

Il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015

A cura della Commissione Vaccini della SIAIP

Marta Ciofi degli Atti¹ (coordinatore), Chiara Azzari², Giorgio Bartolozzi³, Susanna Esposito⁴, Gaetano Maria Fara⁵, Milena Lo Giudice⁶, Caterina Rizzo⁷



Parole chiave: eliminazione, morbillo, rosolia congenita

Abstract

Il 23 marzo 2011 è stato approvato il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc), 2010-2015. Gli obiettivi generali sono eliminare il morbillo endemico, riducendo la sua incidenza a meno di 1 caso su 1.000.000 di abitanti; eliminare la rosolia endemica, riducendo la sua incidenza a meno di 1 caso su 1.000.000 di abitanti; ridurre l'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 caso per 100.000 nati vivi. Per raggiungere entro il 2015 questi traguardi, sono stati previsti sette obiettivi specifici con le relative azioni da attuare. Abbiamo 5 anni per raggiungere i 7 obiettivi, se cominciamo subito a seguire le raccomandazioni contenute nel Piano. L'impegno deve essere costante nel tempo, perché raggiungere l'eliminazione del morbillo è difficile, vista la sua elevata contagiosità. Ugualmente, anche la presenza di una sola donna che contrae la rosolia in gravidanza è un segnale di allarme, che indica la mancanza di attuazione delle strategie di prevenzione.

Per questo, recepire le raccomandazioni del PNEMoRc è un dovere per ogni pediatra, con l'auspicio di riuscire a raggiungere l'ambizioso obiettivo di non osservare più casi di morbillo o rosolia acquisiti in Italia.

Morbillo e rosolia a oggi

Nella seduta del 23 marzo 2011 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ha approvato il Piano nazionale per l'eliminazione

del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc), 2010-2015¹.

Il nuovo Piano prevede 7 obiettivi specifici:

- Obiettivo 1: raggiungere una copertura vaccinale > 95% per la prima dose di MPR entro i 24 mesi

¹ Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma; ² Ospedale "Meyer", Università di Firenze; ³ Università di Firenze; ⁴ Dipartimento di Scienze Materno-infantili, Università di Milano, Fondazione IRCCS "Ca' Granda", Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ⁵ Sapienza Università di Roma; ⁶ Pediatra di Famiglia, Palermo; ⁷ Reparto Epidemiologia Malattie Infettive, CNESPS, ISS, Roma

di vita, a livello nazionale, regionale e in tutte le ASL e > 90% in tutti i distretti;

- obiettivo 2: raggiungere una copertura vaccinale > 95% per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno, a livello nazionale, regionale e in tutte le ASL e > 90% in tutti i distretti;
- obiettivo 3: mettere in atto iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i due anni, inclusi gli adolescenti, i giovani adulti e i soggetti a rischio (operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi "difficili da raggiungere" quali i nomadi);
- obiettivo 4: ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, a meno del 5%;
- obiettivo 5: migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino;
- obiettivo 6: migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo, inclusa la gestione dei focolai epidemici;
- obiettivo 7: garantire la diffusione del nuovo Piano e migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche relative a morbillo e rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

Il primo Piano nazionale di eliminazione era stato approvato il 13 novembre 2003²: esso prevedeva di raggiungere e mantenere in ogni Regione una copertura vaccinale del 95% per la prima dose di MPR entro i due anni di età, e nei bambini tra 3 e 15 anni di età. Era inoltre previsto di raggiungere in ogni Regione una copertura vaccinale del 95% per la seconda dose di MPR somministrata all'età di 5-6 anni. Infine, il Piano si proponeva di ridurre a meno del 5% la proporzione di donne in età fertile suscettibili alla rosolia, ed accertare lo stato immunitario verso la rosolia nel 95% delle donne gravide.

Nel periodo 2003-2008 vi sono stati molti progressi, ma la copertura vaccinale nazionale entro i due anni è rimasta inferiore al 95% (89,6% nel 2007; 90,2% nel 2008); anche l'introduzione della seconda dose di MPR è risultata inferiore all'atteso. La conseguenza di tutto questo è sotto gli occhi di tutti: pur in presenza di una netta riduzione di incidenza, la recente situazione italiana è stata caratterizzata dalla presenza di epidemie di morbillo, sia pur localizzate, comprendenti in alcune Regioni qualche decina di casi, mentre in altre molte centinaia. Purtroppo sono stati segnalati casi di polmoniti e di encefaliti: una bambina di 10 anni, non vaccinata, portatrice

di un'immunodeficienza su base genetica, è deceduta per una complicanza polmonare. L'età mediana dei pazienti è stata di 17 anni: circa il 60% di loro aveva un'età compresa fra 15 e 44 anni³. Questo dato sottolinea la necessità del recupero accurato degli adolescenti e dei giovani adulti, che erano sfuggiti alle campagne precedenti di vaccinazione. Dei pazienti per cui erano disponibili informazioni sullo stato vaccinale, l'86% non era vaccinato contro il morbillo, il 4,3% aveva ricevuto solo una dose, lo 0,8% aveva ricevuto due dosi, mentre per il 5,3% il numero di dosi ricevute non era noto.

Passando alla rosolia, nel 2008 si è manifestata una vasta epidemia con oltre 6.000 casi segnalati (fonte: Ministero della Salute). Nello stesso anno, sono stati segnalati all'Istituto Superiore di Sanità 64 casi di sospetta rosolia in gravidanza, di cui 56 confermati⁴, e 32 neonati con sindrome da rosolia congenita. In uno studio di sieroprevalenza condotto nel 2004⁵, è risultato che l'11% del campione di donne tra 15 e 19 anni e l'8% delle donne tra 20 e 39 anni era suscettibile per l'infezione rubeolica. Quasi la metà delle donne intervistate non conosceva il proprio stato immunitario nei confronti della rosolia.

Nel 2009 è stata effettuata un'indagine per rilevare lo stato di attuazione del Piano⁴, da cui è risultato che solo il 28% delle ASL italiane ha raggiunto l'obiettivo del 95% di copertura vaccinale per la prima dose di MPR nei bambini entro i due 2 anni. Una quota non trascurabile di bambini viene vaccinata con MPR in ritardo, cioè al di là del compimento del secondo anno di vita. Nella maggior parte delle ASL le coperture per una dose di MPR nelle fasce di età coinvolte nella campagna straordinaria di recupero rivolta ai bambini e ragazzi delle scuole elementari e medie sono state largamente inferiori all'atteso. Anche la copertura vaccinale per la seconda dose a 5-6 anni di età è nettamente inferiore al 95%.

Solo il 28% delle ASL italiane ha raggiunto l'obiettivo del 95% di copertura vaccinale per la prima dose di MPR nei bambini entro i due 2 anni.

Le epidemie di morbillo e di rosolia (compresa la rosolia congenita) hanno coinvolto un elevato numero di soggetti, soprattutto adolescenti, che avrebbero dovuto essere vaccinati durante le campagne di vaccinazione di recupero dei non vaccinati, e dimostrano che gli obiettivi previsti nel Piano 2003-2007 non sono ancora stati raggiunti.

Dove punta il Nuovo Piano Nazionale

Il Nuovo Piano nazionale si propone quindi che entro il 2015 siano raggiunti i seguenti traguardi:

- eliminare il morbillo endemico, riducendo la sua incidenza a meno di 1 caso su 1.000.000 di abitanti (cioè a meno di 60 casi/anno);
- eliminare la rosolia endemica, riducendo la sua incidenza a meno di 1 caso su 1.000.000 di abitanti (cioè a meno di 60 casi/anno);
- ridurre l'incidenza della rosolia congenita meno di 1 caso per 100.000 nati vivi (cioè a meno di 5-6 casi per anno).

Per migliorare la copertura vaccinale per MPR, sia nei bambini al di sotto dei due anni, sia negli adolescenti, il Nuovo Piano ribadisce la necessità dell'anagrafe vaccinale informatizzata in tutte le ASL, collegata con l'anagrafe di popolazione. La chiamata attiva, facilitata dall'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale, rappresenta, insieme alla sollecitazione di quelli che non si presentano per la vaccinazione, un intervento particolarmente efficace. Misure mirate vanno utilizzate anche per raggiungere i "gruppi difficili da raggiungere" come i nomadi e gli immigrati. Il coinvolgimento dei pediatri, e in particolare di quelli di famiglia, rappresenta una componente essenziale per raggiungere l'obiettivo. Deve essere sfruttata ogni occasione, quali le visite per malattie o in occasione dei bilanci di salute, per controllare lo stato vaccinale e per sollecitare l'esecuzione della somministrazione dei vaccini non ancora effettuati.

Anche per la rosolia e la rosolia congenita rimane essenziale il coinvolgimento di tutte le figure professionali che svolgono un ruolo chiave nella prevenzione, come i ginecologi, le ostetriche, i medici di medicina generale, per effettuare campagne di comunicazione a livello nazionale e locale.

Il ritorno delle informazioni agli operatori sanitari è considerato nel Nuovo Piano come un'attività essenziale per il raggiungimento degli obiettivi.

L'obiettivo 2 sottolinea nuovamente la necessità di raggiungere una copertura vaccinale > 95% in tutti i distretti per la seconda dose nei bambini di 5-6 anni di età, insieme a quella di offrire attivamente la seconda dose a 11-12 anni di età ai bambini che non abbiano ricevuto la seconda dose e a 5-6 anni. In caso di rischio elevato, come accade in corso di epidemie, la seconda dose può essere somministrata già a distanza di un mese dalla prima. Prevedere una copertura > 95% sia alla prima che alla seconda conferma che la vaccinazione MPR va eseguita con due dosi e che, finché il soggetto abbia ricevuto una sola dose, tale vaccinazione non possa essere considerata come completa e quindi come correttamente eseguita. La seconda dose risulta quindi essenziale sia per la completa immunità del singolo bambino, sia per un'adeguata protezione indiretta a livello di popolazione, riducendo la probabilità di trasmissione a chi non può essere vaccinato per la presenza di vere controindicazioni (herd immunity).

L'obiettivo 5 indica la necessità di migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino. I pediatri di famiglia, i medici di medicina generale, i medici infettivologi e i medici ospedalieri (compresi quelli del Pronto Soccorso) debbono segnalare tempestivamente i casi sospetti di morbillo e di rosolia, secondo le modalità e i tempi previsti dal sistema di notifica. Le ASL hanno invece la responsabilità di avviare tempestivamente le indagini epidemiologiche e seguire lo svolgimento degli esami per la conferma di laboratorio. Il morbillo presenta dei segni e sintomi tali da permettere quasi sempre il sospetto clinico; esistono tuttavia delle situazioni che si presentano con il quadro di un esantema morbilliforme, ma sono legate a eziologie diverse (altri virus, farmaci, alimenti o altro). Per la rosolia, i sintomi clinici sono poco specifici, e l'esantema roseoliforme è frequentemente causato da altre patologie. Può capitare nella pratica di porre erroneamente la diagnosi clinica di rosolia nello stesso bambino per più di una volta, mentre sappiamo che di rosolia ci si ammala una sola volta nella vita. Questo obiettivo è tanto più opportuno oggi, in un momento nel quale la frequenza del morbillo e della rosolia si è molto diradata. Nel frattempo vanno attivati i laboratori di riferimento regionali per il morbillo e la rosolia che siano in grado di effettuare tutte le prove necessarie per una corretta diagnosi di infezione (prove di avidità degli anticorpi, reazione polimerasica a catena (PCR), isolamento del virus).

Il Piano ribadisce la necessità di raggiungere una copertura vaccinale > 95% per la seconda dose nei bambini di 5-6 anni e di offrire attivamente la seconda dose ai bambini di 11-12 anni che non abbiano ricevuto la seconda dose a 5-6 anni.

Stabilita la presenza di un caso di morbillo è necessario praticare una precisa indagine epidemiologica (obiettivo 6), inclusa la gestione dei focolai epidemici. In caso di morbillo, la vaccinazione viene offerta attivamente ai suscettibili entro 72 ore dall'esposizione. Nei casi in cui sono trascorse più di 72 ore dall'esposizione è importante offrire comunque la vaccinazione per recuperare suscettibili eventualmente non contagiati.

La somministrazione di immunoglobuline, invece, può essere fatta entro 6 giorni dall'esposizione con la somministrazione di 0,25 ml/mg, da portare a 0,5 ml/kg nei soggetti immunocompromessi. Purtroppo spesso riesce difficile trovare le Ig per via intramuscolare, per cui a volte, in caso di necessità bisogna ricorrere alle Ig per via venosa alle stesse dosi.

L'obiettivo 7 si sofferma sulla necessità di disporre di informazioni scientifiche sul morbillo e sulla rosolia da diffondere fra gli operatori sanitari e fra la popolazione generale. È prevista a riguardo l'organizzazione di incontri e seminari per la sensibilizzazione dei pediatri di libera scelta, dei medici di medicina generale e dei ginecologi.

Conclusioni

Abbiamo 5 anni per raggiungere i 7 obiettivi specifici, se cominciamo subito a seguire le raccomandazioni in esso contenute. L'impegno non deve essere messo in atto una volta tanto, ma deve essere costante nel tempo, perché ogni anno si presenta una nuova coorte di nati e ogni anno è necessario raggiungere l'obiettivo

del 95%. Non è quindi affatto detto che aver superato l'obiettivo nel 2011, significhi facilitare il lavoro per l'anno successivo: i genitori e i bambini sono diversi ogni anno, ed ogni anno va mantenuta un'adeguata offerta della vaccinazione nell'arco dei 12 mesi. È, mutatis mutandis, come il lavoro di Sisifo, che porta il masso in cima al monte, ma questo, proprio quando arriva al termine, cade alla base della montagna ed è necessario che venga riportato in cima, per cadere di nuovo.

È utile ricordare che il morbillo non perdona: chi non l'ha avuto e non è stato vaccinato, se viene a contatto con un ammalato contrarrà di sicuro l'infezione. Raggiungere l'eliminazione del morbillo è difficile, perché è una delle malattie più contagiose; per questo è possibile raggiungere una herd immunity solo in presenza di coperture vaccinali molto elevate (> 95%). Il miglioramento delle coperture vaccinali osservato negli ultimi 10 anni in Italia ha diminuito ma non annullato il rischio di infezione; questo spiega il minor numero di casi osservato nella prima infanzia, associato alla presenza di ragazzi e giovani adulti che si ammalano. Il morbillo, in ultima analisi, risente fortemente dei nostri comportamenti preventivi: se scoppia un'epidemia, anche piccola in un'area, è perché non abbiamo seguito con precisione tutte le regole. Ugualmente, anche la presenza di una sola donna che contrae la rosolia in gravidanza è un segnale di allarme, che indica la mancanza di attuazione delle strategie di prevenzione.

Per questo, recepire le raccomandazioni del PNE-MoRc è un dovere per ogni pediatra, con l'auspicio di riuscire a raggiungere l'ambizioso obiettivo di non osservare più casi di morbillo o rosolia acquisiti in Italia.

Bibliografia

- ¹ Conferenza Stato Regioni. Seduta del 23 marzo 2011. Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di sul documento recante: "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc), 2010-2015". Disponibile all'indirizzo: <http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=9309&iddoc=31044&tipodoc=2&CONF=CSR>
- ² Conferenza Stato Regioni. Seduta del 13 novembre 2003. Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di sul documento

recante: "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita". Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_730_allegato.pdf

- ³ Filia A, Giambi C, Bella A, et al. *Sorveglianza del morbillo e della rosolia congenita e stato di avanzamento del Piano Nazionale di Eliminazione gennaio 2009*. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 2009;22(2):ii-iv.

- ⁴ Filia A, Rota MC, Del Manso M, et al. *Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita: indagine sullo stato di avanzamento (2009)*. Rapporti ISTISAN: 10/45, 2010

- ⁵ Rota, MC, Bella A, Gabutti G, et al. *Rubella seroprevalence of the Italian population: an 8-year comparison*. *Epidemiol Infect* 2007;135:555-62.