



Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

Sorveglianze nazionali

INDAGINE SUGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI DELLA CAMPAGNA STAGIONALE DI VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE

Giuseppe Pontrelli¹, Antonino Bella²
e Stefania Salmaso²

¹Scuola di Specializzazione in Igiene
e Medicina Preventiva, Università Tor Vergata, Roma
²Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

La campagna stagionale di vaccinazione antinfluenzale costituisce un importante e complesso intervento di prevenzione regolato da disposizioni nazionali e internazionali. La realizzazione è affidata a livello locale ai servizi territoriali di prevenzione, che rendono operativa l'offerta vaccinale attuando diversi modelli organizzativi scelti in autonomia. Nel 2004, al fine di conoscere le modalità impiegate dalle ASL per l'approvvigionamento e la somministrazione dei vaccini, e per identificare, informare e raggiungere la popolazione appartenente alle categorie a rischio, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto un'indagine utilizzando un questionario autocompilato via Internet.

Tra ottobre 2003 e gennaio 2004, un questionario costituito da 20 tra domande con risposta multipla o campi aperti è stato disponibile sul sito di EpiCentro (www.epicentro.iss.it), portale di Sanità Pubblica gestito dal Centro di Epidemiologia, Sorveglianza, e Promozione della Salute dall'ISS. L'iniziativa si è rivolta ai responsabili dei Servizi di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) delle ASL, informati mediante l'invio di e-Mail personali e attraverso le pagine del portale. Ogni partecipante, successivamente alla registrazione, ha ricevuto una *password* che gli ha consentito la compilazione del questionario.

Sono state raccolte informazioni sulla quantità e sulla tipologia dei vaccini acquistati durante le campagne 2002-2003 e 2003-2004. Poiché l'indagine è stata condotta mentre la campagna 2003-2004 era ancora in corso, le informazioni raccolte riguardanti le strategie organizzative sono state limitate alla stagione 2002-2003.

Sono stati forniti i dati dai SEP di 71 ASL (il 36,4% di tutte le ASL italiane) appartenenti a 16 Regioni e alla Provincia Autonoma di Trento (Tabella). La dimensione delle ASL variava tra i 47 996 e i 1 008 583 assistiti.

Per la campagna 2003-2004 sono state ordinate in media 44 907 dosi di vaccino per ASL (min 10 000-max 147 000) con un aumento medio del 12,8% rispetto alle dosi acquistate nell'anno precedente.

Per ogni ASL è stato calcolato il rapporto tra il numero di vaccini ordinati nella campagna 2003-2004 e il numero di assistiti di età compresa tra i 65 anni e oltre; in media tale rapporto è risultato pari al 91,6% (min 57,7-max 186,0).

I vaccini frazionati non adiuvati sono stati la tipologia di vaccino più utilizzata (77,1% del totale), seguita dai vaccini frazionati adiuvati (20,6%). I vaccini interi sono stati il 2,3% del totale.

Nel 2002-2003 il 68% dei vaccini sono stati somministrati dai medici di famiglia-MF (medici di medicina generale-MMG e pediatri di libera scelta-PLS), il 28,1% da centri vaccinali delle ASL, e il 3,9% da altre strutture (ospedali, case circondariali, case di riposo, aeroporti, servizi di medicina del lavoro).

La vaccinazione è stata offerta nelle diverse regioni secondo strategie molto eterogenee.

Se nelle ASL di Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Lazio e Campania gli MF hanno somministrato più del 90% del totale delle dosi, in quelle della provincia di Trento e della Sardegna tale percentuale non ha superato il 10% (Tabella)

Per il 53,5% delle ASL un solo approvvigionamento è risultato insufficiente ed è stato necessario ricorrere a ulteriori approvvigionamenti. Alla fine della campagna vaccinale nel 77,5% delle ASL sono rimaste inutilizzate dosi di vaccino (in media il 6,9% del totale delle dosi ordinate).

Alla fine della stagione 2002-2003 la copertura media raggiunta dalle ASL è stata pari al 61,5% della popolazione di età pari o superiore a 65 anni. Il Ministero della Salute riporta per la stessa stagione una copertura vaccinale non dissimile, pari al 60,1%. Solo il 10,5% delle ASL ha raggiunto l'obiettivo di copertura vaccinale del 75% previsto dal Piano Sanitario Nazionale per gli assistiti nella suddetta fascia d'età e circa la metà delle ASL partecipanti è a meno di dieci punti percentuale da tale obiettivo.

Tabella - Campagna antinfluenzale 2002-2003. Offerta dei vaccini: distribuzione per strutture

Regione	n. di ASL partecipanti ^a		Medici di famiglia ^b	Centri vaccinali	Altre strutture
	n.	%	%	%	%
Piemonte	22	(100)	59,9	36,0	4,1
Valle D'Aosta	1	(100)	25,0	66,4	8,6
Lombardia	1	(7)	54,9	38,0	7,0
Provincia Autonoma di Trento	1	(100)	8,1	80,6	11,3
Veneto	3	(14)	69,1	21,8	9,1
Friuli-Venezia Giulia	3	(50)	93,2	2,8	4,0
Emilia-Romagna	9	(82)	91,3	5,8	3,0
Toscana	1	(8)	86,4	11,4	2,3
Umbria	1	(25)	28,1	66,7	5,3
Marche	3	(23)	84,2	11,4	4,5
Lazio	3	(25)	93,4	1,4	5,2
Campania	4	(31)	92,0	7,3	0,7
Puglia	1	(8)	86,3	13,8	0,0
Basilicata	5	(100)	26,6	69,8	3,5
Calabria	11	(100)	22,5	76,2	1,2
Sicilia	1	(11)	64,3	30,4	5,4
Sardegna	1	(13)	5,3	92,1	2,6
Italia	71	(36)	68,0	28,1	3,9

a) % sul totale delle ASL della regione

b) Medici di medicina generale-MMG; Pediatri di libera scelta-PLS

Al raggiungimento di livelli di copertura superiori al 65% si associa un numero di dosi acquistate superiore ai residenti di oltre i 65 anni (RR 2,4; $p = 0,0028$) e una percentuale di vaccini somministrati dai MF superiore al 50% del totale (RR 5,0 $p = 0,0001$).

Solo 23 ASL, pari al 32,4% delle ASL partecipanti, disponeva di un registro degli assistiti appartenenti alle categorie a rischio (assistiti di età compresa tra i 65 anni e oltre; persone con patologie croniche quali cardiopatie, broncopneumopatie e diabete; personale sanitario e addetto ai servizi di pubblica utilità; assistiti istituzionalizzati; contatti familiari di assistiti a rischio)

Il 95,6% delle ASL partecipanti ha dichiarato di avere eseguito una campagna informativa rivolta alla popolazione generale. Sono stati impiegati diversi mezzi di comunicazione: stampa locale (87%), poster e dépliant (75%), Tv locali (31%), posta (4%); il 79% delle ASL ne ha utilizzato più di uno. Tra le altre modalità di informazione impiegate, ci sono state iniziative presso le parrocchie, i centri per anziani e lettere personali inviate dai MF.

Inoltre, al fine di raccogliere informazioni quanto più complete il questionario online ha offerto ai diversi referenti l'opportunità di esprimere, e mettere in comune, le proprie esperienze, le valutazioni positive e negative, e i suggerimenti per migliorare la campagna antinfluenzale. È emerso che la maggioranza delle ASL ritiene necessaria una formazione specifica degli operatori coinvolti nella campagna di vaccinazione, con attenzione particolare alle informazioni riguardanti le caratteristiche del vaccino (controindicazioni, reazioni avverse, specificità dei diversi tipi) e le strategie di intervento impiegate per raggiungere la popolazione a rischio.

Il punto di forza della campagna di prevenzione più frequentemente riferito dai partecipanti è stato la collaborazione tra ASL e MF. I giudizi negativi più frequentemente riferiti riguardavano invece l'informazione da parte dei mass-media, non sempre corretta e adeguata, e una congestione delle strutture vaccinali nel breve arco di tempo previsto per la campagna stagionale.

Questa indagine dimostra la possibilità di ottenere informazioni rilevanti per la sanità pubblica attraverso un questionario online in maniera tempestiva ed economica. Nel caso specifico le informazioni raccolte forniscono un quadro descrittivo delle strategie di offerta vaccinale, attraverso le quali i servizi di prevenzione delle ASL si prefiggono di migliorare, spesso in maniera originale, la copertura nelle diverse realtà territoriali. Inoltre, pur essendo stata la partecipazione volontaria, e quindi il campione di ASL partecipanti non selezionato su base statistica, il numero e la distribuzione territoriale delle ASL consentono di ottenere un quadro comune rappresentativo della situazione nazionale. A suggerirlo è anche la sostanziale sovrapposizione dei dati ottenuti sulla copertura vaccinale raggiunta negli ultra sessantacinquenni con i dati analoghi pubblicati dal Ministero della Salute.

Tra i risultati significativi dell'indagine, pur nella specificità e diversità delle varie realtà territoriali, emergono come elementi rilevanti per l'intero territorio nazionale l'aumento del numero di dosi acquistate per ASL, l'aumento della quota di vaccini frazionati adiuvati, un sostanziale abbandono dei vaccini interi, il coinvolgimento attivo dei MF, la ne-

cessità di ricorrere a ulteriori approvvigionamenti, la presenza a fine stagione di una quota consistente di dosi non utilizzate, l'assenza di registri nominali degli appartenenti alle categorie a cui offrire la vaccinazione.

Tali contributi risultano utili sia a una migliore programmazione delle campagne di vaccinazione, a partire dalla prossima ormai vicina, sia nell'eventualità di interventi straordinari come quelli previsti dal Piano Nazionale Pandemico.

La disponibilità di uno spazio virtuale conosciuto e preposto alla condivisione delle diverse esperienze in sanità pubblica, come il portale di Epicentro, consentirà di raccogliere in un forum elettronico i contributi delle ASL che avranno sviluppato con successo le loro strategie, ad esempio attraverso la creazione di registri delle persone a rischio, l'elaborazione di materiale informativo come poster o dépliant, o di nuove e creative strategie.

Si ringraziano i referenti delle ASL partecipanti: Piemonte: (Chiara Maria Rossi, ASL 1 Torino; Domenico Montù, ASL 17 Savigliano; Elena Moiso, ASL 2 Torino; Paola Bugatti, ASL Casale Monferrato; Giacomo Buzzone, Antonella Barale, Rossanna Manzino, Pierangela Ferrero, ASL Alessandria; Maria Marchisio, ASL Asti; Anna Bertorello, ASL Mondovì; Piero Bragazzi, ASL Vercelli; Marco Merlo, ASL Novi Ligure; Angelo Pellegrino, ASL Cuneo; Anna Musso, ASL Biella; Marzia Barengo, ASL Novara; Franco Giovanetti, ASL Alba; Edoardo Quaranta, ASL Verbania; Edoardo Tegani, ASL 3 Torino; Paolo Laurenti, ASL Pinerolo; Maria Pia Alibrandi, ASL Ivrea; Anna Scala, ASL Chieri; Maria Teresa Galatti, ASL Chiasso; Paolo Rosso, ASL Ciriè; Angela Gallone, ASL Collegno; Fernando Ferracane, ASL 4 Torino); Valle D'Aosta: (Luigi Sudano, ASL Valle D'Aosta); Lombardia: (Giuseppe Monaco, ASL 11 Monza); Provincia Autonoma di Trento: (Valter Carraro, ASL Trento); Veneto: (Andrea Todescato, ASL 6 Vicenza; Anna Puppo, ASL 9 Treviso; Maurizio Foroni, ASL 2 Villafranca); Friuli-Venezia Giulia: (Andrea Iob, ASL 3 - Alto Friuli; Daniela Gnesutta ASS n. 4 Medio Friuli, Emanuela Zamparo, ASS 6 - Friuli Occidentale); Emilia-Romagna: (Emanuela Fiumana, ASL Forlì; Anna Pecci, ASL Rimini; Anita Capra, ASL Piacenza; Roberto Rangoni, ASL Imola; Maria Luisa DiMaggio, AUSL Bologna; Patrizia Camerlengo, ASL Reggio Emilia; Anna Rosa Gianninoni, Azienda USL Città di Bologna; Barbara Bondi, AUSL Cesena; Andrea Lambertini, ASL Modena); Toscana: (Luigi Ricci, ASL 4 Prato); Umbria: (Oronza Concetta Penza, USL 2 Perugia); Marche: (Rossana Rossigni, ASL 4 Senigallia; Nadia Storti, ASL 5 Jesi; Giuseppe Moretti, ASL 10 Camerino); Lazio: (Patricia Porcelli, ASL Latina; Silvia Aquilani, ASL Viterbo; Annarita Bellomo, ASL RMD); Campania: (Paolo D'Argenio, ASL Benevento 1; Angelo D'Argenzio, ASL Caserta 2; Raffaele Palombino, ASL Napoli 4; Francesco Giugliano, ASL Napoli 5); Puglia: (Sante Minerba, ASL Taranto 1); Basilicata: (Maria Lucia Graziano, ASL 1 Venosa; Polani, ASL 2 Potenza; Marandola, ASL 3 Lagonegro; Moliterni, ASL 4 Matera; Teresa Russo, ASL 5 Montalbano Jonico); Calabria: (Rubens Curia, Regione Calabria; Francesca Scrivano, ASL 1 Paola; Franca Aloia, ASL 2 Castrovillari; Vincenzo Gaudio, ASL 3 Rossano; Rosanna Fortino, ASL 4 Cosenza; ASL 5 Crotona; Bruno Monaco, ASL 6 Lamezia Terme; Claudia Gabriele, ASL 7 Catanzaro; Cesare Pasqua, ASL 8 Vibo Valentia; Pier Domenico Mammi, ASL 9 Locri; Adele Carbone, ASL 10 Palmi; Sandro Giuffrida, ASL 11 Reggio Calabria); Sicilia: (Filippo Giurdanella, ASL 7 Ragusa); Sardegna: (Francesco Congiu, Antonio Frailis, AUSL Sanluri).

VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DELLE NUOVE NORME DEL CODICE DELLA STRADA

Marco Giustini

*Dipartimento di Ambiente
e Connessa Prevenzione Primaria, ISS*

Nel luglio 2003 è entrato in vigore il Decreto sul nuovo codice della strada, successivamente convertito in legge il 1° agosto. Il nuovo codice che ha introdotto la patente a punti, prevede che alla patente vengano assegnati 20 punti decurtabili a ogni infrazione della legge. I punti da decurtare possono essere da uno a dieci: un punto viene dedotto, ad esempio, per aver tenuto i fari spenti quando invece è obbligatorio accenderli, 5 punti per il mancato uso delle cinture di sicurezza, 10 punti per guida in stato di ebbrezza.

Una valutazione svolta nel novembre 2003 (1) ha dimostrato che la nuova legge ha avuto come effetto un'immediata notevole riduzione del numero di incidenti e delle loro conseguenze nel periodo luglio-ottobre 2003 rispetto all'analogo periodo dei due anni precedenti, con una diminuzione di circa il 19% degli incidenti, e una diminuzione ancora più consistente del numero dei morti (28%) e dei feriti (21%).

I dati relativi al primo anno di applicazione della patente a punti (sostanzialmente relativi agli ambienti stradali "autostrade", "strade statali" e "strade provinciali", che nel seguito saranno indicati complessivamente con l'acronimo ASP), dimostrano che se confrontato con il periodo luglio 2002 a giugno 2003, il numero di incidenti occorsi negli stessi mesi nel periodo 2003-2004 è diminuito del 14,5% (da 189 181 a 161 696), una differenza assoluta di -27 485. Nello stesso periodo, i decessi sono diminuiti del 18,8% (da 4 569 a 3 712, differenza assoluta -857), e anche i feriti sono diminuiti del 17,9% (da 136 733 a 112 228, differenza assoluta -24 505).

Naturalmente, l'effetto non è stato uniforme nel corso dell'anno. Nei primi mesi dell'applicazione della legge (luglio-settembre 2003), la diminuzione degli incidenti rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente è stata assai più marcata (tra il 25% e il 30% a seconda dell'indicatore sanitario prescelto), successivamente, si è riscontata una riduzione dell'effetto anche se poi la situazione è sembrata stabilizzarsi (Figura).

Dai risultati del progetto DATIS (DATI Incidenti Stradali) è stato stimato che a ogni morto corrispondono almeno 2 invalidi gravi (nella gran parte relativi a traumi cranio-encefalici e spinali) e circa 20 ospedalizzazioni. Applicando questi rapporti è possibile stimare che, relativamente alle ASP, nei primi 12 mesi vi siano stati, oltre ai 857 morti in meno, anche circa 1 700 invalidità gravi e 17 000 ricoveri evitati. Il beneficio economico com-

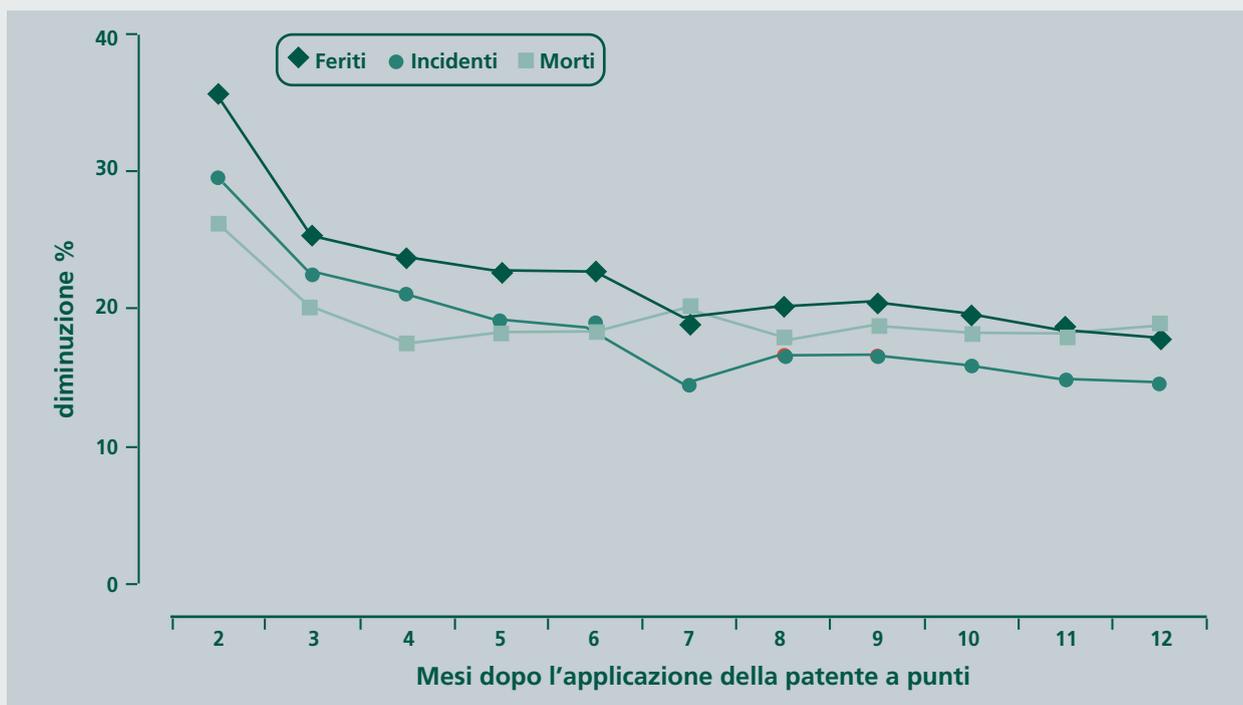


Figura - Diminuzione del numero di incidenti, feriti e morti indotta dalla patente a punti. I valori relativi agli anni 2003-2004, successivi all'introduzione della nuova legge, sono stati calcolati per ogni mese confrontando i dati relativi allo stesso periodo nel 2002-2003

plessivo che si evidenzia in base alle voci considerate, già acquisito al 30 giugno 2004 e relativo a quanto accaduto in ambito extraurbano, in termini di perdita di capacità produttiva evitata e di costi di assistenza sanitaria risparmiati, risulta essere pari a circa 1,2 miliardi di euro.

Poco si sa circa gli effetti della patente a punti sulla riduzione degli incidenti stradali in zona urbana. Certamente le dinamiche della circolazione stradale appaiono assai differenti tra le due realtà, tuttavia il forte incremento dell'uso dei dispositivi di sicurezza concomitante con l'avvento della patente a punti osservato proprio in città, unitamente al fatto che le velocità mediamente più basse della circolazione urbana rendono tali dispositivi più efficaci, porta a ritenere che il beneficio ipotizzabile in ambiente urbano non sia inferiore a quello registrato fuori città.

Tuttavia, applicando le stesse diminuzioni osservate nelle ASP alle zone urbane, si può stimare che la nuova legge complessivamente consentirebbe di evitare 1 391 morti, 2 782 invalidità gravi, e 27 824 ricoveri, con un beneficio economico totale di quasi 2 miliardi di euro nel primo anno dall'introduzione della legge.

Esistono evidenze certe sul fatto che la nuova legge e la sua applicazione abbia portato a una riduzione del numero di morti dovuti a incidenti stradali (2).

I dati relativi ai primi 12 mesi di patente a punti indicano una sostanziale diminuzione del numero di incidenti, feriti, e morti. Si osservi che quanto osservato in Italia è paragonabile a quanto è accaduto in Irlanda dove la patente a punti è stata introdotta nel novembre 2002 e ha prodotto una riduzione del 19% del numero di morti e del 21% dei feriti gravi (3).

Ovviamente anche un sistema come la patente a punti per essere efficace nel tempo ha bisogno di essere accompagnato da un'organica strategia repressiva. Non a caso nell'ultimo anno le infrazioni contestate da Polizia Stradale e Carabinieri su strade extraurbane sono state oltre 3 milioni, mentre i punti tolti sono stati oltre 2 milioni e mezzo. Proseguire su questa strada non abbassando la guardia sui controlli è quindi condizione necessaria per avvicinarci all'obiettivo fissato dall'Unione Europea di una riduzione del 50% dell'incidentalità stradale entro il 2010.

Riferimenti bibliografici

1. Giustini M, Pitidis A, Taggi F. Valutazione di efficacia delle nuove norme del codice della strada. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* - Insetto BEN 2003;16(11). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2003/novembre2003/1.htm>
2. Task Force on Community Preventive Services. Motor-vehicle occupant injury: strategies for increasing use of child safety seats, increasing use of safety belts and reducing alcohol-impaired driving. *MMWR* 2000;49(RR-12):1-11. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5007a1.htm>.
3. Department of Transportation. Road safety in Ireland. Disponibile all'indirizzo: http://www.business2000.ie/cases/cases_7th/case11.htm#04.

Comitato editoriale BEN

**Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Stefania Salmasso**

e-Mail: ben@iss.it