



Sorveglianze nazionali

AGGIORNAMENTO SUL PIANO NAZIONALE DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA CONGENITA

Gruppo di coordinamento interregionale sulle malattie infettive e vaccinazioni*

Il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, approvato dalla Conferenza Stato regioni nel novembre 2003 (1), è ormai nella sua fase di piena attuazione sia per quanto riguarda l'attività di formazione degli operatori coinvolti, sia per quanto riguarda le attività di vaccinazione. Dopo l'aggiornamento delle attività intraprese, pubblicato nel febbraio di quest'anno (2), nel mese di giugno si è tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) un workshop mirato a fare il punto della situazione. In questo articolo sintetizziamo i risultati presentati durante l'incontro, che ha visto la partecipazione di rappresentanti delle regioni e delle Province Autonome (PA), del Ministero della Salute, dell'ISS e dell'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Il contesto mondiale. - Delle sei regioni dell'OMS, quattro hanno stabilito degli obiettivi di eliminazione del morbillo (Americhe, Europa, Mediterraneo Orientale e Pacifico Occidentale).

L'eliminazione del morbillo è stata recentemente definita come l'assenza di trasmissione endemica e di trasmissione prolungata dell'infezione in caso di im-

portazione del virus in una determinata area geografica (3). Per trasmissione prolungata si intende la presenza di focolai epidemici con > 100 casi, o il persistere della trasmissione dell'infezione per > 3 mesi.

Il contesto europeo. - La regione Europea dell'OMS comprende 52 Stati, ed è caratterizzata da un'estrema diversità in termini di sistemi sanitari, coperture vaccinali, strategie di sorveglianza ed epidemiologia del morbillo. Attualmente, tutte le 52 nazioni prevedono la vaccinazione con due dosi di vaccini contenenti la componente antimorbillo (*measles containing vaccines*, MCV). Inoltre, il 92% delle nazioni utilizzano anche il vaccino contro la rosolia, prevalentemente associato con morbillo e parotite (MPR), o con il solo morbillo (MR). Nel quinquennio 1999-2003, 10 su 52 nazioni hanno registrato un'incidenza media annuale di morbillo < 1/1 000 000, 22 un'incidenza < 1/100 000 e otto, tra cui l'Italia, un'incidenza $\geq 10/100 000$. Tra il 2000 e il 2003, inoltre, numerose nazioni hanno osservato degli episodi epidemici, e l'Italia è stata l'unica nazione dell'Europa occidentale a registrare un'incidenza > 20/100 000.

Lo stato di avanzamento del Piano nazionale. - Per avere informazioni sullo stato di avanzamento del Piano, nel maggio 2004 è stato inviato a tutti i referenti regionali un questionario che conteneva alcune domande sulla campagna straordinaria di vaccinazione prevista nel 2004 per i bambini delle scuole elementari (popolazione target, data di avvio della campagna, numero di bambini vaccinati fino al 30 maggio). È stato inoltre richiesto lo stato del programma di formazione e di eventuali delibere regionali.

Una sintesi di queste informazioni è riportata in Tabella. Rispetto a febbraio (2), ulteriori 10 regioni hanno approvato una delibera di recepimento del Piano nazionale, per un totale di 17 regioni. Le delibere sono in corso di approvazione in altre 2 regioni e PA.

Per quanto riguarda il programma di formazione, il protocollo di intesa siglato tra il coordinamento interregionale per il controllo delle malattie infettive e il Ministero della Salute prevede lo svolgimento di due giornate con programma standard, messo a punto nel 2003 e distribuito a tutte le regioni, seguito da due incontri della durata di quattro ore per approfondire a livello di ciascuna ASL alcuni aspetti più operativi.

Al 18 giugno 2004, le prime due giornate di formazione per tutti gli operatori coinvolti nel Piano sono state svolte in 10 regioni, ed erano in corso di svolgimento in altre 5.

(*) Gruppo di coordinamento interregionale sulle malattie infettive e vaccinazioni: Rossanna Cassiani, Abruzzo; Giuseppe Montagano, Gabriella Cauzillo, Basilicata; Rubens Curia, Calabria; Renato Pizzuti, Campania; Bianca Maria Borrini, Luisella Grandori, Emilia-Romagna; Giulio Rocco, Friuli-Venezia Giulia; Maria Grazia Pompa, Lazio; Speranza Sensi, Liguria; Luigi Macchi, Anna Pavan, Lombardia; Enrica Carducci, Gualtiero Grilli, Marche; Roberto Patriarchi, Molise; Antonella Barale, Piemonte; Rosa Prato, Maria Trimigliorsi, Puglia; Giuliana Novelli, Sardegna; Saverio Ciriminna, Sicilia; Emanuela Balocchini, Toscana; Anna Tosti, Umbria; Luigi Sudano, Valle d'Aosta; Antonio Ferro, Giovanni Gallo, Veneto; Valter Carraro, Provincia Autonoma di Trento; Giulia Morosetti, Provincia Autonoma di Bolzano; Loredana Vellucci, Carmela Santuccio, Ministero della Salute; Marta Ciofi degli Atti, Stefania Salmaso, Istituto Superiore di Sanità

Tabella - Stato di avanzamento del Piano per Regione e PA (giugno 2004)

Regioni	Delibera	Formazione	Coorti di nascita target campagna straordinaria	Inizio campagna
Piemonte	Approvata	Svolta	1995 ^a	Gennaio
Valle D'Aosta	Approvata	Svolta	1993-1997	Giugno
Lombardia	Approvata	In corso	1993-1997	Maggio-giugno
PA Trento	In corso di approvazione	-	nd ^b	-
PA Bolzano	No	-	-	-
Veneto	Approvata	Svolta	1-2 coorti ^a	Maggio
Friuli-Venezia Giulia	Approvata	In corso	1995 ^a	Gennaio
Liguria	Approvata	-	nd ^b	-
Emilia-Romagna	Approvata	Svolta	1993-1996	Marzo
Toscana	Approvata	Svolta	1994-1997	Febbraio-maggio
Marche	Approvata	Svolta	1993-1997	Aprile
Umbria	Approvata	Svolta	1993-1996	Maggio-giugno
Lazio	Approvata	In corso	1993-1997	Maggio-giugno
Abruzzo	Approvata	Svolta	1993-1997	Aprile
Molise	Approvata	Inizierà a settembre c.a.	1993-1997	-
Campania	Approvata	Svolta	1993-1996	Marzo
Puglia	Approvata	In corso	1993-1996	Aprile-maggio
Basilicata	In corso di approvazione	Svolta	1993-1997	Maggio
Calabria	Approvata	Inizierà a novembre c.a.	nd ^b	-
Sicilia	nd ^b	nd ^b	nd ^b	-
Sardegna	Approvata	In corso	1993-1997	Maggio

(a) Regioni che hanno già effettuato a partire dal 2001 delle attività straordinarie di vaccinazione rivolte ai bambini in età scolare

(b) Dato non disponibile

La campagna straordinaria di vaccinazione rivolta ai bambini delle scuole elementari è iniziata in 15 regioni. In 7 di queste, la popolazione target è costituita da 5 coorti di nascita (1993-1997); mentre 5 regioni prevedono la vaccinazione di 4 coorti. Le restanti tre regioni hanno già effettuato a partire dal 2001 delle attività straordinarie di vaccinazione rivolte ai bambini in età scolare, e durante il 2004 prevedono di vaccinare una o due coorti di nascita (Tabella).

I dati sulle vaccinazioni eseguite fino a maggio erano disponibili per 5/15 regioni, per un totale di circa 50 000 dosi. Tuttavia, la copertura vaccinale rispetto alla popolazione target è difficile da valutare, perché questi dati non erano ancora parziali e riferiti solo ad alcune ASL.

Va segnalato che i dati di vendita dei prodotti farmaceutici disponibili presso il Ministero della Salute indicano che nel primo semestre del 2004 sono state vendute circa 970 000 dosi di vaccini MPR (dati provvisori).

Altre azioni previste dal Piano sono la campagna informativa sui mezzi di comunicazione e il miglioramento del sistema di sorveglianza delle reazioni avverse a vaccino. La campagna informativa è stata messa a punto dal Ministero della Salute e diffusa nel mese di giugno (4).

Per quanto riguarda la sorveglianza degli eventi avversi, durante l'incontro del 18 giugno è stato presentato il nuovo sistema di segnalazione di farmacovigilanza dei vaccini, in vigore dal 2003, e una sintesi delle segnalazioni successive a vaccinazione MPR relative agli anni 1999-2003. Un resoconto dettaglia-

to di questi risultati è stato stilato dall'Ufficio di Farmacovigilanza del Ministero della Salute, che nel mese di luglio lo ha inviato ai responsabili di farmacovigilanza delle strutture sanitarie, con preghiera di diffusione ai centri vaccinali e ai medici, in particolare i pediatri, afferenti alle rispettive strutture e potenzialmente coinvolti nel Piano nazionale di eliminazione.

Il Piano nazionale si inserisce in un contesto mondiale ed europeo che mira a offrire due dosi di MCV a tutti i bambini, in modo da ridurre a livello globale la mortalità causata da questa malattia (5) e interrompere la trasmissione dell'infezione in numerose aree geografiche (3).

L'obiettivo primario del Piano è condurre azioni coordinate su tutto il territorio nazionale, mirate a ridurre l'elevato numero di suscettibili ancora presenti in Italia. In questi mesi, il coinvolgimento delle autorità sanitarie regionali è stato elevato, con l'approvazione di delibere *ad hoc*, l'identificazione dei referenti ASL (2), la conduzione del Piano di formazione e l'avvio della campagna straordinaria.

Dalla revisione delle attività svolte finora emergono tuttavia dei punti critici, soprattutto riguardo la gestione dei dati di vaccinazione della campagna straordinaria.

Per facilitare la raccolta di questi dati, nella primavera del 2004 è stato messo a punto un archivio disponibile *online* all'indirizzo www.spes.iss.it/morbillo, accessibile tramite password da parte di tutte le regioni e le ASL italiane. Il software consente di registrare tramite Internet le vaccinazioni effettuate a li-

vello di distretto e di ASL, e di consultare i dati inseriti sia come numeri assoluti che come percentuali.

Per facilitare la raccolta dati anche a chi non ha disponibile l'accesso a Internet, è stato inoltre distribuito ai referenti regionali un modulo analogo a quello disponibile *online*. Le informazioni da raccogliere si riferiscono ai dati minimi necessari per valutare l'andamento della campagna; le regioni che hanno adottato moduli di rilevazione più complessi, potranno comunque estrapolare le informazioni previste per trasmetterle a livello centrale. Un'ulteriore valutazione dell'andamento delle attività verrà effettuata entro la fine dell'anno in corso.

Riferimenti bibliografici

1. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Accordo sul Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. *Gazzetta Ufficiale* n. 297 del 23 dicembre 2003 (Supplemento Ordinario n.195).
2. Gruppo di coordinamento interregionale sulle malattie infettive e vaccinazioni. Stato di avanzamento del Piano nazionale per il morbillo e la rosolia congenita. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* - Insetto BEN 2004; 17(2):iii-iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2004/febbraio/2.htm>
3. Monitoring the interruption of indigenous measles transmission, Cape Town meeting, 14 October 2003. *WER*, 13 February 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/wer/2004/en/wer7907.pdf>
4. Ministero della Salute. Campagne di comunicazione. Promozione della salute nel 2004. Campagna straordinaria di vaccinazione anti-morbillo, parotite e rosolia. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/servizio/campagna.jsp?idarc=9>
5. Progress in reducing global measles deaths: 1999-2002. *WER*, 16 January 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/wer/2004/wer7903.pdf>

Studi dal territorio

STUDIO DIONISO: INDAGINE SUGLI STILI DI VITA E LA PERCEZIONE DELLA SALUTE NELLA POPOLAZIONE ADULTA NELL'AZIENDA SANITARIA DI CESENA, 2003

Nicoletta Bertozzi¹, Elizabeth Bakken¹,
Mauro Palazzi¹, Francesca Righi¹, Patrizia Vitali¹,
Bruna Zani² e Luca Pietrantonio²

¹Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL, Cesena

²Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Cesena

Le evidenze scientifiche sottolineano l'importanza dei fattori di rischio correlati agli stili di vita (sedentarietà, obesità, tabagismo, abuso di alcol) quali determinanti delle principali patologie causa di morbilità e mortalità nella popolazione. Stime nazionali sulla pre-

valenza di questi fattori negli adulti sono periodicamente ottenute attraverso indagini condotte dall'ISTAT (1,2) ma non sono disponibili dati locali; questa carenza può rappresentare una criticità nella programmazione e valutazione di interventi per ridurre i fattori di rischio e le patologie correlate.

In questo contesto il Dipartimento di Sanità Pubblica di Cesena, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Cesena, ha condotto lo Studio Dioniso con l'obiettivo di stimare e monitorare la prevalenza dei fattori di rischio correlati agli stili di vita e individuare tipologie o classi di soggetti vulnerabili ai quali mirare specifici interventi di promozione della salute; si è inoltre valutata la percezione del proprio stato di salute: questa variabile appare infatti correlata sia alla qualità di vita sia al ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione.

Nel periodo aprile-maggio 2003 è stata condotta un'indagine trasversale attraverso interviste telefoniche a 443 persone maggiorenni residenti nell'Azienda sanitaria di Cesena, scelte con un campionamento casuale stratificato per sesso ed età da una popolazione complessiva di circa 160 000 abitanti. Si è utilizzata la base di dati dell'anagrafe sanitaria aziendale, relativa a tutti i residenti sul territorio considerato. Da tale archivio si è ricavata anche la maggior parte dei numeri telefonici: per rintracciare i numeri mancanti sono state condotte indagini supplementari attraverso gli Uffici di Stato Civile dei Comuni e tramite i dati Telecom. Prima di sostituire la persona campionata, si è proceduto a effettuare 3 tentativi telefonici in diversi orari della giornata. Le interviste sono state condotte da intervistatori appositamente addestrati del Dipartimento di Sanità Pubblica e della Facoltà di Psicologia dell'Università di Cesena. Si è utilizzato un questionario, predisposto sulla base di esperienze internazionali (1, 3), con varie sezioni dedicate a: salute percepita, sedentarietà, fumo, obesità e alimentazione. L'analisi statistica è stata condotta col programma SPSS: si sono valutate le prevalenze dei fattori di rischio considerati con i relativi IC; si è inoltre valutato lo stato di salute percepito attraverso il metodo dei *giorni in salute* (Healthy Days Methods) validato a livello internazionale e basato su un core di 4 domande relative a:

- stato di salute percepito (molto cattivo, cattivo, discreto, buono, molto buono);
- numero di giorni nell'ultimo mese avvertiti con problemi fisici;
- numero di giorni nell'ultimo mese avvertiti con problemi mentali o psicologici;
- numero di giorni nell'ultimo mese avvertiti con limitazioni nelle proprie attività quotidiane.

L'adesione all'indagine è risultata buona (tasso di rifiuto del 15%); il tempo medio dell'intervista è stato di 15 minuti.

Il 53% del campione giudicava la propria salute buona, il 40% discreta e il 7% cattiva. Le donne hanno dichiarato uno stile di vita complessivamente più sa-

no, ma hanno percepito la propria salute meno favorevolmente. L'età e la presenza di fattori di rischio peggiorano lo stato di salute percepito. In particolare con l'età cresce la percentuale di persone con limitazioni nelle attività della vita quotidiana per un problema di salute: il 12% nella fascia d'età compresa tra i 18 e i 44 anni, il 27% in quella tra i 45 e i 64 anni e il 46% sopra i 65 anni.

Le persone intervistate hanno riferito una media di giorni in cattiva salute pari a 8 giorni al mese, in linea con i dati di letteratura (3).

Il fattore di rischio più diffuso era sovrappeso/obesità (42%), seguito da fumo (26%), sedentarietà (16%), alcol (6%). I dati sono in linea con quelli nazionali e regionali ove disponibili, tranne che per la prevalenza di persone sedentarie (dato nazionale 38% e regionale 27%); va comunque sottolineato che tra i non sedentari il 44% praticava movimento per un periodo di tempo limitato.

Il 33% del campione non presentava fattori di rischio, il 67% ne aveva uno, il 21% almeno due e il 4% almeno tre. Un livello d'istruzione basso è apparso correlato con una presenza maggiore di fattori di rischio: solo il 20% delle persone con livello di istruzione basso non presentava alcun fattore di rischio a fronte del 43% tra le persone con livello alto aggiustato per l'età.

L'85% delle persone in sovrappeso od obese ha espresso il desiderio di perdere peso; il 60% dei fumatori si sentiva pronto a modificare il proprio stile di vita, come pure il 50% dei sedentari.

Il Medico di Medicina Generale era la principale fonte di informazione sanitaria per la popolazione anziana e meno istruita, mentre giovani e persone istruite hanno dichiarato di far uso di riviste specializzate e Internet.

La presenza di uno stile di vita con almeno un fattore di rischio coinvolge ben i 2/3 della popolazione adulta, sottolineando la necessità di sviluppare specifici interventi finalizzati a promuovere uno stile di vita più sano. La prevalenza di fattori di rischio è significativamente più elevata tra le persone meno istruite: appare opportuno indagare ulteriormente la presenza di disuguaglianze di salute nella comunità (4).

Lo studio ha mostrato pertanto ambiti di possibile miglioramento dello stato di salute della popolazione, attraverso interventi di promozione di stili di vita sani rivolti prioritariamente ai soggetti più vulnerabili e a rischio.

Il commento

Paolo D'Argenio

Direzione Generale, Dipartimento di Prevenzione, Ministero della Salute

La promozione di stili di vita salutari è uno dei 10 progetti per la strategia del cambiamento del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (5).

È già da tempo che i determinanti della salute studiati dai colleghi del Dipartimento di Sanità Pubblica di Cesena sono all'attenzione del Paese e, nell'agenda degli obiettivi sono considerati prioritari, ma non è così nell'agenda pratica della nostra sanità pubblica: l'impegno in questo campo è ancora limitato.

Eppure, lo studio mostra che le persone che hanno uno o più comportamenti a rischio hanno una peggiore percezione dello stato di salute. Questa associazione statistica trova conferma nella soggettività degli intervistati: tra chi è in sovrappeso, l'85% vorrebbe perdere peso; tra chi fuma, il 60% vorrebbe smettere; tra i sedentari, il 50% vorrebbe praticare esercizio fisico.

I determinanti della salute, individuati dagli studi epidemiologici, condizionano la qualità della vita e sono percepiti come nocivi, una situazione che dovrebbe stimolarci all'azione.

Quali sono gli ostacoli che si frappongono alla traduzione in pratica delle indicazioni dei Piani Sanitari per rispondere alle esigenze sentite dai cittadini?

Progettare programmi che coinvolgono molteplici soggetti è difficile, richiede alle aziende sanitarie e ai Dipartimenti di Prevenzione di costruire cooperazioni e giocare un ruolo attivo nella comunità. Qual è il ruolo della sanità pubblica in queste cooperazioni?

Uno dei ruoli che dobbiamo ricoprire è quello indicato con lo studio Dioniso: fornire agli amministratori, agli operatori e agli altri attori sociali della comunità informazione epidemiologica accurata, comprensibile, riferita alla realtà locale. La disponibilità di questi dati è essenziale per capire dove stiamo e per definire obiettivi di salute realistici da monitorare nel tempo.

È importante che i Dipartimenti di Prevenzione in Italia scoprano il loro ruolo di fornitori e utilizzatori di informazione epidemiologica sui bisogni della popolazione, effettuando il monitoraggio degli obiettivi di salute dei piani sanitari.

Riferimenti bibliografici

1. ISTAT. Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti di vita quotidiana. In: "Stili di vita e condizioni di salute", 2001.
2. Regione Emilia-Romagna. La vita quotidiana in Emilia-Romagna, Franco Angeli, 1998.
3. Center for Disease Control and Prevention Measuring healthy day, 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://cdc.gov>
4. Domenighetti G, Quaglia J, Inderwildi Bonivento L. I determinanti eco-socio-economici della salute Bellinzona, 2000.
5. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministero.salute.it/psn/psnDettaglio.jsp?id=165&sub=1>

Comitato editoriale BEN

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

e-Mail: ben@iss.it