevede di segnalare al Pubblico Ministero solo i casi in cui è fondato il sospetto di una carenza della funzione genitoriale, mentre in presenza di un rifiuto motivato da convincimento personale la segnalazione non viene effettuata.

I dati illustrati nel presente studio, che comprende un periodo di ben 23 anni, permettono di considerare il rifiuto vaccinale, nella popolazione in esame, irrilevante dal punto di vista dell'*herd immunity*, anche laddove la propaganda antivaccinale si è rivelata più incisiva. Nell'area e nell'intervallo temporale in cui è stato registrato il maggior numero di rifiuti la frequenza è comunque inferiore all'1%.

Il contesto ambientale sembra essere decisivo nell'influenzare la scelta dei genitori; come abbiamo visto, esiste un significativo rischio di rifiuto vaccinale proprio tra i residenti nel Distretto in cui è attivo il movimento antivaccinale. Inoltre, il fatto che la leadership del dissenso negli anni più recenti sia stata assunta da una figura medica (in quanto tale più autorevole rispetto alle figure di riferimento degli anni precedenti) può aver contribuito all'incremento dei casi di rifiuto.

In base ai risultati del presente studio, è possibile formulare una duplice raccomandazione per i servizi di sanità pubblica: anzitutto è prioritario il costante monitoraggio del fenomeno, in modo tale da poter intervenire qualora esso assuma caratteristiche tali da comportare ricadute significative sull'*herd immunity*; in secondo luogo, appare di cruciale importanza l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione, affinché la vaccinazione venga percepita non più come un obbligo imposto dalla legge, bensì come un diritto fondamentale di ogni bambino.

Riferimenti bibliografici

1. Chen RT, Orenstein WA. Epidemiologic Methods in Immunization Programs. *Epidemiol Reviews* 1996; 18(2): 99-117.
2. Anderson RM, May R. *Infectious diseases of humans. Dynamics and control*. Oxford: Oxford University Press; 1991.

PREVENIRE IL MORBILLO: L'ESPERIENZA DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

¹Peter Kreidl, ²Josef Simeoni, ³Simone Schmorak,
⁴Maria Grazia Zuccaro, ⁵Albert Hopfgartner
e ⁶Giulia Morosetti

¹Provincia autonoma di Bolzano, Assessorato alla sanità,
Osservatorio epidemiologico, Bolzano

²Provincia autonoma di Bolzano,
Azienda Sanità di Bolzano

³Provincia autonoma di Bolzano,
Azienda Sanità di Merano

⁴Provincia autonoma di Bolzano,
Azienda Sanità di Bressanone

⁵Provincia autonoma di Bolzano, Azienda Sanità di Brunico

⁶Provincia autonoma di Bolzano, Assessorato alla sanità,
Ufficio igiene e salute pubblica

Nel 1998, lo studio ICONA ha evidenziato che la Provincia Autonoma di Bolzano aveva una delle coperture vaccinali per morbillo più basse d'Italia (28% entro i 2 anni) (1). Di conseguenza, negli anni 1996-99 l'incidenza del morbillo stimata in base alle notifiche obbligatorie era la più elevata d'Italia (incidenza annuale media > 200 casi/100 000 abitanti). L'ultima epidemia di morbillo si è verificata nel 1999, con circa 1 000 casi notificati. Nei tre anni successivi, sono stati notificati in me-

dia 35 casi per anno. Data l'elevata percentuale di suscettibili, e considerata l'elevata circolazione del morbillo in Italia, esiste il rischio di una nuova epidemia. Per questo, l'Assessorato Provinciale alla Sanità ha attuato una serie di iniziative per migliorare la copertura vaccinale e la sorveglianza del morbillo, nonché gli interventi da attuare qualora si dovesse verificare un caso.

I dati routinari di copertura vaccinale evidenziano che la percentuale di bambini di età inferiore a 10 anni vaccinati contro il morbillo è scarsa soprattutto nelle aree rurali (< 40%), e un'indagine condotta in queste aree nel 2002 ha mostrato una forte correlazione tra assenza di invito attivo e scarsa copertura vaccinale. Per questo, l'Assessorato ha raccomandato di invitare attivamente alla vaccinazione tutti bambini tra 12 e 15 mesi di vita, inviando per posta almeno due comunicazioni. Contemporaneamente, è stato richiesto di aumentare il numero di sedute vaccinali, che in alcuni Comuni si tenevano molto raramente, anche una sola volta all'anno. Inoltre, è stata avviata una campagna straordinaria di recupero rivolta a tutti i bambini nati tra il 1993 e il 1999. Dato che in Trentino-Alto Adige sono abbastanza frequenti gli obiettori alle vaccinazioni, la popolazione è stata sensibilizzata attraverso i mezzi di comunicazione di massa. Sono stati diffusi tramite i giornali locali dei comunicati stampa e sono state effettuate interviste televisive e radiofoniche. Per quanto riguarda il personale sanitario, sono stati condotti incontri con rappresentanti dell'Assessorato e dell'Istituto Superiore di Sanità, cui hanno partecipato gli operatori dei servizi vaccinali, il 25% dei medici di famiglia e il 36% dei pediatri di libera scelta. Infine, è stato messo a punto un manuale sulle vaccinazioni.

Il sistema di sorveglianza del morbillo è stato migliorato chiedendo ai medici di segnalare immediatamente per telefono alla ASL tutti i casi sospetti. La ASL effettua quindi un'indagine del caso, che include la conferma di laboratorio (ricerca IgM su siero o virus su urine).

Tutti i potenziali contatti vengono identificati e viene loro distribuita una lettera con informazioni sul morbillo e sulla necessità di isolare a domicilio chiunque presenti sintomi suggestivi (febbre, tosse, raffreddore) in un periodo temporale compatibile con l'incubazione.

Lo stato vaccinale dei contatti viene verificato consultando l'anagrafe vaccinale del Comune di residenza. La vaccinazione post-esposizione viene offerta ai suscettibili se non sono passate più di 72 ore dall'esposizione. Infine, tutti i contatti potenzialmente suscettibili (non vaccinati o stato vaccinale sconosciuto) vengono ricontattati telefonicamente circa 20 giorni dopo l'insorgenza dell'esantema nel caso indice, in modo da verificare la presenza di casi secondari.

Tra gennaio e aprile 2003, sono stati segnalati 14 casi di morbillo, di cui 9 confermati in laboratorio o collegati epidemiologicamente a un caso confermato (Figura), rispetto ai 10 casi notificati nello stesso pe-

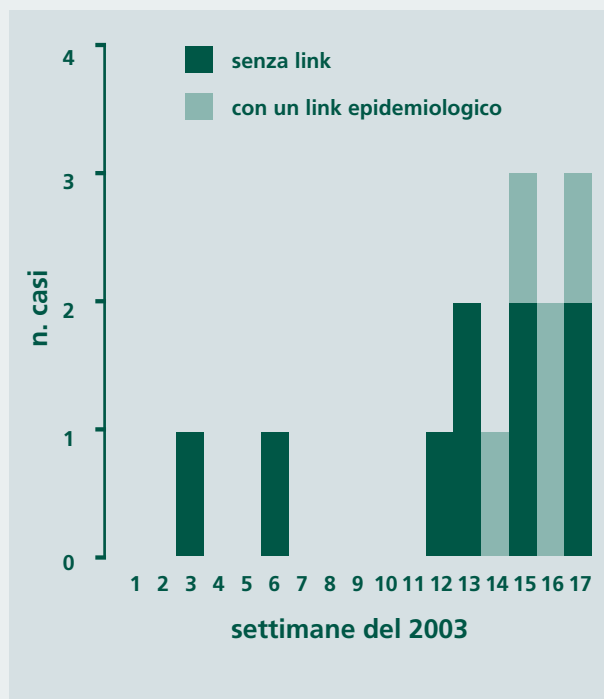


Figura - Numero di casi di morbillo in Trentino-Alto Adige, gennaio-aprile 2003 (n = 14)

riodo dello scorso anno. L'età media è stata di 13 anni (range: 10 mesi-23 anni).

Dei 14 casi, 10 sono stati segnalati dal medico curante, 3 dai genitori di bambini cui il medico aveva diagnosticato il morbillo in base ai sintomi riferiti per telefono, e uno attraverso il follow-up attivo dei contatti di un caso confermato. Questi ultimi quattro casi sono stati confermati in laboratorio.

Il miglioramento della sorveglianza, inclusa la ricerca attiva di casi secondari, è una tappa essenziale della strategia di controllo del morbillo. Infatti, la nostra esperienza suggerisce che non tutti i pazienti vengono direttamente visitati da un medico, e quindi alcune segnalazioni possono sfuggire. Inoltre, la ricerca attiva dei contatti può contribuire a ridurre la trasmissione dell'infezione, sia attraverso la vaccinazione dei suscettibili, che attraverso la raccomandazione di isolare i pazienti che presentano sintomi suggestivi di morbillo, prima che compaia l'esantema.

Riferimenti bibliografici

1. Rota M C, Kreidl P, Ciofi degli Atti M, et al. Icona: indagine nazionale sulla copertura vaccinale infantile. Roma: Istituto Superiore di Sanità 1998. Rapporti ISTISAN 98/33.

Comitato editoriale BEN

Donato Greco, Nancy Binkin, Paolo D'Argenio, Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini, Stefania Salmaso

Full English version is available at: www.ben.iss.it
e-Mail: ben@iss.it