



Il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita

Uno degli aspetti che caratterizzano la situazione vaccinale in Italia è la disomogeneità, tra varie aree del Paese, con cui vengono offerte, accettate e quindi praticate le vaccinazioni per l'infanzia, soprattutto quelle non garantite da obblighi legali introdotti su base nazionale. L'epidemiologia del morbillo nel paese ne è la prova più evidente. Nel 2002 e 2003 l'Italia è stata percorsa da estese epidemie, che hanno causato migliaia di casi, centinaia di ricoveri ospedalieri e anche alcuni decessi.¹ Queste epidemie hanno trovato il proprio innesco e terreno di propagazione nelle aree territoriali con una bassa proporzione di bambini vaccinati contro il morbillo, e hanno riportato l'attenzione sulla necessità di attuare in tempi rapidi azioni efficaci per sconfiggere una malattia affatto banale e alla cui prevenzione tutti i bambini italiani dovrebbero avere il diritto. La disponibilità di vaccini efficaci e sicuri (presenti e raccomandati in Italia fin dal 1976) non è stata sufficiente da sola a prevenire la malattia perché è mancata un'azione coordinata con un obiettivo esplicito nazionale. Fino alla metà degli anni novanta ogni anno sono stati vaccinati in media solo la metà dei bambini nel secondo anno vita, lasciando così ampie popolazioni di suscettibili a sostenere la circolazione del virus. Tra l'altro la disponibilità di vaccini combinati contro morbillo, rosolia e parotite epidemica (MPR) permette la prevenzione simultanea di tre importanti infezioni con una sola vaccinazione. Negli ultimi anni, sono state intraprese numerose azioni volte a migliorare la percentuale di bambini adeguatamente vaccinati,²⁻⁵ e la copertura vaccinale stimata dall'indagine ICONA 2003 è del 77% (con la Provincia Autonoma di Bolzano, il Lazio e la Calabria con coperture inferiori al 70%). Nonostante l'aumento di copertura, il valore più recente è ancora molto distante dal 95% necessario per interrompere la trasmissione dell'infezione, la cui eliminazione è prevista in Europa entro il 2010.⁶

Ogni singola Regione o Provincia Autonoma è responsabile di attuare sul territorio le raccomandazioni nazionali, ma è evidente che il controllo efficace del morbillo non può prescindere dalla messa a punto di una strategia operativa condivisa e allineata anche nei tempi di attuazione. Il Piano nazionale di eliminazione fornisce l'innescò per avviare formalmente tale strategia. Il percorso di redazione del Piano, recentemente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni,⁷ è stato un'esperienza inedita in Italia; la stesura iniziale infatti è stata discussa un anno fa durante una Conferenza di Consenso, cui hanno partecipato le Regioni e Province Autonome, l'Istituto superiore di sanità, il Ministero della salute e i rappresentanti del mondo pediatrico e degli igienisti italiani. Si è arrivati quindi a un documento condiviso, che identifica le azioni necessarie per raggiungere non solo l'e-

liminazione del morbillo, ma anche il controllo della rosolia congenita, tuttora presente in Italia.^{8,9}

La tabella che segue (p. 8) riassume le attività di vaccinazione previste dal Piano; in breve, la strategia di eliminazione prevede i seguenti punti:

- raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali superiori al 95% entro i 2 anni di età per una dose di MPR.
- Vaccinare sia i bambini oltre i 2 anni di età che gli adolescenti ancora suscettibili, effettuando durante gli anni scolastici 2003-2004 e 2004-2005 una attività straordinaria di recupero dei suscettibili rivolta ai bambini che frequentano le scuole elementari e medie.
- Introdurre nell'offerta di vaccinazione una seconda dose di MPR.

■ Attuare delle strategie per la eliminazione della rosolia, con azioni rivolte alle donne in età fertile o in gravidanza e al personale esposto a un elevato rischio professionale, basate sulla valutazione della immunità e la vaccinazione delle donne ancora suscettibili.

Per quanto riguarda il primo punto, il Piano sottolinea la necessità di attuare tutte le azioni che hanno dimostrato evidenza di efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali, tra cui la gratuità e l'offerta attiva. Inoltre, delinea le principali azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi:

- La realizzazione di anagrafi vaccinali informatizzate, senza le quali è impossibile documentare lo stato vaccinale di ogni individuo e identificare i soggetti ancora suscettibili candidati alla vaccinazione.
- Il miglioramento della sorveglianza del morbillo, della rosolia e della rosolia congenita così come delle reazioni avverse al vaccino.
- La conduzione di un programma di formazione rivolto a tutti gli operatori coinvolti.
- L'effettuazione di un'adeguata campagna di informazione e comunicazione rivolta alla popolazione.

La conduzione delle azioni per eliminare morbillo e rosolia congenita deve includere anche il loro continuo monitoraggio, utilizzando indicatori di processo e di esito. Questo monitoraggio dovrà essere trasparente, con un ritorno delle informazioni a tutti i livelli territoriali coinvolti, e un gruppo di coordinamento nazionale in grado di individuare i punti critici su cui intervenire.

Le attività previste coprono un arco di 5 anni, dal 2003 al 2007; cominciamo quindi un cammino impegnativo per arrivare a sconfiggere queste malattie. Il sistema sanitario italiano ha già raggiunto questo traguardo per altre gravi infezioni prevenibili con le vaccinazioni, come la poliomielite e la difterite; abbiamo perciò le potenzialità per raggiungere

anche questo traguardo e l'accordo tra Stato e Regioni fornisce l'indicazione per attuare tutte le misure necessarie. Il successo delle strategie vaccinali è sempre un successo di squadra, e la stesura condivisa del Piano ha posto le basi per lavorare in sinergia. L'identificazione di referenti regionali, la messa a punto di un programma di formazione comune da condurre a cascata in tutte le Regioni, la valutazione in corso d'opera dei risultati raggiunti e l'identificazione dei punti critici saranno ora componenti fondamentali del successo del Piano.

Marta Ciofi degli Atti, Stefania Salmaso
 Reparto malattie infettive
 Centro nazionale di epidemiologia e prevenzione della salute
 Istituto superiore di sanità, Roma

Referenze bibliografiche

- Ciofi degli Atti ML, Fabi F, Salmaso S, Pizzuti R, de Campora E. Measles epidemic attributed to inadequate vaccination coverage. *Campania, Italy, 2002. MMWR* 2003/52 (43): 1044-47.
- Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. *Accordo sul Piano Nazionale Vaccini. 1999-2000*. Commissione Nazionale di Esperti. GU n. 144 del 29 luglio 1999.
- Ministero della Sanità. Decreto 7 aprile 1999. *Nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva*. GU n. 87 del 15 aprile 1999.
- Ministero della Sanità, Direzione Generale Servizi Igiene Pubblica. Circolare n. 12 del 13 luglio 1999. *Controllo ed eliminazione di morbillo, rosolia e parotite attraverso la vaccinazione*.
- DPCM del 29 novembre 2001. *Livelli essenziali di assistenza sanitaria*. GU n. 33 dell'8 febbraio 2002. Supplemento ordinario n. 26: determinazioni conseguenti.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. *Strategic Plan for measles and congenital rubella infection in the European region of WHO*. 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/e81567.pdf>
- 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*. GU n. 297 del 23-12-2003- Suppl. Ordinario n.195.
- Regione Campania e Servizi Prevenzione ASL Regione Campania. Sorvegliare la rosolia congenita: l'esperienza del Registro "infezioni perinatali" in Campania. *BEN Notiziario ISS* 2003 (16) 5. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2003/maggio2003/4.htm>
- Revello MG. Epidemia di rosolia 2002: un anno dopo. *BEN Notiziario ISS*, 2003 (16) 5. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2003/maggio2003/3.htm>

STRATEGIE DI VACCINAZIONE PER L'ELIMINAZIONE DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA, 2003-2007

Vaccinazione dei nuovi nati

A partire dalla coorte di nascita 2002

Somministrazione di due dosi di vaccino MPR, secondo le seguenti modalità:

- prima dose a 12 mesi compiuti di vita, contemporaneamente alla somministrazione della terza dose delle altre vaccinazioni dell'infanzia, e comunque entro il 15° mese.
- seconda dose a 5-6 anni di età, contemporaneamente alla somministrazione della quarta dose di vaccino DTPa.

Recupero dei suscettibili

Bambini in età prescolare, coorti di nascita 2001-1998

Valutazione dello stato vaccinale e somministrazione della prima dose di MPR durante le occasioni opportune rappresentate dalle altre vaccinazioni: quarta dose antipolio nel terzo anno di vita e quarta dose DTPa a 5-6 anni.

Bambini che frequentano la scuola elementare, coorti di nascita 1997-1993

Offerta attiva di una dose di vaccino MPR a tutti i bambini che frequentano la scuola elementare nel corso dell'anno scolastico 2003-2004, che non siano stati precedentemente vaccinati o che abbiano eseguito una sola dose. La seconda dose per chi ha ricevuto la prima durante la fase di recupero verrà eseguita a partire dal 2007.

Studenti scuola media coorti di nascita 1992-1991

Offerta attiva di una dose di vaccino MPR ai ragazzi che frequentano la seconda e terza classe della scuola media nel corso dell'anno scolastico 2004-2005, che non siano stati precedentemente vaccinati o che abbiano eseguito una sola dose. La seconda dose per chi ha ricevuto la prima durante la fase di recupero verrà eseguita a partire dal 2007.

Adolescenti coorti di nascita 1990-1988

Valutazione dello stato vaccinale e somministrazione della prima dose di MPR contemporaneamente alla effettuazione del richiamo dT, a 13-15 anni

Azioni aggiuntive per la eliminazione della rosolia

Donne in età fertile

- Vaccinazione di tutte le donne in età fertile che non hanno una evidenza sierologica di immunità o una documentata vaccinazione.
- Vaccinazione delle puerpere e delle donne che effettuano una interruzione di gravidanza che non hanno una evidenza sierologica di immunità o una documentata vaccinazione.

Personale esposto a rischio professionale

- Vaccinazione di tutti gli operatori sanitari suscettibili
- Vaccinazione di tutte le donne suscettibili esposte a elevato rischio professionale (scuole)