



STUDI DAL TERRITORIO

OSPEDALIZZAZIONE PER VARICELLA IN SICILIA DOPO L'INTRODUZIONE DELLA VACCINAZIONE

Mario Cuccia¹, Sebastiano Pollina Addario², Achille Cernigliaro² e Viviana Palmigiano³

¹Servizio di Epidemiologia, AUSL 3, Catania

²Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, Regione Sicilia, Palermo

³Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Catania

La varicella è una malattia infettiva, tipica dell'infanzia, caratterizzata da un'elevata contagiosità ($R_0 = 12-14$) e morbosità e da una bassa mortalità. Il decorso clinico è più severo nei soggetti affetti da immunodeficienza ed in età adolescenziale ed adulta.

In Italia, i soggetti di 11-14 anni sieronegativi al virus della varicella sono circa il 20% (1), mentre nei Paesi nord-europei non superano il 10%. L'elevata contagiosità impone che, per mirare ad interrompere la circolazione del virus, bisogna conseguire elevate coperture vaccinali (>80%), al fine di evitare un avanzamento dell'età dell'infezione.

La regione Sicilia, con apposita normativa (2), ha inserito nel proprio calendario vaccinale la vaccinazione antivari-cella con la seguente strategia:

- offerta attiva e gratuita (da gennaio 2003) del vaccino ai nuovi nati nel corso del 15° mese di vita;
- offerta attiva e gratuita ai dodicenni anamnestico-negativi a partire dalla coorte del 1991;
- offerta gratuita non attiva a tutti i soggetti suscettibili appartenenti a coorti precedenti.

Nel corso della campagna vaccinale è stato utilizzato il vaccino Varivax®.

La copertura vaccinale è progressivamente cresciuta e nella coorte del 2005 ha raggiunto un valore medio regionale del 70% (intervallo 54,2-87,5% nelle nove province siciliane).

A cinque anni dall'introduzione, il Servizio di Epidemiologia dell'AUSL 3 di Catania ha condotto un'indagine osser-

vazionale retrospettiva, per stimare l'effetto della vaccinazione sulla frequenza di casi di varicella che richiedono ricovero in ospedale. Considerando i limiti di sensibilità dei sistemi di notifica della malattia, si è ritenuto più valido utilizzare i ricoveri per varicella come *endpoint* per la misura dell'impatto della vaccinazione.

L'indagine è stata realizzata mediante lo studio dell'andamento dei ricoveri per varicella registrati dal 2002 al 2007 nei residenti nella regione Sicilia, tramite l'analisi del database delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) presso l'Assessorato regionale alla Sanità, con le seguenti fasi:

- selezione delle SDO con associata diagnosi di varicella codice ICD-9:0.52 (verifica effettuata dalla prima alla quinta diagnosi);
- mediante il software Excel si è proceduto a disaggregare i dati dei ricoveri sulla base delle seguenti fasce d'età: 0-15 mesi (non vaccinabili), 16-48 mesi, 5-14 anni, 15-40 anni, >40 anni;
- stratificazione dei ricoveri in base alla gravità clinica utilizzando le seguenti definizioni:
varicella non complicata: SDO riportante il solo codice 0.52.9 (varicella senza menzione di complicazioni);
varicella complicata: SDO riportante uno dei seguenti codici: 052.0 (encefalite postvaricella), 052.1 (polmonite emorragica da varicella), 052.7 (varicella con altre complicazioni specificate), 052.8 (varicella con complicazioni non specificate).

Limitatamente ai residenti nella provincia di Catania, è stata effettuata la verifica della copertura vaccinale dei soggetti ricoverati per varicella presso l'anagrafe vaccinale provinciale.

Sono stati selezionati 1.200 ricoveri: 995 non complicati e 205 complicati.

Considerando come *baseline* i 346 ricoveri del 2002 (anno immediatamente antecedente all'inizio dell'offerta) è stata registrata una riduzione sin dal 2003 che si è confermata negli anni successivi. In particolare, per i ricoveri non complicati la riduzione (Figura) è stata del 32% nel 2003, del 36% nel 2004, del 52% nel 2005, del 54% nel 2006 e dell'80% nel 2007 rispetto al valore iniziale del 2002. Analogamente, per i ricoveri complicati si è osservato la stessa tendenza, del 7% nel 2003, del 30% nel 2004, del 61% nel 2005, del 67% nel 2006 e del 75% nel 2007 rispetto al valore iniziale del 2002. Per quanto riguarda l'andamento complessivo dei ricoveri per fasce d'età si è riscontrato che:

- in quella dei non vaccinabili (0-15 mesi) si è passati dai 69 casi del 2002 ai 14 (-79%) del 2007, nessuno dei quali complicato;
- nella fascia d'età (16-48 mesi) si è passati dai 100 casi del 2002 ai 5 (-95%) del 2007;
- nelle due fasce (15-40 anni) per le quali non è prevista un'offerta attiva, si è passati dai 94 casi del 2002 ai 39 (-58%) del 2007;
- nella fascia >40, *baseline* 12 ricoveri nel 2002, il numero dei ricoveri appare sostanzialmente stabile dopo ▶

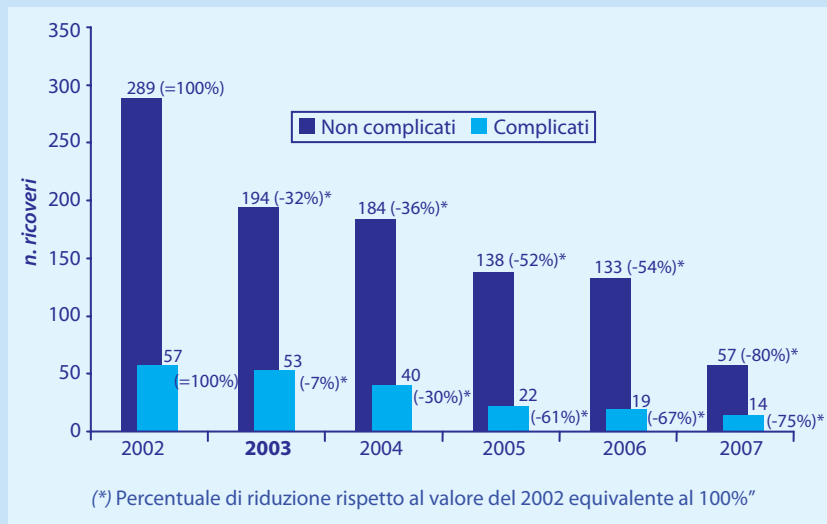


Figura - Ricoveri per varicella, complicati e non, in residenti nella regione Sicilia (anni 2002-07)

l'introduzione della vaccinazione, oscillando fra un massimo di 18 casi (2004) ed un minimo di 8 (2006).

In particolare, tra gli over 40 sono stati rilevati in totale 77 casi (2002-07), 19 dei quali complicati. Fra questi ultimi: 3 casi appaiono dubbi per misclassificazione, contemporanea presenza del codice va-

ricella (052) e del codice herpes zoster (053); 14 casi sono associati a diagnosi di leucemie, linfomi e mielomi, dei quali 5 sottoposti a trapianto. Pertanto, in tali casi la diagnosi di varicella potrebbe corrispondere a: herpes zoster esteso, seconda prima varicella, seconda varicella (rara, ma possibile).

La verifica dello stato vaccinale, effettuata solo per i residenti nella provincia di Catania, ha evidenziato che tutti i ricoverati (192) risultavano non vaccinati.

In conclusione, lo studio dimostra che attualmente in Sicilia la vaccinazione antivariella è efficace nella riduzione dei ricoveri per varicella, sia complicati che non.

La vaccinazione, inoltre, è ad oggi associata ad una riduzione dei ricoveri anche nelle fasce di età non direttamente interessate dall'offerta vaccinale: età 0-15 mesi e fra i 15 e i 40 anni, cui la vaccinazione non è offerta attivamente. L'andamento dei ricoveri per varicella negli over 40 non appare modificato. Sarà opportuno un ulteriore approfondimento di tali casi anche nel futuro, dato che eventuali spostamenti di incidenza sono previsti nell'arco di vari anni dall'introduzione della vaccinazione nelle coorti di età più giovani.

Riferimenti bibliografici

1. Gabutti G, Penna C, Rossi M, *et al.* The seroepidemiology of varicella in Italy. *Epidemiol Infect* 2001;126(3):433-40.
2. Regione Sicilia. Circolare regionale del 22 luglio 2002, n. 1087. *Gazzetta Ufficiale Regione Siciliana*, 16 agosto 2002.

LA COMUNICAZIONE IN AMBITO VACCINALE: INDAGINE CONOSCITIVA NELL'AZIENDA USL DI RIMINI

Nunzia Bruno¹, Antonella Campolattano², Margherita Carbellotti³ e Michela Morri²

¹Ospedale Infermi, Rimini

²Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL, Rimini

³Dipartimento Cure Primarie, Azienda USL, Rimini

La comunicazione riveste un ruolo importante nell'ambito delle vaccinazioni in età pediatrica (0-14 anni), dove il genitore si trova a dover assumere la responsabilità di una scelta che condiziona la salute del proprio figlio. La comunicazione, inoltre, ha assunto un ruolo rilevante in seguito alla disponibilità di nuovi vaccini che si sono aggiunti a quelli in uso da tempo e all'evoluzione dell'epidemiologia delle malattie bersaglio, per le quali, a seguito dell'introduzione della vaccinazione estensiva, abbiamo assistito ad un trend decrescente fino a giungere, in alcuni casi, all'eradicazione.

L'Azienda Usl di Rimini ha effettuato uno studio dal titolo "Come e quando vengono informati i genitori sulle vaccinazioni", con l'obiettivo di analizzare i momenti che caratterizzano la comunicazione nell'attività vaccinale dell'età pediatrica e le figure professionali in essa coinvolte. In particolare, l'obiettivo era descrivere il flusso e le caratteristiche delle informazioni ricevute prima e durante la seduta vaccinale. Sono state quindi verificate la tempistica, la fonte di informazione, la percezione di esaustività dell'informazione ricevuta e la qualità del colloquio pre-vaccinale (tempo dedicato, linguaggio utilizzato, grado di comple-

tezza dell'informazione e di competenza dell'operatore sanitario, conoscenza delle vaccinazioni da parte dei genitori). L'indagine si è svolta nel periodo aprile-agosto 2008 presso gli ambulatori delle vaccinazioni pediatriche dell'Azienda USL di Rimini. È stato ritenuto significativo un campione pari al 10% dei nuovi nati nella provincia di Rimini (2.868 nel 2007, fonte anagrafe assistiti), perciò si è cautelativamente deciso di procedere con 350 interviste. La raccolta dati è stata effettuata mediante distribuzione di un questionario auto-somministrato ai genitori dei primi 350 bambini assistiti residenti che si sono presentati per la

prima seduta vaccinale. Sono stati correttamente compilati ed analizzati 320 questionari, pari al 91% dei questionari distribuiti (5% mancata restituzione, 4% questionari non correttamente compilati). Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il programma EpiInfo 2000.

I genitori che hanno partecipato all'indagine hanno presentato le seguenti caratteristiche: età media 33 anni (range tra 16 e 47 anni), cittadinanza italiana nell'83% dei casi, straniera nel 16% e nell'1% non indicata, grado di istruzione medio-alto (diploma 51%, laurea 24%), con figlio unico nel 55% dei casi (due figli nel 36% e tre o più figli nel 9%), nel 78% dei casi si trattava di madri. L'età dei bambini variava da un minimo di 2 mesi (86%), età consigliata per la prima vaccinazione, ad un massimo di 10 mesi (0,3%).

Quanto alla tempistica della comunicazione, la maggior parte dei genitori (83%, 95% IC 79-87) ha ricevuto informazioni prima di recarsi presso l'ambulatorio vaccinazioni pediatriche: di questi, il 65% è stato informato sia verbalmente che tramite opuscoli scritti, il 27% solo verbalmente e l'8% solo tramite opuscoli. La figura professionale coinvolta nella comunicazione è rappresentata prevalentemente dal pediatra di famiglia. Le informazioni ricevute sono considerate sufficientemente complete dal 53% degli intervistati, complete dal 33%, incomplete dal 14% e il grado di approfondimento è ritenuto adeguato nella maggior parte dei casi (86%) (Figura 1).

Relativamente alle informazioni ricevute in occasione della vaccinazione, le figure professionali coinvolte sono per il 77% (95% IC 72-82) degli intervistati il medico/pediatra e per il 21% (95% IC 16-27) l'infermiere/assistente sanitario (1% nessun operatore) (Figura 2); complessivamente il 62% dei genitori percepisce la competenza dell'operatore come buona od ottima. Nella stessa occasione il 38% dei genitori ha ricevuto materiale informativo, in ambulatorio o in accettazione, rispettivamente nel 74% e nel 21% dei casi. In circa la metà dei casi (53%) i genitori sono stati informati solo sugli effetti collaterali dei vaccini, nel 9% dei casi solo sulle malattie prevenibili con la vaccinazione, nel 38% l'informazione ha riguardato entrambi gli aspetti. I genitori hanno ritenuto l'informazione ricevuta chiara (97%), sufficiente/completa (87%), in grado di migliorare le proprie conoscenze (52%). Il tempo dedicato all'informazione è ritenuto adeguato dal

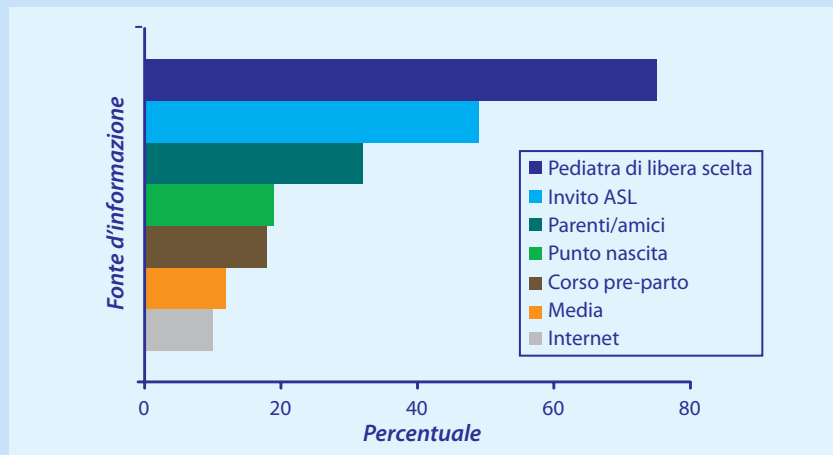


Figura 1 - Fonte d'informazione (%) sulle vaccinazioni per i genitori, prima della sessione vaccinale

74% dei genitori. In termini di impatto, il 93% dei genitori dichiara di aver eseguito tutte le vaccinazioni proposte durante la seduta vaccinale, ma solo nel 62% dei casi sono indicati correttamente i tipi di vaccino somministrati al proprio figlio. Dall'indagine si evidenzia che, prima di presentarsi alla seduta vaccinale, nella maggior parte dei casi il genitore ha già ricevuto informazioni con un grado di approfondimento che ritiene quasi sempre adeguato e che il ruolo del pediatra di famiglia nella fase pre-vaccinale è spesso rilevante.

In occasione della vaccinazione, le informazioni ricevute in ambulatorio durante il colloquio pre-vaccinale riguardano soprattutto i possibili effetti collaterali dei vaccini e non le malattie prevenibili, questo anche in conseguenza delle preoccupazioni espresse dai genitori. In questa sede la fonte d'informazioni principale è il medico/pediatra, mentre la comunicazione gestita dall'infermiere/assistente sanitario si profila più come un'attività di supporto a quella del medico che come un'attività autonomamente gestita.

In termini di impatto, si è osservato che la quasi totalità dei genitori accetta di somministrare al proprio figlio tutti i vaccini proposti, ma solo due terzi circa del campione sa riferire correttamente i vaccini effettivamente somministrati.

A fronte di tali evidenze, per ottenere migliori risultati, in particolare in termini di empowerment dei genitori, la comunicazione sulle vaccinazioni dovrebbe essere sostenuta da un rafforzamento o dall'acquisizione da parte del medico/pediatra, dell'assistente sanitario e dell'infermiere, delle competenze di base del

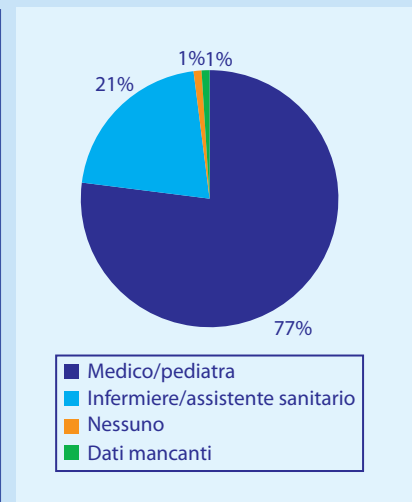


Figura 2 - Operatori sanitari come attori nella comunicazione durante la vaccinazione

counselling, necessarie per comunicare in modo intenzionale con l'interlocutore e agevolare la scelta vaccinale. Il counselling, intervento professionale che si basa su competenze comunicative-relazionali, regole etiche e deontologiche, richiede motivazioni e capacità relazionali specifiche, che consentano di porsi in empatia con i soggetti coinvolti. Solo in questo modo l'operatore sanitario sarà in grado di fornire informazioni complete, creando le condizioni per una corretta valutazione del rapporto rischio-beneficio delle vaccinazioni stesse. Un tale risultato nella nostra realtà sanitaria è più facilmente ottenibile se il personale è stabilmente dedicato alle vaccinazioni, inserito in équipe che condividono le conoscenze e le scelte operate in tema di vaccinazioni a livello nazionale, regionale e locale. ■

SORVEGLIANZE NAZIONALI

È PARTITO IL PROGETTO PASSI D'ARGENTO: UN OCCHIO ATTENTO ALLA SALUTE E AL RUOLO DELLA TERZA ETÀ NELLA SOCIETÀ ITALIANA

Alberto Perra e Lilia Biscaglia

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

L'invecchiamento della popolazione è un tema al centro dell'agenda politica internazionale. L'allungamento della vita media e la riduzione delle nascite hanno determinato, in molti Paesi, l'incremento della popolazione anziana, e i trend di crescita indicano un aumento del fenomeno nei prossimi anni. In Italia circa il 20% della popolazione ha più di 65 anni e la proiezione al 2040 è che un italiano su tre sarà anziano. A fronte di ciò sono nate diverse iniziative internazionali per fare, come dice l'OMS, dell'invecchiamento globale "un trionfo e una sfida", creando o rafforzando le condizioni per un "invecchiamento attivo" le cui basi sono da costruire ben prima dell'età anziana. La strategia delineata dall'OMS e fondata sulla *evidence* prodotta da studi effettuati in moltissimi Paesi, è basata sulla partecipazione, la salute e la sicurezza della popolazione anziana. Una società che investe su queste tre aree contribuisce a creare le condizioni in cui gli anziani diventano non più un target passivo dei sistemi sanitari o sociali, ma una risorsa per la società.

Facendo propria tale strategia, il Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha promosso il progetto PASSI d'Argento coordinato dalla regione Umbria, in collaborazione con il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità. Attraverso indagini ripetute sullo stato di salute e sulla qualità della vita nella terza età, il progetto consentirà di mettere a punto un sistema di sorveglianza attiva della popolazione anziana di tutto il territorio nazionale, ma centrato sulle esigenze delle realtà regionali. Il sistema, sostenibile con le risorse attualmente a disposizione dei servizi socio-sanitari, permetterà di monitorare da una parte l'evoluzione delle problematiche sociali e sanitarie legate al progredire dell'età e dall'altra di valutare, allo stesso tempo, l'efficacia e la penetrazione degli interventi realizzati

dai servizi socio-sanitari e dalle famiglie. La sorveglianza di popolazione, di cui PASSI d'Argento costituirà un valido esempio, per sua natura a costi limitati, mette infatti a disposizione dati di qualità, perché le informazioni sono raccolte sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi. In questo modo sarà possibile indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento in linea con le più recenti politiche internazionali.

Ma non è tutto. L'iniziativa sostenuta dal CNESPS mira a fornire gli strumenti per guardare in modo nuovo al mondo degli anziani, intercettando i bisogni di sottogruppi di popolazione secondo un'ottica di orientamento all'azione. Le informazioni raccolte consentiranno infatti di descrivere lo stato di salute e la qualità della vita della popolazione anziana che, in base alle definizioni operative adottate nello studio, è idealmente distribuita in 4 aree: gli anziani-risorsa, gli anziani a rischio di fragilità, gli anziani fragili e gli anziani non autosufficienti o disabili. Ciò favorirà la messa a punto di strategie di intervento che coinvolgono non solo gli specialisti del settore ma chiamano in campo l'intera società civile impegnata a disegnare una nuova concezione dell'invecchiamento e del ruolo della persona anziana. Dopo uno studio pilota realizzato a Orvieto nel maggio scorso, in 7 regioni italiane sta partendo la prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento. La popolazione in studio è costituita da un campione rappresentativo di persone con 65 e più anni, non istituzionalizzate ovvero non ospitate in residenze sanitarie assistenziali, e residenti nel territorio di competenza del progetto. A tale scopo il progetto ha formato, nelle regioni coinvolte, circa 350 operatori afferenti ai servizi dell'area sociale e sanitaria che, attraverso un questionario standardizzato messo a punto dal CNESPS, intervisteranno circa 3.800 persone con 65 e più anni, di cui il 50% con più di 74 anni. Le persone da intervistare riceveranno una nota informativa che spiega la finalità e

la modalità delle interviste, che potranno essere telefoniche o faccia a faccia. Sono stati coinvolti e informati anche i medici di famiglia, che potranno aiutare a fornire spiegazioni sul significato dell'indagine. Tutto il sistema di sorveglianza è reso operativo e utilizzerà le risorse del sistema sociale e sanitario. Agli operatori locali di questi sistemi farà capo l'analisi, l'interpretazione e l'utilizzazione dei dati di PASSI d'Argento che permetterà loro di agire senza intermediari per migliorare i propri interventi. Inoltre, gli operatori sociali e sanitari beneficeranno della sorveglianza come una opportunità per un percorso formativo e auto-formativo che in ultima analisi potenzia l'intero sistema. Questa crescita dei sistemi sanitario e sociale ne favorirà, inizialmente, l'integrazione a livello operativo e in un secondo momento anche programmatico. La forte comunità di intenti tra il settore sociale e sanitario con lo sviluppo di programmi di intervento integrato è, inoltre, in linea con le indicazioni del programma "guadagnare salute" che sostiene l'azione sui determinanti di salute di natura sociale attraverso interventi multidisciplinari e intersettoriali.

Per chi volesse approfondire l'argomento:

- l'Umbria è la regione capofila del progetto: una pagina web del progetto contiene tutti gli aggiornamenti (www.regione.umbria.sanita.it);
- il sito di Epicentro segue l'evoluzione del progetto e mette a disposizione gli strumenti per gli operatori (www.epicentro.iss.it/passi-argento);
- l'OMS ha prodotto il documento di riferimento "Active Ageing" (http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html).

Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Alberto Perra,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it