

Settembre 2019

Il gioco d'azzardo nell'Area Interna
Sud-Ovest dell'Orvietano 1

La sorveglianza integrata
del morbillo e della rosolia
in Italia: le due ondate epidemiche
di morbillo nel 2017 e nel 2018 6

Il gioco d'azzardo nell'Area Interna Sud-Ovest dell'Orvietano

Elisa Marceddu¹, Marco Cristofori², Angela Bravi³

¹Centro di Ricerca e formazione per la Salute unica e l'Alimentazione, Orvieto (TR);

²Servizio di Sorveglianza e Promozione della Salute, AUSL Umbria 2, Terni

³Sezione Salute mentale, dipendenze e salute in carcere, Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale, Regione Umbria, Terni

Comitato scientifico, ISS

Pierfrancesco Barbariol,
Antonino Bella, Chiara Donfrancesco,
Carla Faralli, Antonietta Fila,
Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Paola Luzi,
Marina Maggini, Sandra Mallone,
Luigi Palmieri, Luana Penna, Paola Scardetta,
Stefania Spila Alegiani,
Andrea Tavilla, Marina Torre

Comitato editoriale, ISS

Antonino Bella, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini, Angela Spinelli

Impaginazione grafica

Giovanna Morini

Progetto grafico

Lorenzo Fantozzi

Sottometti un articolo

ben@iss

Istruzioni autori

www.epicentro.iss.it/ben/pubblica

SUMMARY (Gambling in the Inner South-West area of Orvieto, Italy) -

According to WHO, gambling is a social disease and in 2017, in Italy, at least 18 million people have gambled; among these, a million and a half are pathological gamblers. In the Umbria region, gambling equals to the use of psychoactive substances and in 2017 more than 300 people had problems with gambling addiction, with an increase of 59% compared to 2013. The aim of this work is to provide an overview of gambling in Upper Umbria to raise awareness of the effects of this phenomenon: it reduces family wealth, increasing health risks associated with economic difficulties. A descriptive analysis was carried out using data from the average of gambles per capita in all forms of gambling, specifically in the AWP (amusement with prize) and VLT (video lottery terminal), and the number of AWP and VLT devices in various municipalities using the Pearson correlation coefficient (r) and the linear regression analysis. A positive correlation was found between the number of AWP and VLT devices in the territory and the total number of gambles ($r = 0.99$; p -value < 0.001). The data also showed that gambling expenditure is positively related to income. Further epidemiological studies as well as preventive measures are needed to increase the awareness of the risks associated with gambling, both in the Umbria region and in Italy.

Key words: gambling; addiction; economic cost

marco.cristofori@uslumbria2.it

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce il gioco d'azzardo come una forma morbosa, che senza misure idonee di informazione e prevenzione, può rappresentare un'autentica malattia sociale (1, 2). In Italia, secondo l'indagine sul gioco d'azzardo realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità, almeno 18 milioni di persone hanno giocato d'azzardo nel 2017 e i giocatori problematici sarebbero più di un milione e mezzo (3).

Nel 2017, inoltre, il disturbo da gioco d'azzardo è stato inserito nei livelli essenziali d'assistenza (LEA) (4); nel territorio della regione Umbria l'attività di prevenzione, diagnosi e trattamento è attiva già dal 2014 (5).

A livello regionale, dal 2013 al 2015 è stato rilevato un aumento dell'89% delle persone in trattamento presso i servizi delle aziende sanitarie (6).

Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità

Legale rappresentante e Presidente
dell'Istituto Superiore di Sanità:
Silvio Brusaferrò

Direttore responsabile: Paola De Castro

Iscritto al n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo)
e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2019

Numero chiuso in redazione il 30 settembre 2019



ISSN 1827-6296

Secondo i dati del Rapporto Epidemiologico 2018 della regione Umbria, il gioco d'azzardo si sta diffondendo, fino a eguagliare il consumo di sostanze psicoattive (tabacco, alcol), in tutta la popolazione, compresi gli studenti. Dal Rapporto emerge, inoltre, come il consumo del gioco d'azzardo sia diffuso anche tra i minorenni, nonostante il divieto imposto dalla legge. Nel 2017, nella regione Umbria più di 300 persone avevano problemi di dipendenza da gioco d'azzardo, con un aumento del 59% rispetto al 2013, prevalentemente nei distretti di Perugia, Foligno e Terni-Narni (7).

Analizzando gli aspetti economici legati al gioco d'azzardo, si osserva che la spesa per il gioco è aumentata in Italia (8) del 59% considerando la totalità dei giochi (slot, Bingo, Super Enalotto, Gratta e Vinci, Lotto), mentre in Umbria l'aumento della spesa ha riguardato principalmente le slot machine.

Mettendo in relazione la disponibilità di apparecchi e l'intensità di gioco, risulta esserci una correlazione positiva che spiega quasi il 71% dell'incidenza della problematica del gioco d'azzardo, che si evidenzia maggiormente nel territorio dell'Alta Umbria. È nota, anche grazie alla letteratura, l'esistenza di una correlazione positiva tra la disponibilità di apparecchi sul territorio e l'intensità del gioco: dove c'è una maggiore disponibilità di apparecchi new slot (amusement with prizes, AWP) e video lottery (video lottery terminal, VLT) si spende per il gioco d'azzardo una quota maggiore del proprio reddito (9).

Tutto ciò appare ancor più importante se si considera che l'utilizzo di AWP e VLT si associa a un aumento del rischio di gioco problematico e porta il giocatore a investire nel gioco, mediamente, somme nettamente superiori a giocatori che utilizzano solo altri prodotti di gioco (10).

L'azzardo è diventato negli anni della crisi una delle cause di indebitamento di famiglie e imprese, creando pesanti conseguenze, che potrebbero a loro volta influenzare il mercato di beni e consumi. Il gioco, infatti, si configura come un depressore della domanda complessiva di beni e servizi, poiché non crea valore, ma al contrario lo sottrae, motivo per cui il gioco d'azzardo rappresenta un fenomeno di grande interesse vista la sua influenza sulla salute pubblica, sul risparmio privato, sull'economia, nonché sulla sicurezza urbana e sull'ordine pubblico (11).

L'obiettivo generale del presente studio è quello di fornire una panoramica del fenomeno del gioco d'azzardo nell'Area Interna Sud-Ovest

dell'Orvietano, al fine di sensibilizzare le amministrazioni locali e la comunità tutta rispetto al fenomeno del gioco d'azzardo, sottolineando il ruolo delle disponibilità di occasioni di gioco nel ridurre la ricchezza economica delle famiglie di un territorio, incrementando quindi i rischi per la salute connessi alle difficoltà economiche.

Metodi

L'Area Interna Sud-Ovest dell'Orvietano è costituita da 20 Comuni situati geograficamente a cerniera tra Umbria, Toscana e Lazio; la superficie interessata è pari a 1.187 km² con una densità di popolazione medio-bassa, pari a 52,7 abitanti per km², circa la metà del valore medio regionale, 104,5 (Figura 1).

Al fine di descrivere il fenomeno del gioco d'azzardo nell'Area Interna Sud-Ovest dell'Orvietano, sono stati utilizzati alcuni dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli pubblicati dal Gruppo Editoriale GEDI in base a due indagini: la prima per le giocate relative alle AWP e VLT nel 2016, e la seconda per tutte le giocate gestite dai Monopoli (slot, Bingo, SuperEnalotto, Gratta e Vinci, Lotto) nel 2017 (12, 13).

In particolare, è stata effettuata un'analisi descrittiva utilizzando i dati delle medie delle giocate *pro capite* in tutte le forme di gioco e, nello specifi-

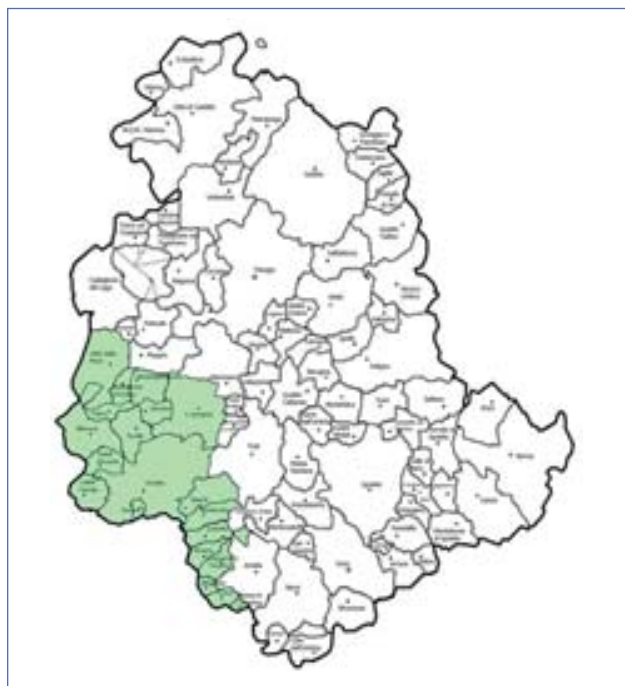


Figura 1 - Mappa comunale della Regione Umbria. In verde i 20 Comuni appartenenti all'Area Interna Sud-Ovest dell'Orvietano. Fonte: www.regione.umbria.it/la-regione/politiche-integrate-territoriali-strategie-arre-interne/area-interna-sud-ovest-orvietano-area-prototipo

co, nelle AWP e VLT, e del numero di apparecchi AWP e VLT presenti nei vari Comuni dell'Area Interna.

Al fine, inoltre, di indagare la relazione tra numero di apparecchi disponibili sul territorio e giocate, tra reddito e numero di apparecchi, e tra reddito e giocate, è stato utilizzato il coefficiente di correlazione di Pearson (r) e l'analisi di regressione lineare.

Risultati

Dal punto di vista economico, il giro d'affari del gioco d'azzardo nel 2017 nell'Area Interna Sud-Ovest dell'Orvietano, per tutti i tipi di gioco,

è stato di oltre 53 milioni di euro (38.854.935 euro rappresentano le vincite, 7.459.666 euro le somme destinate all'erario e 6.940.818 euro le somme incassate da concessionari, gestori ed esercenti). Il 60% delle somme totali proviene da AWP e VLT, in aumento rispetto al 2016.

Il valore medio delle giocate *pro capite* dell'Area Interna è di 624, con un massimo nei Comuni di Giove, Fabro e Orvieto (1.501, 1.434 e 1.349 giocate *pro capite*, rispettivamente) e un minimo nei Comuni di Parrano e di Baschi (101 e 211 giocate *pro capite*, rispettivamente) (Figura 2). Situazione simile se si considerano solo le giocate *pro capite* in VLT e AWP (Figura 3).

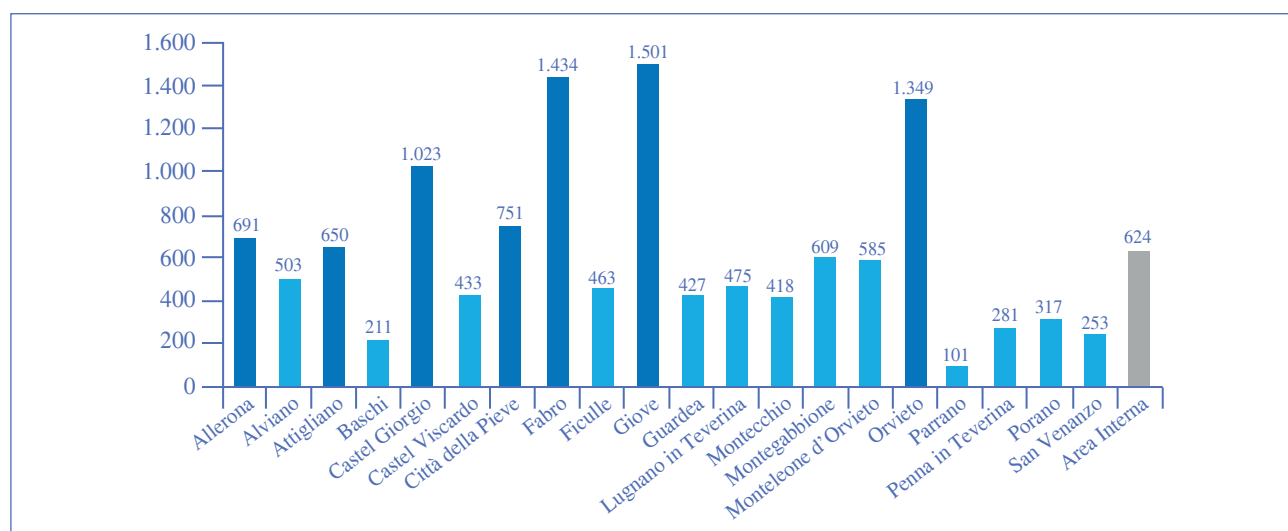


Figura 2 - Giocate *pro capite* relative a tutti i giochi d'azzardo per Comune. Area Interna, anno 2017 (Elaborazione dati Sistema GEDI)

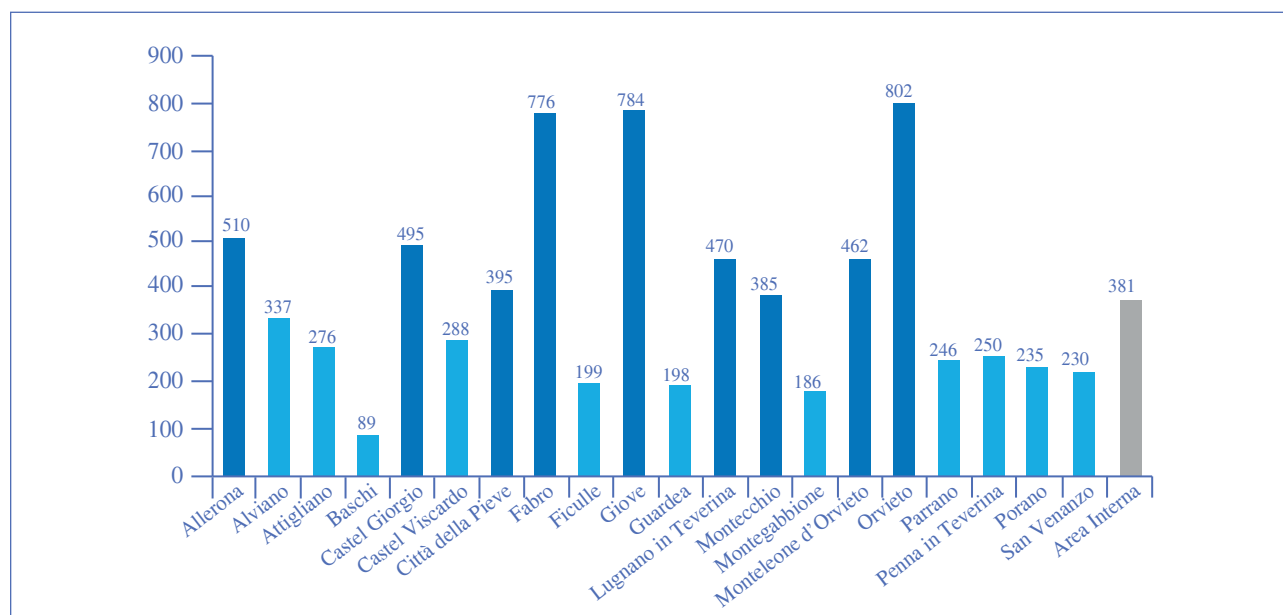


Figura 3 - Giocate *pro capite* relative a videolottery (VLT) e new slot (assessment with prizes - AWP) per Comune. Area Interna, anno 2016 (Elaborazione dati Sistema GEDI)

In particolare, nel Comune di Orvieto, sebbene siano presenti apparecchi VLT in numero nettamente minore rispetto alle AWP (19 vs 114), producono un ammontare di giocate in euro decisamente maggiore.

I dati del Comune di Orvieto, dunque, confermano quanto noto a livello nazionale, ovvero la maggiore aggressività delle VLT rispetto alle AWP, sia nelle modalità di coinvolgimento del giocatore sia nelle perdite possibili, molto più consistenti rispetto alle normali slot.

Osservando il numero di apparecchi VLT e AWP per 1.000 abitanti nell'anno 2016 nei Comuni dell'Area Interna si può notare che, nei Comuni precedentemente indicati come quelli in cui le giocate *pro capite* erano al di sopra della media dell'Area Interna, si abbia anche un numero di apparecchi superiori alla media dell'Area stessa (5,3 per 1.000 abitanti), a eccezione di Città della Pieve e Montecchio, che comunque mostrano una spesa *pro capite* più vicina alla media e un numero di apparecchi sotto la media dell'Area Interna (Figura 4).

L'analisi di regressione lineare evidenzia una correlazione positiva tra la disponibilità di apparecchi sul territorio (numero di apparecchi

AWP e VLT) e l'intensità del gioco (giocate complessive) ($r = 0,99$; $p\text{-value} < 0,001$) (Figura 5A). Dove c'è una maggiore disponibilità di apparecchi AWP e VLT si spende per il gioco d'azzardo una quota maggiore del proprio reddito. La correlazione si mantiene egualmente significativa anche considerando la possibile influenza del reddito *pro capite* e della numerosità della popolazione che quindi non rappresentano delle variabili confondenti o modificanti la relazione.

Considerando il ruolo del reddito c'è una debole correlazione positiva con il numero degli apparecchi ($r = 0,39$; $p\text{-value} = 0,003$), per cui un numero maggiore di apparecchi si correla a un reddito più elevato, anche se non in maniera forte (Figura 5B). Infine, tra il reddito *pro capite* e le giocate complessive, si evidenzia una debole correlazione positiva ($r = 0,40$; $p\text{-value} = 0,002$), per cui un reddito più elevato si correla a una maggiore quantità di giocate, anche se in maniera debole (Figura 5C).

Tutti i risultati del presente lavoro sono stati presentati ai Sindaci dei Comuni interessati e, in occasione di eventi pubblici, anche alla popolazione.

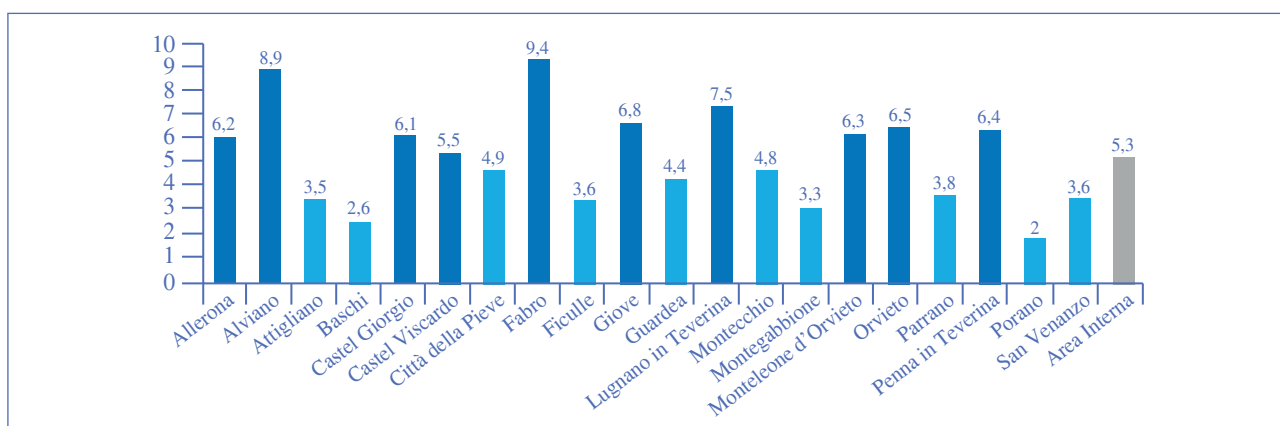


Figura 4 - Numero di apparecchi videolottery (VLT) e new slot (assessment with prizes - AWP) per 1.000 abitanti per Comune. Area Interna, anno 2016 (Elaborazione dati Sistema GEDI)

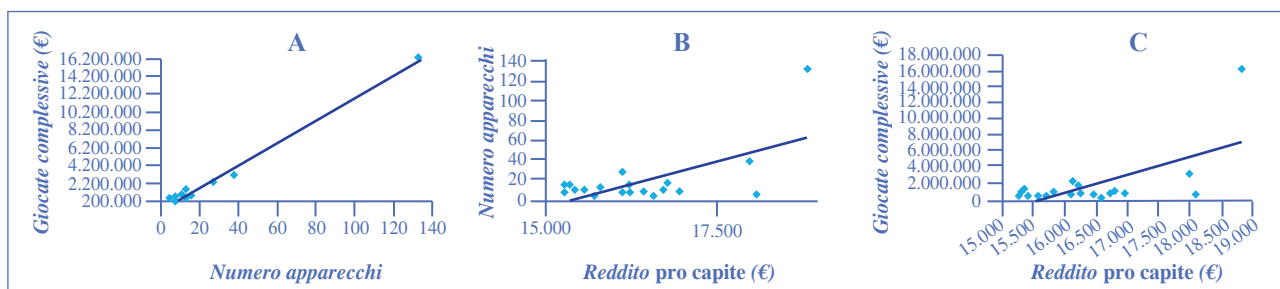


Figura 5 - Correlazione tra numero di apparecchi (VLT e AWP) e giocate complessive in euro (a); reddito *pro capite* e numero di apparecchi (VLT e AWP) (b); reddito *pro capite* e giocate complessive in euro (VLT e AWP) (c). Area Interna, anno 2016

Conclusioni

Il valore medio delle giocate *pro capite* in tutti i giochi d'azzardo nell'area considerata è inferiore al dato medio umbro (14); alcuni Comuni, tuttavia, presentano valori decisamente più elevati, soprattutto dove esiste un'offerta maggiore.

I dati dei Comuni dell'Area Interna evidenziano come il numero di apparecchi AWP e VLT si correli a un numero maggiore di giocate, che a loro volta sono correlate positivamente anche con il reddito, senza una differenza significativa tra Comuni piccoli e grandi. L'offerta comunque rappresenta il fattore di rischio più elevato. Soprattutto le apparecchiature VLT, che consentono giocate singole con importi alti fino a 500 euro, in tempi brevi, aumentano il rischio di dipendenza patologica e la quantità di denaro *pro capite* giocata. L'offerta si rivela significativamente maggiore nei Comuni con un reddito *pro capite* più elevato, ciò fa dedurre che alla base della distribuzione delle apparecchiature possa esserci una accurata indagine di mercato.

Il fenomeno, analizzato nell'Area Interna dell'Orvietano, si rivela molto diffuso, come d'altronde nel resto d'Italia, e necessita di ulteriori approfondimenti epidemiologici, di azioni di prevenzione capillari sul territorio, nonché di attività di promozione della salute che aumentino la consapevolezza sui rischi legati al gioco d'azzardo e più in generale alle dipendenze legali e illegali che si associano spesso fra loro (8).

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Williams RJ, Rehm J, Stevens RMG. *The social and economic impacts of gambling*. Final report prepared for the Canadian Consortium for Gambling Research. March 11; 2011.
2. WHO. The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related-harm (www.who.int/substance_abuse/activities/fadab/abbot_gambling_forum.pdf?ua=1).
3. Pacifici R, Giuliani M, La Sala L (Ed.). *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/5).
4. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 15, 18 marzo 2017.
5. Regione Umbria. Deliberazione Giunta Regionale n. 576 del 26 giugno 2014 "Approvazione di un progetto dell'Azienda USL Umbria 2 per la realizzazione di un centro di riferimento regionale per il trattamento del gioco d'azzardo patologico".
6. Regione Umbria. Piano Regionale 2017-2018 per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo (www.regione.umbria.it/documents/18/0/PIANO+REGIONALE+GIOCO+-D%27AZZARDO/5b90cdc6-8ed2-4ff2-94d9-84d-63b3989e9).
7. Bravi A, Eusebi P. *Il Gioco d'azzardo patologico in Umbria. Rapporto epidemiologico 2018*. Perugia: Regione Umbria; 2018.
8. Cerrai S, Resce G, Molinaro S. Consumi d'azzardo 2017. *Rapporto di Ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD® ed ESPAD® Italia*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche; 2018 (www.epid.ifc.cnr.it/images/downloads/Report/Gioco/Consumi_azzardo_2017.pdf).
9. Buth S, Wurst FM, Thon N, et al. Comparative Analysis of Potential Risk Factors for at-Risk Gambling, Problem Gambling and Gambling Disorder among Current Gamblers. Results of the Austrian Representative Survey 2015. *Front Psychol* 2017;8:2188.
10. Scalese M, Bastiani L, Salvadori S, et al. Association of problem gambling with type of gambling among Italian general population. *J Gambl Stud* 2016;32(3):1017-26.
11. Serpelloni G, Rimondo C. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. *Italian J of the Addictions* 2012;2(3-4):7-44.
12. <https://lab.gedidigital.it/finegil/2017/italia-delle-slot/>
13. <https://lab.gedidigital.it/gedi-visual/2018/italia-delle-slot-2/>
14. Comune di Orvieto. Fondazione per il Centro Studi "Città di Orvieto". Bollettino sulla situazione economica e sociale dell'area orvietana; 2018.

La sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia in Italia: le due ondate epidemiche di morbillo nel 2017 e nel 2018

Adriano Grossi, Antonino Bella, Martina Del Manso, Fabio Magurano, Melissa Baggeri e Antonietta Filia

Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità

SUMMARY (*The national integrated measles and rubella surveillance system in Italy: the two measles epidemic waves in 2017 and 2018*) - Measles is a highly-contagious, vaccine-preventable disease. In Italy, measles transmission has decreased considerably since introduction of universal vaccination, but an increase in the number of reported cases occurred starting in September 2016 and a large measles outbreak occurred in 2017-2018. We analysed measles cases reported to the national integrated measles and rubella surveillance system during January, 1 2017 - December, 31 2018. A total of 8,078 cases were reported, 5,397 in 2017 and 2,681 in 2018. Most cases were reported by the Lazio and Sicily regions. Median age was 27 years in 2017 and 25 years in 2018. The highest incidence was reported in infants aged <1 year. Healthcare workers accounted for 5.7% of cases. Among all reported cases, 88.8% were unvaccinated and 11.2% had received at least one dose. Over one third (37.9%) reported complications, the most frequent of which were stomatitis, diarrhea and keratoconjunctivitis. Introduction of mandatory vaccination in 2017, in children up to 16 years of age, has led to an increase of vaccination coverage. However, gaps in vaccination coverage, particularly among adults and healthcare workers, are of concern. An increase of awareness and vaccination uptake is warranted to prevent further outbreaks and interrupt measles transmission.

Key words: surveillance; measles; Italy

antonino.bella@iss.it

Introduzione

Il morbillo è una malattia esantematica virale altamente contagiosa che può portare a complicanze gravi, incluso il decesso. Nel 2017, si stima che a livello globale si siano verificati circa 400.000 casi e oltre 110.000 di decessi. Sebbene la maggior parte dei decessi e dei casi venga registrata in Paesi a basso reddito, il morbillo continua a essere un rilevante problema di sanità pubblica in tutto il mondo.

Secondo l'ottavo rapporto di verifica dell'eliminazione del morbillo e della rosolia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nella Regione Europea dell'OMS, nel 2018, 35 Paesi hanno raggiunto o mantenuto l'eliminazione del morbillo (rispetto ai 37 del 2017), 2 hanno interrotto la trasmissione endemica (per 12-35 mesi), 12 rimangono endemici e 4 che avevano precedentemente eliminato la malattia ne hanno ristabilito la trasmissione. L'Italia è uno di 12 Stati membri della regione OMS e uno dei quattro Paesi dell'Unione Europea dove la trasmissione del morbillo è ancora endemica (1).

In Italia, il vaccino contro il morbillo è stato introdotto nel 1979 (dose singola a 15 mesi di età) e nel corso degli anni sono stati compiuti numero-

si sforzi per aumentare le coperture vaccinali e raggiungere l'eliminazione: è stato definito il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita - PNEMoRc (2003, aggiornato nel 2010), è stata introdotta la seconda dose di vaccino (2003), sono state istituite la sorveglianza speciale per il morbillo (2007) e la sorveglianza integrata morbillo-rosolia (2013). Tuttavia, le stime di copertura relative precedenti all'introduzione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, nel 2016, erano dell'87,3% per la prima dose e dell'82,2% per la seconda dose (2), valori ben al di sotto di quelli raccomandati dall'OMS del 95%, valore limite necessario per interrompere la trasmissione endemica dell'infezione. Nel 2017, il DL 73/2017 ha sancito l'obbligatorietà della vaccinazione per tutte le nuove coorti di nascita (3). Nel corso degli anni il numero di casi di morbillo si è gradualmente ridotto sino ad arrivare nel 2015 a 254 casi (4). A partire da settembre 2016, è stato registrato un progressivo incremento nel numero di casi di morbillo e l'epidemia si è prolungata per tutto il 2017 e il 2018.

L'obiettivo di questo studio è descrivere l'epidemiologia dei casi di morbillo durante l'epidemia del biennio 2017-18.

Metodi

Nel presente lavoro è stata effettuata un'analisi descrittiva dei casi di morbillo segnalati in Italia al sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia, con data inizio sintomi compresa tra il 1° gennaio 2017 e il 31 dicembre 2018.

Il sistema di sorveglianza integrata, coordinato dal Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, è stato istituito in Italia nel 2013 per rafforzare la sorveglianza del morbillo e della rosolia postnatale, malattie per cui esistono obiettivi di eliminazione nella Regione Europea dell'OMS. I dati vengono raccolti attraverso una piattaforma web accessibile agli operatori accreditati delle ASL/regioni coinvolti nella sorveglianza.

I casi sono stati classificati in accordo ai criteri stabiliti dalla Commissione Europea in casi possibili, probabili e confermati (5).

I casi di morbillo sono stati descritti in termini di spazio, tempo e persona. È stata inoltre calcolata l'incidenza dei casi di morbillo per anno e per regione. Per il calcolo dell'incidenza è stata utilizzata la popolazione Istat al 1° gennaio del 2017 e del 2018, distinta per regione e fascia di età (< 1 anno, 1-4, 5-14, 15-39, 40-64, >64).

Risultati

Da inizio 2017 a fine 2018 sono stati segnalati in Italia 8.078 casi di morbillo, di cui 5.397 nel 2017 e 2.681 nel 2018 con un'incidenza pari a 89,1 e 44,3 casi per milione di abitanti, rispettivamente. Nel totale dei due anni, il 79,7% dei casi è stato confermato in laboratorio, il 13,3% aveva un link epidemiologico e il 7,1% presentava una diagnosi confermata clinicamente. Il numero dei casi importati è risultato essere di 45 (0,8%) nel 2017 e di 61 (2,3%) nel 2018.

Nella Figura 1 vengono riportati i casi di morbillo segnalati in Italia per mese di insorgenza dei sintomi, a partire da gennaio 2017. I casi si sono verificati principalmente in primavera con un picco di 972 casi a marzo 2017 e di 495 ad aprile 2018. Nel 2017 la regione Lazio ha segnalato l'incidenza più elevata (n. 1.964; 333 casi per milione), mentre nella seconda ondata del 2018 l'incidenza più alta si è verificata nella regione Sicilia (Tabella).

Il 50,4% dei casi si è verificato in soggetti di sesso maschile. L'età mediana dei casi è stata pari a 27 anni nel 2017 (range: 0-84 anni) e 25 anni (range: 0-80) nel 2018. In Figura 2 si osserva che la proporzione dei casi di morbillo per fascia di età è simile nei due anni. La classe di età con un numero maggiore di casi è quella tra i 15 e i 39 anni. Correlando il numero di casi alla popolazione italiana della stessa fascia di età, si nota che l'incidenza maggiore è nella fascia sotto l'anno di età (686 casi per milione nel 2017 e 388 casi per milione nel 2018). Nel totale dei due anni, il 18,4% dei casi segnalati (n. 1.485) aveva meno di cinque anni di età; di questi, 498 erano bambini al di sotto dell'anno di età.

La Tabella riporta il numero dei casi di morbillo per regione e Provincia Autonoma (PA). Tutte le regioni/PA hanno segnalato casi, ma il 60% si è concentrato in 3 regioni: Lazio (n. 2.238; 27,7%), Sicilia (n. 1.663; 20,6%), Lombardia (n. 950; 11,8%). Nel 2017, l'incidenza più elevata è stata osservata nel Lazio (333 casi/milione), seguita dall'Abruzzo (189,8/milione) e dal Piemonte (144,3/milione), mentre nel 2018 in Sicilia (238,3/milione), seguita da Calabria (90,5/milione) e Abruzzo (68,4/milione). Lo stato vaccinale è stato riportato per il 90,4% dei casi. Di questi, l'88,8% non era vaccinato, il 6,7% aveva ricevuto

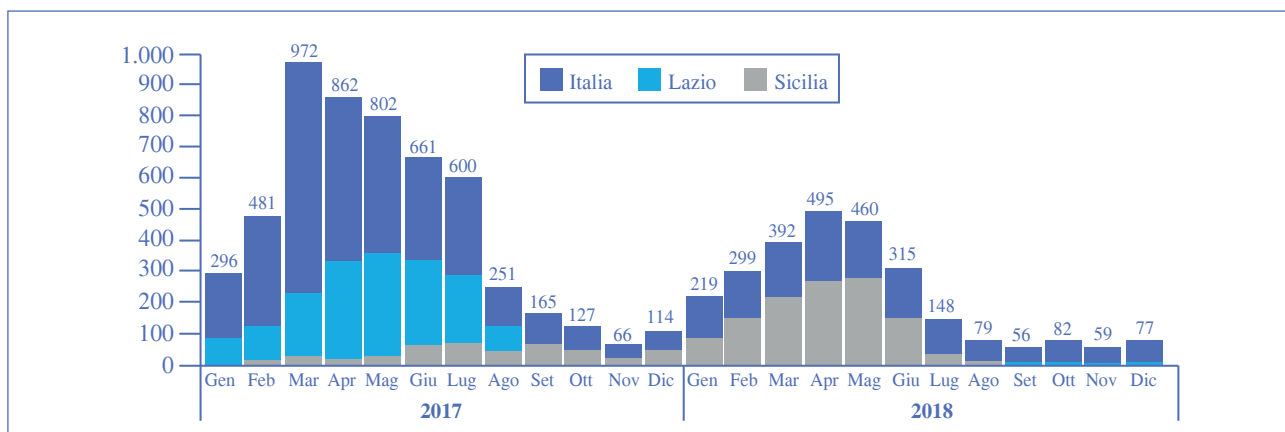


Figura 1 - Casi di morbillo per mese di insorgenza dei sintomi. Italia: gennaio 2017-dicembre 2018

Tabella - Distribuzione dei casi di morbillo segnalati per regione. Italia 2017-18

Regione	2017		2018	
	n. casi	Incidenza (per milione di abitanti)	n. casi	Incidenza (per milione di abitanti)
Piemonte	634	144,3	53	12,1
Valle d'Aosta	1	7,9	3	23,8
Lombardia	787	78,5	163	16,2
PA di Bolzano	22	42,0	7	13,3
PA di Trento	19	35,3	2	3,7
Veneto	286	58,3	35	7,1
Friuli Venezia Giulia	15	12,3	18	14,8
Liguria	54	34,5	56	36,0
Emilia-Romagna	94	21,1	98	22,0
Toscana	370	98,9	90	24,1
Umbria	82	92,2	5	5,7
Marche	61	39,7	30	19,6
Lazio	1.964	333,0	274	46,5
Abruzzo	251	189,8	90	68,4
Molise	2	6,4	0	0,0
Campania	108	18,5	316	54,2
Puglia	25	6,2	50	12,4
Basilicata	8	14,0	8	14,1
Calabria	102	51,9	177	90,5
Sicilia	465	92,0	1.198	238,3
Sardegna	47	28,4	8	4,9

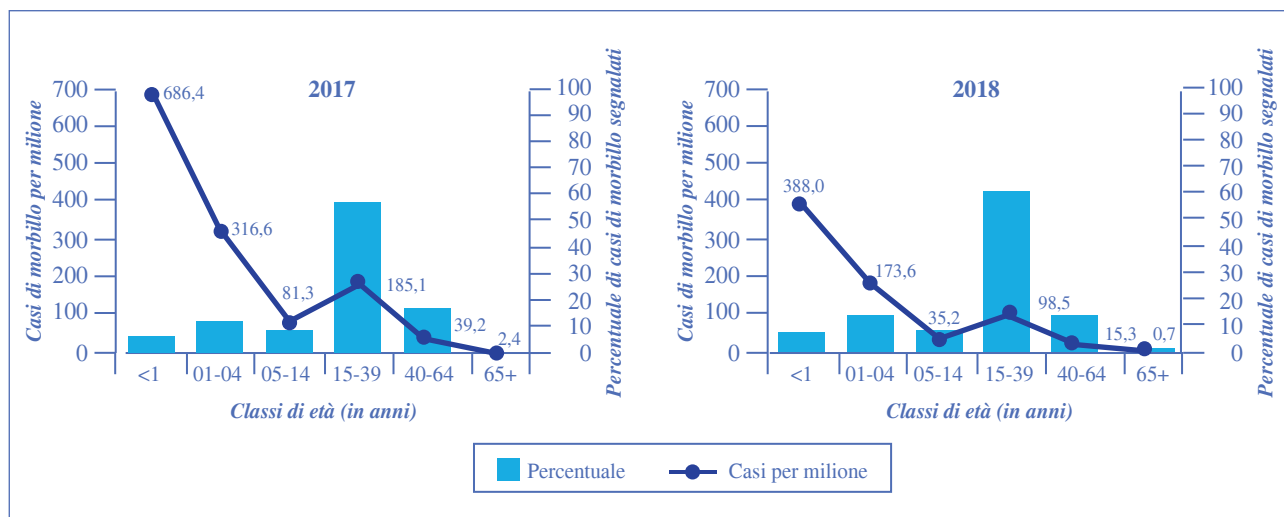


Figura 2 - Proporzione dei casi di morbillo in Italia per fascia di età e incidenza (per milione di abitanti) nel 2017 e nel 2018

una dose di vaccino, l'1,5% due dosi e il restante 3,0% non sapeva riferire il numero di dosi ricevute.

Per il 49,5% (n. 3.998) dei casi di morbillo è stato necessario ricorrere a un ricovero ospedaliero (44,9% nel 2017 e 58,7% nel 2018), mentre per il 19,8% (n. 1.601) ha un accesso in pronto soccorso.

Nel periodo in studio, il 37,9% dei casi (n. 3.060) ha riportato almeno una complicanza (n. 1.841, 34,1% nel 2017; n. 1.219, 45,5% nel 2018). Le complicanze maggiormente riportate sono state: stomatite (n. 1.361, 16,8%) e diarrea (n. 1.317, 16,3%), seguite da cheratoconjuntiviti (n. 945, 11,7%), epatiti (n. 760, 9,4%),

polmoniti (n. 646, 8,0%) e insufficienza respiratoria (n. 479, 5,9%). Le convulsioni si sono verificate in 27 casi (0,3%), mentre l'encefalite è stata segnalata in 4 pazienti (Figura 3). La distribuzione delle complicanze non si è modificata tra il 2017 e il 2018. Durante l'intero periodo sono stati registrati, in Italia, 13 decessi, 5 nel 2017 e 8 nel 2018 con un tasso di letalità pari a 1,6 per 1.000 casi. Quattro dei decessi si sono verificati in bambini sotto i 10 anni di età (rispettivamente 0, 1, 6 e 9 anni).

I principali setting coinvolti sono stati l'ambito nosocomiale, familiare, scolastico (inclusi asili nido e università), lavorativo e comunitario. Nell'ambito nosocomiale sono stati segnalati 460 casi (334 nel 2017 e 126 nel 2018) in operatori sanitari, in visitatori e in pazienti ricoverati per altri motivi.

Conclusioni

Nel biennio 2017-18 si è assistito a un sostanziale incremento del numero di casi di morbillo registrati in Italia rispetto agli anni immediatamente precedenti (865 casi nel 2016). La causa principale di questa epidemia è rappresentata dalle basse coperture vaccinali nel corso degli anni che hanno portato a un accumulo di soggetti suscettibili all'infezione. La proporzione di vaccinati è cresciuta nel tempo, ma è sempre rimasta lontana da quel valore limite del 95%

necessario per interrompere la trasmissione del virus. La maggior parte dei casi segnalati aveva un'età compresa tra i 20 e i 34 anni, indicando l'esistenza di sacche di soggetti suscettibili al morbillo in queste fasce di età. L'incidenza maggiore si è verificata nei bambini con meno di un anno di vita; questi, non avendo ancora ricevuto la vaccinazione, sono i più esposti al rischio di trasmissione e sono protetti solo dalla cosiddetta immunità di gregge o di popolazione. Preoccupante è il dato che 460 casi si sono verificati in ambito ospedaliero, mettendo in evidenza come tra gli operatori sanitari sia necessario avviare campagne di sensibilizzazione e di offerta vaccinale attiva.

Come atteso, le complicanze hanno colpito prevalentemente i bambini con meno di 5 anni di età e la fascia 15-39 anni. Circa la frequenza delle complicanze, i dati mostrano un lieve incremento rispetto ai dati presenti in letteratura. Nello specifico, il 37,9% dei casi segnalati in Italia ha riportato almeno una complicanza (vs 30% in una casistica americana relativa al 1987-2000), con un'alta proporzione di diarrea (16,3% vs 8,2%) e di polmoniti (8% vs 5,9%), ma una minore proporzione di otiti medie (4,2% vs 7,3%) (6). È possibile che la proporzione più elevata di casi complicati sia dovuta all'età media più alta dei casi in Italia e a una possibile sottotifica dei casi meno gravi.

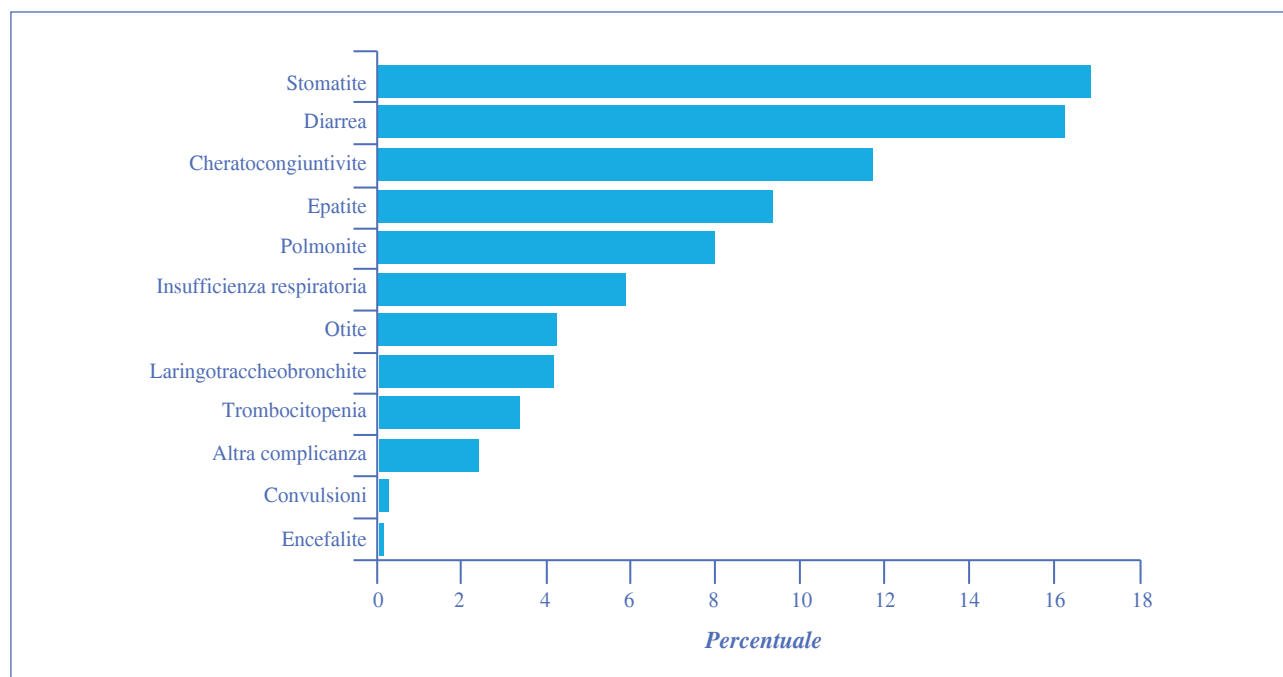


Figura 3 - Distribuzione percentuale di tutte le complicanze tra i casi di morbillo che hanno riportato almeno una complicanza (n. 3.060). Italia, 2017-18

In conclusione, il morbillo continua a essere una sfida per i Paesi europei, inclusa l'Italia. L'epidemia del 2017-18 dimostra come mantenere alte le coperture vaccinali, attraverso campagne di vaccinazione e di sensibilizzazione che siano rivolte a tutta la popolazione e alle categorie a rischio, inclusi gli operatori sanitari, sia fondamentale. In questo senso, l'introduzione dell'obbligatorietà vaccinale ha rappresentato un importante passo avanti nell'aumentare le coperture nelle nuove coorti di nascita, ma per raggiungere l'eliminazione è necessario vaccinare anche gli adulti ancora suscettibili. Affinché la catena di trasmissione si interrompa rapidamente, appare necessario, inoltre, rafforzare il sistema di identificazione e gestione dei focolai epidemici e seguire le raccomandazioni contenute nel PNEMoRc e nella Circolare del Ministero della Salute del 4 aprile 2018 (7).

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Conclusions of the 8th meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC). 2019 Oct 7 (www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/activities/regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-rvc/conclusions-of-the-8th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-meas).
2. Ministero della Salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2016 (coorte 2014). 2017 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_itemFile_5_file.pdf).
3. Italia. Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73. Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale (17G00095). *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale*, n. 130 del 7 giugno 2017.
4. Filia A, Bella A, del Manso M. Morbillo Aspetti epidemiologici in Italia; 2017 (www.epicentro.iss.it/morbillo/epidemiologia-italia).
5. European Commission. COMMISSION IMPLEMENTING DECISION (EU) 2018/945 of 22 June 2018 on the communicable diseases and related special health issues to be covered by epidemiological surveillance as well as relevant case definitions (Text with EEA relevance). 2018;1-74.
6. Perry RT, Halsey NA. The clinical significance of measles: a review. *J Infect Dis* 2004;189(Suppl 1):S4-16.
7. Ministero della Salute. Situazione epidemiologica del morbillo. Indicazioni operative per la gestione dell'epidemia in atto .2017;30(2):188-92 (www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017&codLeg=58889&parte=1&serie=nullcol).