Inserto BEN
Bollettino Epidemiologico Nazionale

SORVEGLIANZE NAZIONALI

STUDIO DI AVANZAMENTO DEL PIANO NAZIONALE DI ELIMINAZIONE DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA CONGENITA

Marta Ciofi degli Atti[1], Antonietta Filia[1], Loredana Nicoletti[2], Antonio Ferro[3], Elisabetta Franco[4], Gualtiero Grilli[5], Alfredo Guarino[6], Stefania Iannazzo[7], Anna Pavan[8], Renato Pizzuti[9], Maria Grazia Pompa[7]

[1]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS
[2]Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS
[3]Servizio Sanità Pubblica, Regione Veneto, Venezia
[4]Università degli Studi di "Tor Vergata", Roma
[5]Servizio Sanità Pubblica, Regione Marche
[6]Università degli Studi "Federico II", Napoli
[7]Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma
[8]Direzione Regionale Sanità, Regione Lombardia, Milano
[9]Osservatorio Epidemiologico Regionale, Regione Campania, Napoli

Nel 2003, in Italia, è stato approvato il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEM), con gli obiettivi di interrompere la trasmissione indigena del morbillo e ridurre l'incidenza della rosolia congenita a < 1 caso/100.000 nati vivi, entro il 2007 (1). Le strategie previste dal Piano includono: 1) il miglioramento delle coperture vaccinali per la prima dose di morbillo, parotite e rosolia (MPR) entro i due anni di età; 2) la vaccinazione dei bambini e ragazzi più grandi, incluso il recupero dei bambini e ragazzi non vaccinati in precedenza e la vaccinazione con la seconda dose di MPR a 5-6 anni o a 11-12 anni di età (1). Una particolare attenzione viene inoltre rivolta al miglioramento della sorveglianza delle malattie prevenibili ed alla vaccinazione delle donne in età fertile per la prevenzione della rosolia congenita.

In questo articolo vengono presentati i dati sullo stato di avanzamento del PNEM ai livelli nazionale e regionale. In particolare, vengono presentati i dati di copertura vaccinale nei bambini <2 anni di età ed in età scolare, e l'andamento delle notifiche per morbillo e rosolia, includendo la rosolia in gravidanza e la rosolia congenita.

Gli obiettivi intermedi del PNEM prevedevano di raggiungere, sia a livello nazionale che in ogni regione, una copertura del 90% entro il 2005. Per il 2005, i dati routinari mostrano una media nazionale pesata dell'89% (range per regione: 58-93%). Le regioni che hanno raggiunto il target del 90% sono state otto, dieci regioni hanno coperture tra 85 e 89% e tre <85%.

La campagna straordinaria prevedeva nel 2004 la vaccinazione delle coorti di nascita 1993-97 e nel 2005 delle coorti 1991-92. Le attività straordinarie di vaccinazione sono state condotte in 19 regioni. I bambini target della vaccinazione, nelle coorti di nascita 1991-97, erano 2.544.386; il loro stato vaccinale è stato valutato prima e dopo le attività di recupero. In media, la copertura vaccinale per la prima dose è aumentata dal 71% all'81%, mentre quella per la seconda dose è passata dal 15% al 39%.

I dati di sorveglianza relativi sia alle notifiche obbligatorie che alla rete sentinella SPES (Sorveglianza Pediatri Sentinella) mostrano una diminuzione dell'incidenza di morbillo dopo l'implementazione del PNEM (Figura).

Dall'analisi delle notifiche obbligatorie emerge che i casi di morbillo segnalati sono stati 686 nel 2004 e 215 nel 2005 (2). Il numero di casi notificati è quindi in netta diminuzione ed ha toccato nel 2005 il minimo storico, con un'incidenza di 0,4/100.000 abitanti.

I risultati della rete sentinella SPES confermano la diminuzione di incidenza, che nei bambini fino a 14 anni è stata di 61/100.000 nel 2004 e di 4/100.000 sia nel 2005 che nel 2006. Va tuttavia notato che negli anni 2005 e 2006 sono stati segnalati, rispettivamente, solo 9 e 10 casi, su una popolazione media di circa 205.000 bambini in sorveglianza. La stima di incidenza è quindi basata su un numero di casi molto modesto e va interpretata con cautela.

Nel 2006, i dati provvisori del SIMI (Sistema Informatizzato Malattie Infettive), riferiti a 15 regioni, mostrano 254 casi. Il numero di casi SIMI relativi al primo semestre del 2006 è maggiore rispetto al numero di casi notificati al Ministero della Salute nel primo semestre del 2005 (183 rispetto a 170 casi). Questo aumento è presumibilmente attribuibile alla presenza di focolai epidemici in diverse regioni italiane (Toscana, P.A. ▶

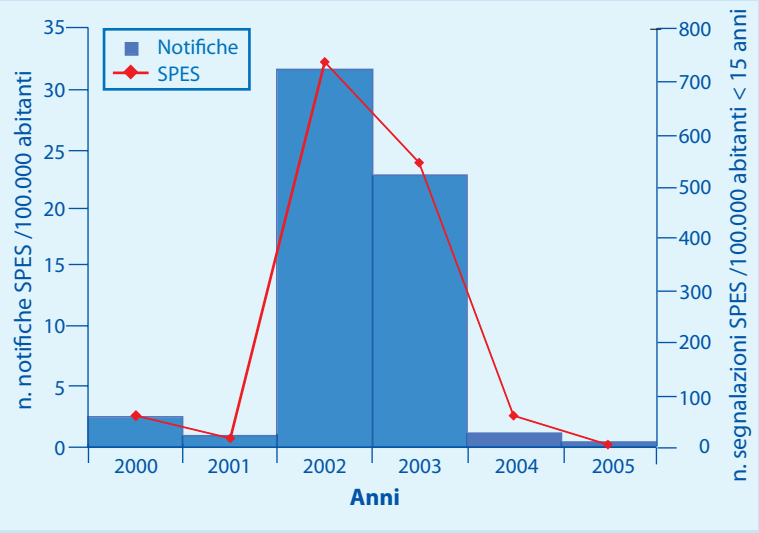

Figura - Numero delle notifiche/100.000 abitanti e numero delle segnalazioni SPES/100.000 bambini <15 anni di età, Italia 2000-05

di Bolzano, Lazio, Sardegna e Veneto), che hanno interessato soprattutto comunità di nomadi (3).

Inoltre, nel 2006 è migliorato il ricorso al laboratorio nazionale di riferimento (ISS) per la conferma della diagnosi di morbillo. Nel corso del 2006, infatti, il laboratorio di riferimento ha ricevuto campioni biologici da 7 regioni, relativi a 128 casi di sospetto morbillo, di cui 94 sono stati confermati.

Anche i casi di rosolia sono in diminuzione, con 461 notifiche nel 2004 e 139 nel 2005 (dati provvisori Ministero della Salute). Oltre il 70% di questi casi si è verificato nei bambini tra 0 e 14 anni (rispettivamente, 325 e 107 casi, pari ad incidenze di 4 ed 1/100.000). I dati SPES mostrano incidenze di 29 casi per 100.000 bambini in sorveglianza nel 2004 e 10 casi/100.000 bambini sia nel 2005 che nel 2006.

Un'indagine sieroepidemiologica condotta a livello nazionale nel 2004 ha mostrato come la proporzione di individui immuni alla rosolia, nella fascia di età 1-14 anni, sia significativamente aumentata rispetto al 1996 (82% nel 2004 vs 62% nel 1996), effetto dell'incremento dell'attività vaccinale in età pediatrica (4). Nessun cambiamento rispetto al 2006 è stato rilevato, invece, nei soggetti con oltre 14 anni e in particolare va segnalato che anche la proporzione di donne in età fertile suscettibili alla rosolia è rimasta stabile, intorno al 10%.

Dal 1° gennaio 2005 è stata introdotta la notifica obbligatoria della sindrome/infezione da rosolia congenita e della rosolia in gravidanza. Al 30 dicembre 2006, sono stati segnalati 37 casi di sospetta rosolia in gravidanza (25 segnalazioni nel 2005 e 12 nel 2006), da cinque regioni. Solo tre delle gestanti erano state precedentemente vaccinate e solo 10 avevano eseguito lo screening preconcezionale; 22 delle gestanti avevano avuto precedenti gravidanze.

Dei 37 casi sospetti, 16 sono rimasti tali (perché non è stato possibile classificare il caso con le informazioni a disposizione), 7 sono stati confermati, mentre in 14 gestanti è stata esclusa l'infezione. L'infezione congenita è stata confermata in due neonati (entrambi nati da donne straniere con infezione confermata), mentre un terzo neonato che presentava sintomi ma senza conferma di laboratorio è stato classificato come probabile. Questi tre bambini con infezione congenita confermata/probabile sono nati tutti nel 2005, mentre nel 2006 non ci sono stati casi di rosolia congenita confermata/probabile. Inoltre, due donne, una con infezione non confermata e una con diagnosi sospetta, hanno interrotto la gravidanza entro la 12ª settimana.

I dati presentati mostrano i continui progressi verso il raggiungimento degli obiettivi del PNEM, resi possibili grazie al continuo coinvolgimento delle autorità sanitarie regionali e degli operatori delle ASL. Le coperture vaccinali continuano infatti ad aumentare, anche se gli obiettivi intermedi del Piano non sono stati tutti raggiunti.

I dati di sorveglianza mostrano come l'incidenza di morbillo e rosolia sia ai minimi storici. Tuttavia continuano a verificarsi focolai epidemici, soprattutto tra popolazioni vulnerabili come i nomadi. I recenti focolai sono stati rilevati grazie alla migliorata sorveglianza da parte delle autorità sanitarie locali ed in tutti questi episodi sono state effettuate le indagini di laboratorio, con isolamento e tipizzazione del virus del morbillo.

Per quanto riguarda la rosolia invece, la proporzione di donne in età fertile suscettibili alla rosolia è ancora superiore al target del 5% e continuano a verificarsi casi di rosolia in gravidanza. Inoltre, uno studio effettuato nel 2005 ha rilevato che oltre il 40% delle donne di età 18-45 anni intervistate non conosceva il proprio stato immunitario verso la rosolia (5). Infine, è da notare che le notifiche da rosolia in gravidanza provengono da pochi centri facendo ipotizzare che il numero di casi sia largamente sottostimato.

Le seguenti attività sono quindi fondamentali per raggiungere i prossimi obiettivi del Piano:

- attuazione delle misure di comprovata efficacia per aumentare le coperture vaccinali, quali la chiamata attiva dei soggetti da vaccinare;
- miglioramento dell'indagine e della segnalazione dei casi di morbillo e rosolia con l'adozione di una scheda standard per l'indagine epidemiologica;
- miglioramento delle informazioni raccolte sulle coperture vaccinali per MPR. È importante che vengano rilevate routinariamente, su base annuale, anche le coperture vaccinali per le seconde dosi di MPR nei bambini di 7 anni. Inoltre sarebbe utile svolgere un'indagine campionaria ad-hoc per valutare la copertura vaccinale per MPR e per il richiamo contro difterite e tetano nei ragazzi di 15-16 anni;
- sviluppo di strategie specifiche e attività vaccinali mirate per aumentare le coperture vaccinali nelle popolazioni vulnerabili, come per esempio i nomadi;
- sviluppo di strategie per l'accertamento dello stato immunitario delle donne in età fertile e la vaccinazione delle donne suscettibili alla rosolia (cioè che non hanno una evidenza sierologica di immunità o una documentata vaccinazione), incluse le puerpere e le donne che

effettuano un'interruzione di gravidanza, le donne immigrate e le donne esposte a rischio professionale (operatori sanitari e delle scuole);
- miglioramento della segnalazione e dell'indagine dei casi di rosolia in gravidanza. ■

Riferimenti bibliografici

1. Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita. Disponibile all'indirizzo: http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/files/file_mal_inf/camp_vacc_morb_pa_ro/piano_eliminazione_morbillo.pdf
2. EUVAC.NET. Measles surveillance annual report 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.euvac.net/graphics/euvac/pdf/annual_2005.pdf
3. Filia A, Curtale F, Kreidl P, et al. Cluster of measles cases in the Roma/Sinti population in Italy, June-September 2006. EuroSurveillance 2006;11(10):E061012.2. Disponibile all'indirizzo: http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/061012.asp#2
4. Giambi C, Rota MC, Bella A, et al. Epidemiologia della rosolia in Italia negli anni 1998-2004. Ann Ig 2007 (in stampa).
5. Gallo T, Ciofi degli Atti M, Bertozzi N, et al. La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello Studio Passi. Not Ist Super Sanità - Inserto BEN 2006;19(4):vii-viii. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/aprile/5.asp

STUDI DAL TERRITORIO

CONOSCENZE, ATTITUDINI E COMPORTAMENTI NEI RIGUARDI DEL FUMO DI TABACCO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA. TRIESTE, 2005

Riccardo Tominz, Claudio Poropat, Annamaria Piscanc, Matteo Bovenzi
Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina, Trieste

Il medico che conduce uno stile di vita salubre influenza positivamente l'attitudine del paziente e lo motiva ad abitudini corrette (1). Inoltre il fumare, per un medico, risulta essere un importante fattore predittivo di come siano percepiti comportamenti dannosi alla salute da parte del paziente (2).

In Italia sono disponibili solo pochi studi su abitudini al fumo, opinioni ed attività di prevenzione del tabagismo fra i medici di famiglia (3-4). Per questo motivo abbiamo condotto un'indagine fra i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS) della provincia di Trieste, con l'obiettivo di stimare la percentuale di fumatori in questo gruppo, valutare la percezione del rischio associato al fumo di tabacco, indagare l'esperienza e le attitudini riguardo alla legge del 2003 che ha vietato il fumo nei luoghi chiusi aperti al pubblico. Nel caso di medici fumatori abbiamo anche indagato il loro comportamento in seguito all'entrata in vigore della legge.

Nel mese di settembre del 2005, è stato inviato un questionario a tutti i MMG/PLS della Provincia. Il questionario era anonimo, ma recava un numero identificativo per permettere ai ricercatori di ricontattare i non rispondenti. Questa operazione è stata effettuata dapprima per posta e, quindi, con solleciti telefonici. Un confronto è stato eseguito con i risultati dello Studio PASSI 2006 dell'ASL di Trieste (dati in pubblicazione), per i residenti nella popolazione generale nella stessa fascia di età e con un livello di istruzione elevato.

In tutto hanno partecipato all'indagine 236 medici: 213 MMG su 225 (95%) e 23 PLS su 23 (100%).

Le caratteristiche dei partecipanti sono illustrate in Tabella. Le distribuzioni di età e genere fra i partecipanti sono sovrapponibili a quelle della popolazione generale di scolarità elevata.

La percentuale di fumatori fra i MMG ed i PLS era 19%, contro il 27% della popolazione generale con scolarità alta (Studio PASSI 2006). La differenza non è imputabile tanto alla categoria "mai fumatore" (48% tra i medici vs 54% nella popolazione generale) quanto a quella degli "ex fumatori" che è tra i medici del 33% vs il 19% nella popolazione generale.

Le percentuali di fumatori erano praticamente uguali nei due sessi ▶

Tabella - Caratteristiche degli intervistati - Trieste, 2005

Caratteristiche	Medici (n. 236)
Maschi	63%
Anzianità di laurea <25 anni	51%
Età, media (± DS)*	51,3 anni (± 5,9)
Fumo	
Attuale	19% (IC 95%: 14%-25%)
Ex fumatore	33% (IC 95%: 27%-39%)
Mai fumatore	48% (IC 95%: 42%-55%)
Sigarette fumate, media (± DS)*	11,5 (± 8,0)
Tipo di fumo**	
Sigarette	87% (IC 95%: 73%-95%)
Pipa	7% (IC 95%: 1%-18%)
Sigari	13% (IC 95%: 5%-27%)

(*) Deviazione standard
(**) Il totale è maggiore di 100 in quanto è possibile fumare il tabacco in più modi

(20% fra le donne, 19% fra gli uomini); nella popolazione generale con scolarità alta le percentuali erano, rispettivamente, 29% e 25%. In questa stessa popolazione generale la percentuale di fumatori diminuiva con l'età. Fra i medici, invece, considerando l'anzianità di laurea come proxy per l'età, la percentuale di fumatori restava invariata nelle due classi considerate (< 25 anni e ≥ 25 anni), mentre variavano di molto le percentuali degli ex e dei mai fumatori che, con l'aumentare dell'anzianità di laurea, passavano per gli ex fumatori da 21% a 43% e, per i mai fumatori, da 61% a 39%.

L'87% dei 45 fumatori fumava sigarette. Sigari e pipa erano utilizzati dal 13% e dal 7%, rispettivamente. È evidente che una piccola percentuale usava più tipologie di fumo. Per quanto concerne le sigarette il numero medio pro die era 12, contro 13 nella popolazione generale della stessa età e con educazione elevata.

Sette MMG/PLS affermavano di fumare durante il lavoro (16%). Erano per lo più maschi, laureati da meno di 25 anni e hanno dichiarato che i loro colleghi/utenti/visitatori tendevano a non rispettare il divieto di fumo. Per lo più affermavano di fumare in luoghi aperti, ma due riferivano di farlo anche al chiuso.

Riguardo la percezione del rischio associato all'esposizione al fumo passivo, era avvertita come un pericolo reale dall'82% degli intervistati. Non vi erano differenze tra maschi e femmine, classi di età o di anzianità di laurea. Lo stato di fumatore, comunque, influiva sulla percezione del rischio: gli ex ed i mai fumatori risultavano attenti ai rischi da fumo passivo in una percentuale dell'85%, mentre i fumatori ne erano consapevoli in una percentuale del 66% ($p<0,01$).

La maggior parte dei medici pensava che la legge avesse un effetto sull'abitudine al fumo della popolazione generale. Il 75% dei MMG/PLS riteneva che la norma anti fumo potesse far fumare di meno le persone o addirittura farle smettere di fumare. La percentuale di coloro che credevano nell'efficacia della legge era maggiore fra i non fumatori (ex e mai fumatori) vs i fumatori (79% e 58% rispettivamente, $p < 0,01$). Quanto al rispetto della legge che vieta il fumo, l'83% dei MMG/PLS riferiva che colleghi/utenti/visitatori la rispettavano sempre; questo dato va confrontato con il 77% che risultava quando la medesima domanda relativa ai luoghi di lavoro era posta alla popolazione generale.

Dopo l'entrata in vigore della legge sul fumo otto MMG/PLS (19% dei fumatori) riferivano di aver ridotto il fumo, tre di averlo aumentato e quattro (9%) avevano provato a smettere definitivamente. Di questi, tre avevano ricevuto il consiglio di smettere da parte di colleghi. Dei 76 ex fumatori 7 (9%) avevano smesso nel 2004, nessuno nel 2005.

La percentuale di medici di famiglia fumatori, a Trieste, è sostanzialmente in linea con i dati di precedenti indagini svolte in Italia (3) ed in Lombardia (4). Una considerazione importante sta nella percentuale di rispondenti (95% per gli MMG e 100% per i PLS), che dimostra comunque una notevole attenzione al problema.

Il nostro studio ha confermato che i medici fumano meno della popolazione generale dello stesso livello di scolarità ed età, anche se il divario è molto meno marcato di quanto rilevato, ad esempio, in Svizzera (2), dove la percentuale di fumatori fra i medici era del 12% a fronte del 30% nella popolazione generale. Viceversa la percentuale di ex fumatori fra i medici di Trieste era maggiore (33%) sia di quella fra i medici svizzeri (22%) sia di quella nella popolazione generale della città. Inoltre, i giovani medici fumano in percentuale simile a quelli più anziani, proprio perché sono questi ultimi, come ci si poteva aspettare, ad avere una maggiore percentuale di ex fumatori.

Fino a qualche anno fa i medici fumavano come e più della popolazione. L'attuale riduzione qui misurata è significativa di una buona conoscenza dei problemi fumo-correlati e di una buona capacità di cambiamento. Questo può anche essere provato dall'uso di sigari e pipa, probabilmente considerati meno dannosi delle sigarette, rispetto alla popolazione generale, di cui lo 0,2% è fumatore abituale di pipa o sigari (5). A Trieste fra i MMG/PLS, così come nella popolazione generale, la percentuale di fumatrici uguaglia o supera quella dei fumatori. Per quanto invece concerne il numero di sigarette fumate il dato per i medici era sovrapponibile a quello ricavato dallo Studio PASSI nel 2006 nella popolazione generale di Trieste della stessa età e con livello di istruzione elevato.

Gli operatori della sanità che fumano tendono a sottostimare il rischio del tabacco rispetto ai non fumatori (6). Anche fra i nostri intervistati i medici fumatori ritenevano meno efficace la recente legge del 2003 sul divieto di fumo rispetto ai colleghi non fumatori. In generale il rispetto del divieto da parte dell'utenza era osservato in misura solo lievemente superiore rispetto alla popolazione generale. Il dato realisticamente atteso avrebbe dovuto essere, in questo particolare setting, del 100%.

In conclusione, il trend di disassuefazione al fumo tra i medici era buono. Ciò nonostante sarebbero necessari sforzi ulteriori per aiutare i colleghi intenzionati a smettere di fumare. Programmi specifici di cura rivolti ai medici sarebbero auspicabili, anche perché è ben difficile che un medico fumatore possa essere un valido counsellor per il proprio paziente nel campo del tabagismo. ■

Riferimenti bibliografici

1. Frank E. Physician health and patient care. JAMA 2004;291:637.
2. Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, et al. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. BMC Public Health 2007;12(7):5.
3. Pizzo AM, Chellini E, Grazzini G, et al. Italian general practitioners and smoking cessation strategies. Tumori 2003;89(3):250-4.
4. Pretti G, Roncarolo F, Bonfanti M, et al. Survey among GP's about their smoking habits, opinions and behaviours in smoking prevention in Lombardy (Northern Italy). Epidemiol Prev 2006;30(6):343-7.
5. Doxa: Il fumo in Italia, aprile 2001. disponibile all'indirizzo: www.doxa.it/italiano/inchieste/fumo/tav1
6. Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, et al. The influence of personal tobacco smoking on the clinical practice of Italian chest physicians. Eur Respir J 1998;12(6):1450-3.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini, Stefania Salmaso

e-mail: ben@iss.it