

Ricerca



@ FOCOLAI DI MORBILLO NELLA POPOLAZIONE NOMADE IN ITALIA: GIUGNO-SETTEMBRE 2006

A. Filia¹, F. Curtale², P. Kreidl³, G. Morosetti³, L. Nicoletti⁴, F. Perrelli⁵, J. Mantovani⁶, D. Campus⁷, G. Rossi⁸, M.C. Sanna⁹, A. Zanetti⁵, F. Magurano⁴, C. Fortuna⁴, S. Iannazzo⁷, M.G. Pompa⁷, M. Ciofi degli Atti¹

¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), Istituto Superiore di Sanità, Roma; ²Prevenzione e Tutela della Salute, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Roma; ³Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige; ⁴Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ⁵Servizio Prevenzione Assessorato Igiene Sanità e Servizi Sociali, Regione Sardegna; ⁶Ufficio Igiene Pubblica, Alghero, Sardegna; ⁷Ministero della Salute, Roma
Indirizzo per corrispondenza: marta.ciofi@iss.it

CLUSTER OF MEASLES CASES IN THE ROMA/SINTI POPULATION IN ITALY: JUNE-SEPTEMBER 2006

Key words Measles, Outbreak, Roma/Sinti, Italy

Summary Three clusters of measles cases occurred between June and September 2006, in three different Italian regions: the Autonomous Province of Bolzano-South Tyrol (17 cases); Lazio (161 cases); and the island of Sardinia (9 cases). The clusters affected mainly Roma/Sinti communities with low vaccination coverage, and, in Bolzano and Lazio regions, also spread to the general population. In response to the outbreaks, active tracing and vaccination of susceptible contacts were performed by local health authorities in all three regions and vaccination sessions were conducted directly in campsites affected by the outbreak. A second MMR vaccine dose was also offered to contacts who had previously received only one dose. The occurrence of these outbreaks underscores the need to achieve and maintain high vaccination coverage with two doses of MMR vaccine, through routine immunisation in the general population, and to ensure that hard to reach populations such as children from Roma/Sinti and immigrant communities also have access to immunisation. Factors that impede these children from being immunised must be adequately addressed and special strategies should be developed to reach these populations on a regular basis. In addition, it is important that all healthcare personnel and people travelling abroad are also fully immunised.

Il Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, approvato nel novembre 2003, ha determinato una riduzione dell'incidenza del morbillo su tutto il territorio nazionale. Il numero di casi notificati, infatti, è in netta diminuzione (686 casi nel 2004, 108 casi nel 2005). Grazie all'elevato coinvolgimento delle autorità sanitarie regionali e degli operatori delle ASL e del territorio, le coperture per una dose di vaccino morbillo, parotite e rosolia (MPR) nei bambini di età <24 mesi sono migliorate passando dall'85,7% nel 2004 all'88,3% nel 2005. Tuttavia la soglia del 95% prevista dal Piano per il 2006 non è stata ancora raggiunta; l'infezione continua a circolare e nel 2006 si sono verificati alcuni focolai epidemici di morbillo. Nel periodo giugno-settembre 2006 si sono verificati tre focolai di casi che hanno interessato principalmente la popolazione nomade Rom/Sinti, in tre diverse regioni italiane: Provincia Autonoma di Bolzano, Lazio e Sardegna. Il primo focolaio si è verificato nella Provincia Autonoma di Bolza-

no, dove, tra il 21 giugno e l'11 agosto 2006, sono stati notificati 17 casi di morbillo, di cui 13 nella popolazione nomade (Sinti) e 4 nella popolazione generale. Di questi due (uno dei quali è una peditra) hanno acquisito l'infezione per contatto ospedaliero con i primi due pazienti Sinti, mentre in due casi non è stato possibile identificare con certezza la fonte di infezione.

L'età mediana dei casi era di 13 anni (range 2-29 anni) e il 53% aveva meno di 15 anni. In totale, 10 casi, incluso 6 dei 13 casi Sinti sono stati confermati sierologicamente, mentre i restanti 7 casi avevano un collegamento epidemiologico. Il virus del morbillo è stato tipizzato ed è risultato essere del genotipo D4.

Un secondo focolaio si è verificato nella regione Lazio, con 161 casi notificati dal 24 giugno al 20 settembre 2006. Questo focolaio ha interessato, in un primo momento, la popolazione Rom/Sinti delle città di Roma e Latina, e l'infezione si è poi diffusa anche nella popolazione generale del Lazio. Nella popolazione generale, la fonte dell'infezione è stata ricondotta, in buona parte dei casi, a contatti con bambini nomadi malati, anche in ambito nosocomiale. In totale sono stati notificati, al 20 settembre, 74 casi nella popolazione Rom/Sinti di 7 diversi campi nomadi e 87 nella popolazione generale. La Figura mostra il numero di casi notificati, nella popolazione nomade e in quella non nomade, per settimana di esordio dei sintomi (curva epidemica). Sono evidenti due picchi epidemici, uno dei quali verso la metà di agosto, riferibile ai casi nella popolazione nomade, e un secondo picco ai primi di settembre nella popolazione generale.

Il 46% (74/161 casi) dei casi totali si sono verificati nella fascia di età 0-4 anni. La distribuzione per età è diversa nella popolazione nomade (Rom/Sinti) rispetto a quella non nomade. Infatti, mentre nella popolazione nomade, quasi il 70% (50/74) dei casi aveva meno di 5 anni e oltre il 90% (68/74) meno di 15 anni, nella popolazione generale i casi con meno di 15 anni sono risultati pari al 52% (44/84).

Nessuno dei casi Rom/Sinti era stato vaccinato, mentre nella popolazione generale 5 casi avevano ricevuto una sola dose di vaccino. Complessivamente 52 casi sono stati confermati in laboratorio; il genotipo virale è risultato essere del tipo D4.

Un terzo focolaio si è verificato in un campo nomadi (Rom/Sinti) ad Alghero. In totale, sono stati riportati 9 casi, con insorgenza dei sintomi tra il 12 agosto e il 3 settembre 2006. Tutti i casi si sono verificati in bambini/adolescenti con meno di 15 anni (2 casi ave-

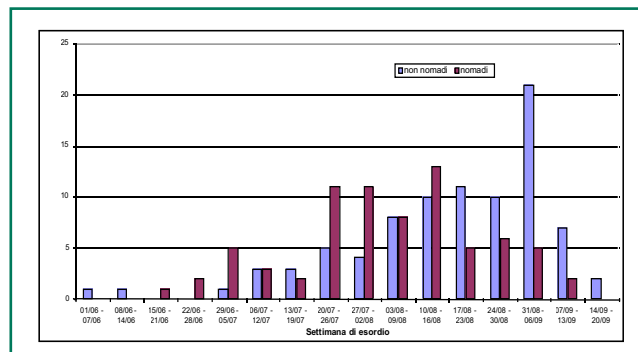


Figura. Numero di casi notificati per settimana di insorgenza dei sintomi, nelle popolazioni nomade e non nomade, Lazio, giugno-settembre 2006 (n=161).

vano meno di 5 anni). Da sottolineare che 4 casi erano stati a Roma dal 3 al 14 agosto (possibile un link epidemiologico con il focolaio di Roma). Tre casi sono stati confermati in laboratorio e anche in questo focolaio è stato isolato il ceppo virale D4.

In risposta ai focolai epidemici sono state effettuate le necessarie indagini epidemiologiche e attivate le misure di controllo destinate a proteggere i contatti suscettibili e impedire la diffusione dell'infezione. In particolare sono state effettuate, in tutte le regioni coinvolte, la ricerca attiva e la vaccinazione dei contatti suscettibili, e sono state organizzate delle sedute vaccinali direttamente nei campi nomadi interessati. Una seconda dose di vaccino MPR è stata offerta a chi aveva precedentemente effettuato una sola dose. I medici (inclusi i medici e i pediatri di famiglia) e le autorità sanitarie locali sono stati allertati sulla necessità di notificare tutti i casi sospetti; condurre, in tutti i pazienti con sintomatologia clinica sospetta, gli appropriati accertamenti di laboratorio per confermare la diagnosi; isolare i pazienti ricoverati con sospetto morbillo e verificare che il personale sanitario fosse adeguatamente vaccinato per MPR.

Discussione - Si stima che circa 110.000 Rom/Sinti vivono attualmente in Italia, molti dei quali in campi nomadi permanenti o semi-permanenti. Anche se la maggior parte di essi non obietta alle vaccinazioni, nessuno dei casi riportati era stato vaccinato contro il morbillo. Per vari motivi, i nomadi rappresentano una popolazione difficile da raggiungere dai programmi vaccinali, e quindi esiste il rischio di potenziali focolai epidemici. Altre epidemie che hanno interessato la popolazione nomade si sono verificate in altri Paesi europei. Il verificarsi di focolai epidemici come questi sottolinea l'importanza di raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali con due dosi di MPR nella popolazione, in-

clusi i gruppi vulnerabili e più difficili da raggiungere, quali i nomadi. Vanno indagati i fattori che impediscono questi ultimi a vaccinarsi, quindi, e sviluppate strategie specifiche per aumentare le coperture vaccinali anche in queste popolazioni.

I focolai epidemici descritti si sono verificati in estate, cioè in un periodo solitamente di bassa incidenza del morbillo. È importante ricordare che, durante il periodo di apertura delle scuole, invece, il rischio di trasmissione dell'infezione è maggiore; è quindi necessario mantenere un elevato livello di attenzione e ricordare anche che il rientro a scuola può costituire un'utile occasione per verificare lo stato vaccinale per morbillo, in modo da recuperare chi non è stato adeguatamente vaccinato. Va sottolineata, inoltre, l'importanza della vaccinazione MPR nel personale sanitario e, considerata la possibilità che il virus venga importato da altri Paesi, la necessità di raccomandare la vaccinazione anche per tutti i viaggiatori. Infine, va ricordato che la sorveglianza è una componente essenziale del processo di eliminazione del morbillo; infatti ha consentito la tempestiva identificazione dei focolai descritti da parte delle autorità locali e regionali.

Vista la situazione epidemiologica corrente in Italia, che si configura simile a quanto descritto per lo stadio II di controllo, è fondamentale che: a) i medici segnalino (notifica obbligatoria) tempestivamente tutti i casi sospetti; b) la ASL effettui l'indagine del caso, la ricerca attiva dei contatti suscettibili, la profilassi post-esposizione e la raccolta dei campioni per la conferma di laboratorio; c) tutte le epidemie vengano indagate e ne venga data tempestiva comunicazione al Ministero della Salute e all'ISS. In questo modo, vengono consentiti, a livello locale, l'attuazione delle appropriate misure di controllo e l'accertamento delle cause e, a livello centrale, il monitoraggio dello stato di avanzamento del Piano.



**PREVENZIONE DELLA ROSOLIA CONGENITA:
VACCINAZIONE NEL POST-PARTUM IN UN PUNTO
NASCITA DI 1° LIVELLO**

E. Ferraroni, A. Volta, C. Capuano, G. Fragni, D. Novelli
Servizio Salute Infanzia e Assistenza Neonatale, Dipartimento di Cure Primarie, Distretto di Montecchio Emilia, AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo per corrispondenza: ferraronie@ausl.re.it

**CONGENITAL RUBELLA PREVENTION:
POST-PARTUM VACCINATION IN A SMALL NEONATAL UNIT**

Key words Rubella infection, Pregnancy, Congenital rubella, Prevention, Vaccination after delivery

Summary Rubella infection during pregnancy may cause serious foetal damages that may lead to abortion or malformations in many organs; in some cases the voluntary pregnancy interruption is chosen. The National Plan for eliminating Measles and Congenital Rubella aims at reducing the incidence of congenital rubella to <1 case /100,000 in alive newborns. The vaccination of not immune women in the immediate post-partum is one of the strategies to apply in order to achieve this goal. In the present work the vaccination activity of not immune puerperas in a small neonatal unit is described and the data of 4 years of activity (2003-2006) are related.

Introduzione - Dal 1° gennaio 2005, in Italia, è previsto l'obbligo di notificare le infezioni da rosolia in gravidanza e le sindromi/infezioni da rosolia congenita (RC). Il Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, emanato nel 2003, si è posto l'obiettivo di ridurre l'incidenza della RC a valori inferiori a un caso ogni centomila nati vivi entro il 2007; la strategia per ottenere questo risultato prevede, tra le altre, la vaccinazione delle donne sieronegative nell'immediato post-partum e il mantenimento di elevate coperture vaccinali per MPR nell'infanzia (>95%), utilizzando un ciclo a due dosi (la prima a 12-15 mesi e la seconda a 5-6 anni, oppure a 11-12 anni). In Italia il rischio di sindrome da RC è ancora esistente e attuale. L'ultima epidemia di rosolia è av-

venuta nel 2002 con 6224 casi segnalati. Dopo il 2002 l'incidenza della malattia è diminuita, ma il rischio di infezione in gravidanza permane, come segnalato da alcuni centri italiani.

Anche in altri Paesi europei il fenomeno è presente, ad esempio in Spagna, Olanda e Regno Unito, dove però il fenomeno, grazie alle politiche vaccinali adottate, sembra limitato alla popolazione di nuova immigrazione.

Il Servizio Salute Infanzia di Montecchio Emilia (RE) eroga prestazioni alla popolazione pediatrica residente in un distretto della provincia di RE che conta 8830 residenti nella fascia d'età 0-16 anni.

Il Servizio è da anni particolarmente attento alla prevenzione delle malattie infettive prevenibili da vaccino, con particolare attenzione al mantenimento di alte coperture vaccinali nell'infanzia. Il personale è composto da quattro pediatri e tre assistenti sanitarie. La peculiarità del Servizio risulta essere l'attività integrata tra ospedale e territorio: i pediatri gestiscono l'assistenza neonatale presso il punto nascita dell'ospedale (numero di parti annuale di circa 900), l'attività territoriale comprendente gli ambulatori vaccinali per l'infanzia, la prevenzione delle malattie infettive nelle collettività scolastiche, l'organizzazione dell'assistenza domiciliare ai minori con patologia cronica e vari interventi di educazione sanitaria, compresi i corsi pre e post-partum in collaborazione con il Servizio Salute Donna. La sede del Servizio è all'interno dello stesso ospedale nel quale è collocato il reparto di ostetricia; pertanto la situazione logistica è ottimale per gestire l'intervento preso in considerazione in questo lavoro.

Materiali e metodi - A partire dall'anno 2003 proponiamo attivamente la vaccinazione antirosolia alle puerpere sieronegative che partoriscono presso il nostro punto nascita.

L'attività è iniziata con la stesura di un protocollo di intervento che è stato condiviso con il personale del reparto di ostetricia. Vengono sottoposte a vaccinazione solo le donne con IgG negative. Non consideriamo criterio di esclusione la recente somministrazione di immunoglobuline anti-Rh. Nel caso in cui la donna non abbia effettuato il rubeo-test prima dell'accesso in ospedale, esso viene richiesto al momento del parto. Nei giorni successivi al

parto presentiamo alla donna l'opportunità della vaccinazione e consegniamo materiale informativo riguardante la RC e la sua prevenzione. Dopo aver raccolto l'anamnesi e richiesto il consenso scritto attraverso un modulo specifico, eseguiamo la vaccinazione in reparto; alla donna viene rilasciata copia del modulo di anamnesi e di consenso, oltre al certificato di vaccinazione. Alla fine di ogni anno i certificati delle donne sottoposte a vaccinazione sono inviati al Servizio di Igiene Pubblica. Per gli anni 2003-2004 è disponibile come indicatore di attività il numero di donne vaccinate con vaccino antirosolia nel post-partum; per il biennio 2005-2006 sono stati individuati anche altri utili indicatori, cioè la quota di donne sieronegative al parto e la quota di puerpere sieronegative che non sono state sottoposte a vaccinazione nel post-partum.

Risultati - Nel 2003 sono state vaccinate in puerperio 7 donne. Nel 2004 le donne vaccinate nel post-partum sono state 14. Nel 2005 quasi tutte le donne che hanno partorito possedevano il referto di un rubeo-test effettuato in precedenza. Su un totale di 905 parti, 28 donne (3%) sono risultate sieronegative per rosolia al momento del parto; di queste 17 (60,7%) sono state vaccinate dopo il parto. Nel 2006 le donne sieronegative sono state 30 (il 3,4% delle partorienti); di queste, 24 (80%) sono state vaccinate durante la degenza nel post-partum (Tabella).

Nella nostra casistica, nel biennio 2005-2006, le donne sieronegative avevano un'età media di 28 anni (range 16-40 anni). Anche l'etnia è risultata variabile: tra le 58 donne sieronegative 43 erano italiane (cioè il 3,1% delle donne italiane) e 15 straniere (cioè il 3,9% delle straniere) (nel nostro punto nascita hanno partorito il 20% di donne straniere nel 2005 e il 23% nel 2006).

Tra le 58 donne sieronegative, 41 (70,7%) sono state sottoposte a vaccinazione nel post-partum con MPR, come richiede il Piano Nazionale. Diciassette donne (29,3%) non sono state vaccinate: di queste 3 avevano vissuto una grave situazione al parto, una donna era già conosciuta come inadempiente totale alle vaccinazioni, 3 puerpere non sono state vaccinate per patologia ed è stata consigliata la vaccinazione a distanza, 5 donne hanno rifiutato il vaccino senza un preciso motivo, 3 hanno rifiutato la vaccinazione a seguito della decisione di non avere altre gravidanze, di una si è scoperta la sieronegatività dopo la dimissione ed è risultata irripetibile, un'altra invece è stata indirizzata al Servizio di Igiene.

Discussione - La quota di donne sieronegative da noi rilevata al momento del parto (3,2%) è inferiore a quanto segnalato dalla letteratura per le donne in età fertile in Italia, che riporta un 8% di donne sieronegative tra i 20 e i 39 anni. La nostra percentuale è probabilmente sottostimata perché è riferita alle sole partorienti; altre donne in età fertile potrebbero essere suscettibili, portando così le percentuali di sieronegatività oltre il 5% (considerato il limite massimo ritenuto tollerabile per il controllo dell'infezione). L'etnia delle donne sieronegative è eterogenea: 15 sono straniere e 43 italiane (20 del nord e 23 del centro-sud). Pertanto, anche se bisogna prestare particolare attenzione alle donne straniere, le donne italiane non possono essere considerate a basso rischio. Inoltre le donne italiane che si presentano al parto in questi anni appartengono a fasce di età per le quali nell'infanzia non sono state raggiunte coperture vaccinali ottimali.

Anno	Parti	n° donne sieronegative	n° vaccinate post-partum	N° neg non vaccinate
2003	805	nd	7	nd
2004	897	nd	14	nd
2005	905	28 (3%)	17 (60,7%)	11
2006	863	30 (3,4%)	24 (80%)	6

nd = non disponibile

Tabella. Numero di donne sieronegative per rosolia al momento del parto e casi vaccinati in puerperio.

La disponibilità delle donne ad eseguire la vaccinazione non è stata particolarmente elevata, se si considera che quasi il 30% delle donne sieronegative non sono state vaccinate nel post-partum; tuttavia dal 2005 al 2006 la percentuale di donne che hanno accettato la vaccinazione dopo il parto è cresciuta sensibilmente (dal 60% è passata all'80%). Spesso il rifiuto alla vaccinazione è legato a timori riguardo alla salute propria o del proprio bambino (molto sentiti sono i dubbi riguardanti il passaggio del virus nel latte materno ed eventuali effetti collaterali nel bambino).

A nostro avviso, occorre potenziare la sorveglianza dello stato immunitario delle gravide attraverso l'esecuzione del rubeo-test nel corso della gravidanza o al momento del parto nel caso in cui non sia già disponibile.

Occorre, inoltre, incrementare la vaccinazione delle donne suscettibili alla rosolia prima di un'eventuale gravidanza o nell'immediato post-partum nel caso di donne ancora sieronegative. La vaccinazione nel post-partum si sta rivelando uno strumento preventivo particolarmente utile: infatti, se il vaccino viene proposto durante la degenza ospedaliera, si ha maggiore adesione rispetto al semplice consiglio di eseguire la vaccinazione dopo la dimissione.

Andrebbe approfondito il colloquio prevaccinale, sottolineando l'importanza della vaccinazione e le conseguenze di un eventuale rifiuto, ribadendo la sicurezza del vaccino al fine di eliminare dubbi infondati e ottenere una buona adesione alla vaccinazione. Sarebbe opportuno migliorare l'informazione già durante la gravidanza, e soprattutto ancora prima della programmazione di una gravidanza, sensibilizzando le donne sull'importanza e sul significato della conoscenza del proprio stato immunitario relativo alla rosolia e della prevenzione attraverso il vaccino nel caso di sieronegatività. Per tale motivo sarebbe auspicabile l'intervento attivo anche dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia. Per lo screening e l'informazione bisognerebbe sfruttare ogni momento "filtro" disponibile, come ad esempio le interruzioni di gravidanza o altre occasioni di visite ginecologiche. Pertanto è indispensabile programmare azioni formative per il personale ostetrico-ginecologico, nonché migliorare la comunicazione tra i pediatri/neonatologi e i ginecologi.

Non bisogna, ovviamente, distogliere l'attenzione dalla popolazione pediatrica, potenziando l'attività vaccinale in questa fascia di età, attuando il ciclo previsto di due dosi e procedendo al recupero dei soggetti ancora non vaccinati, con una particolare attenzione verso la popolazione di nuova immigrazione.

Le **pagine elettroniche (pagine verdi)** riportano in breve le ricerche e i casi clinici che compaiono per esteso sul sito elettronico della rivista (www.medicoebambino.com). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 209.

Su questo numero elettronico della rivista potrete trovare le due ricerche full-text sui focolai di morbillo e sulla prevenzione della rosolia congenita, di cui sono riassunti i principali risultati in queste pagine. Si tratta di due **"Ricerche"** che testimoniano l'importanza di un monitoraggio attento dei casi di morbillo e rosolia congenita, come previsto dal Piano Nazionale per le vaccinazioni del 2003 (l'obiettivo è la loro scomparsa).

Sempre a proposito di vaccinazioni, nella rubrica **"Il Punto su..."** segnaliamo l'editoriale e l'articolo di approfondimento ([link](#)) sulla vaccinazione per il cancro della cervice (disponibile in Italia per le adolescenti) che sono tratti dal *Bollettino di Informazione del Farmaco*.

Di rilievo, in **"Occhio all'evidenza"**, la recensione di uno studio clinico controllato, condotto in un setting ambulatoriale, sulla *immunoterapia sublinguale* per i casi di allergia nei confronti delle graminacee. In **"Appunti di terapia"** vengono riportati i risultati di due importanti studi sull'uso del cortisone in bolo nei casi di *malattia di Kawasaki* (ancora controverso) e sull'inserzione dei *tubini timpanostomici* nei casi di *otite essudativa* (attendere è meglio). Nella rubrica **"Presentazioni"** (PPT) si discute del trattamento farmacologico del dolore nel bambino.