

Verso l'eradicazione del morbillo e della rosolia congenita: stato di avanzamento e criticità

a cura della Commissione Vaccini della SIAIP

Caterina Rizzo¹ (coordinatore), Paolo Bonanni², Rita Carsetti³,
Marta Ciofi degli Atti³, Susanna Esposito⁴, Francesca Lippi⁵,
Milena Logiudice⁶, Luciana Nicolosi³



Parole chiave: vaccinazione MPR, morbillo, rosolia congenita

Sono passati dieci anni dall'approvazione del primo Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita¹ in Italia e da allora importanti progressi sono stati compiuti per raggiungere l'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita posto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità². Primo fra tutti il miglioramento delle coperture vaccinali (CV) per la prima dose di vaccino morbillo-parotite-rosolia (MPR) nei bambini entro 24 mesi di età (dal 82,0% nel 2003 al 90,1% nel 2011)³, l'introduzione della seconda dose di MPR a 5-6 anni o 11-12 anni, l'introduzione della notifica obbligatoria della rosolia in gravidanza e rosolia congenita (2005), l'istituzione della sorveglianza speciale per il morbillo (2007)⁴ ed il successivo aggiornamento con l'istituzione di un sistema di sorveglianza integrato per il morbillo e per

la rosolia⁵ e un migliorato ricorso alla conferma della diagnosi di morbillo.

Nel 2010 è stato pubblicato il nuovo Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNE-MoRc)⁶, che, in linea con gli obiettivi generali della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità, ha fissato per il 2015²:

- l'eliminazione dei casi di morbillo endemico (incidenza <1 caso di morbillo/1.000.000 popolazione);
- l'eliminazione dei casi di rosolia endemica (incidenza <1 caso di rosolia/1.000.000 popolazione);
- la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a <1 caso ogni 100.000 nati vivi (meno di 5 casi).

¹ Reparto Epidemiologia Malattie Infettive, CNESPS, ISS, Roma; ² Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze; ³ Dipartimento dei Laboratori e Area Immunologica e Farmacoterapia, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma; ⁴ UOC Pediatria 1 Clinica, Università degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS "Ca' Granda", Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ⁵ Ospedale "Meyer", Università di Firenze; ⁶ Pediatra di Famiglia, Palermo

Il PNEMoRC, quindi, delinea le azioni da mettere in atto affinché anche in Italia queste malattie possano essere eliminate. Le strategie del nuovo Piano di eliminazione includono:

- il miglioramento della sorveglianza di morbillo, rosolia, rosolia in gravidanza e rosolia congenita;
- il miglioramento dell'indagine epidemiologica dei casi di morbillo, inclusa la gestione dei focolai epidemici;
- l'utilizzo di azioni che hanno dimostrato evidenza di efficacia nell'aumentare i livelli di CV, per raggiungere CV>95% per due dosi di vaccino MPR, a livello nazionale, regionale e in tutte le Asl e >90% in tutti i distretti;
- l'utilizzo delle occasioni opportune per proporre o somministrare il vaccino MPR;
- iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i 2 anni inclusi gli adolescenti, i giovani adulti e i soggetti a rischio (operatori sanitari e scolastici, gruppi "difficili da raggiungere" quali i nomadi);
- l'individuazione di laboratori di riferimento regionali;
- un maggior coinvolgimento e formazione dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e privati, ginecologi e figure professionali coinvolte nella diagnosi di rosolia congenita;
- strategie per identificare le donne in età fertile suscettibili alla rosolia e vaccinarle prima di una eventuale gravidanza, incluso l'utilizzo delle occasioni opportune;
- strategie per vaccinare le donne nel post partum e post interruzione di gravidanza;
- il miglioramento della comunicazione e della disponibilità di informazioni scientifiche relative a morbillo e rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

Epidemiologia del morbillo e della rosolia congenita e in gravidanza in Italia

Gli ultimi dati disponibili in Italia, mettono in evidenza come il morbillo e la rosolia (in gravidanza e congenita) abbiano ancora un impatto in termini di numero di casi molto importante. L'incidenza cumulativa di morbillo ottobre 2010 a dicembre 2011 è cresciuta di 2,5 volte rispetto ai precedenti 15 mesi ⁷, con una età media pari a 18 anni (2 mesi - 78 anni). In totale sono stati segnalati al sistema di sorveglianza 5.568 casi di morbillo (37,4% confermati in laboratorio) di cui

1.300 ricoverati in ospedale. La maggior parte dei casi (95,8%) non erano stati vaccinati o non avevano completato il ciclo vaccinale. Nel 20,3% del totale dei casi segnalati sono state descritte complicanze (135 polmoniti, 7 encefaliti, ed 1 caso di sindrome di Guillain-Barré). È stato inoltre descritto un decesso in un soggetto adulto immunocompromesso.

Per ciò che riguarda la rosolia congenita, nel periodo 2005-2012, sono stati segnalati da 9 regioni 3 casi probabili e 48 casi confermati in laboratorio di cui 34 sintomatici e 14 asintomatici. Inoltre, in 52 casi segnalati non è stato possibile effettuare una classificazione con le informazioni disponibili, né è stato possibile raccogliere informazioni aggiuntive. Nello stesso periodo, sono stati notificati 91 casi di rosolia in gravidanza confermati in laboratorio e ulteriori 38 casi che non è stato possibile classificare ⁸. L'analisi dei dati disponibili ha evidenziato che quasi la metà delle donne aveva avuto altre gravidanze (37/89, 42%), ma nonostante questo non erano state mai vaccinate. L'esito della gravidanza è stato descritto per 58 donne ed ha messo in evidenza: 1 nato morto e 21 interruzioni volontarie di gravidanza. Il trend temporale dei dati di rosolia congenita e in gravidanza ha evidenziato un picco nel 2008, anno epidemico per la rosolia.

Va, tuttavia, sottolineato che i dati, analizzati per regione, mettono in evidenza una grossa variabilità fra le diverse regioni e che esiste un problema legato alla sottotifica del morbillo e della rosolia congenita ed in gravidanza, la cui entità non è ben conosciuta. Uno studio condotto nel 2000 ha indicato che l'incidenza del morbillo al livello nazionale, stimata attraverso dati provenienti da una rete di pediatri sentinella (SPES), era 3,6 volte superiore a quella stimata attraverso i dati di notifica. La sottotifica è risultata essere significativamente più alta nel sud Italia che nel nord e centro Italia: il rapporto tra l'incidenza di morbillo stimata attraverso il sistema SPES e quella stimata attraverso i dati delle notifiche di legge era 1:1 nel nord Italia, 3:1 in Italia centrale e 22:1 nel sud Italia ⁹.

Stato di avanzamento

Il continuo monitoraggio delle attività previste dal Piano, rappresenta una componente cruciale per valutare l'andamento delle stesse ed orientare ulteriori azioni in corso d'opera.

L'ultima indagine per valutare lo stato di avanzamento di ogni obiettivo del Piano a livello sia Regionale che

di Azienda Sanitaria Locale (ASL) è stata condotta nel 2009¹⁰. L'indagine ha evidenziato che le attività di formazione rivolte agli operatori dei servizi vaccinali (83%) e ai PLS (73%) sono state implementate al livello di ASL. Mentre, per quanto riguarda l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo e l'accuratezza della diagnosi, è emerso che la scheda per l'indagine dei casi sospetti, la cui compilazione è prevista dalla sorveglianza speciale del morbillo, viene utilizzata regolarmente solo nel 64% delle ASL rispondenti.

La raccolta dei campioni per la conferma sierologica dei casi di morbillo è stata effettuata nel 41% delle ASL. La ricerca attiva dei contatti suscettibili è stata svolta nel 76% circa delle ASL mentre l'11% delle ASL ha dichiarato di non effettuarla mai. La vaccinazione post-esposizione è stata svolta solo in circa il 58% delle ASL, mentre il 19% ha riferito di non effettuarla mai.

Per quanto riguarda la copertura vaccinale il dato più aggiornato si riferisce al 2011 per la prima dose, mentre, per la seconda dose, le uniche stime disponibili sono state raccolte nel 2008, attraverso l'Indagine di COpertura vaccinale NAzionale (ICONA) nei bambini e negli adolescenti (coorte di nascita 1991)¹¹. I dati mostrano che nonostante gli sforzi profusi, la CV per la prima dose di vaccino nel 2011 al livello nazionale è pari al 90,1%, con una sola Regione che ha raggiunto una CV del 95%, mentre solo 4 regioni nel 2008 riportavano di aver superato una CV $\geq 75\%$ per la seconda dose negli adolescenti (Tab. I).

Criticità per il raggiungimento degli obiettivi

Nonostante gli importanti progressi compiuti in Italia nell'ultimo decennio, l'indagine sullo stato di avanzamento del Piano, svolta nel 2009 e che ha coinvolto tutte le Regioni/Province Autonome (P.A.) e ASL italiane, ha permesso di evidenziare alcune delle cause che ostacolano il raggiungimento dell'obiettivo e le azioni che ancora devono essere adottate.

Inoltre, gli obiettivi di copertura vaccinale necessari per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (> 95% per la prima e la seconda dose) non sono ancora stati raggiunti. Infatti, epidemie di morbillo sono attualmente in corso in diverse Regioni e anche la rosolia congenita purtroppo è ancora presente nel nostro Paese^{7,8}.

Una delle principali azioni necessarie per ottenere il raggiungimento degli obiettivi del PNEMoRC è sicuramente il miglioramento della sorveglianza del morbillo

Tab. I. Coperture vaccinali per MPR in Italia, nuovi nati (1 dose) e adolescenti (2 dosi).

Regione	Copertura Vaccinale per MPR	
	1° dose* (%)	2° dose° (%)
Piemonte	92,2	61,9
Valle d'Aosta	86,4	72,0
Lombardia	94,6	70,9
P.A. Bolzano	72,4	-
P.A. Trento	89,1	76,7
Veneto	92,5	80,5
FVG	91,6	-
Liguria	85,7	57,1
Emilia-Romagna	92,9	79,2
Toscana	92,2	75,2
Umbria	94,7	-
Marche	92,4	69,0
Lazio	90,0	38,4
Abruzzo	91,9	60,5
Molise	89,7	70,0
Campania	86,5	32,4
Puglia	92,7	53,8
Basilicata	92,4	48,1
Calabria	85,8	21,2
Sicilia	90,1	29,8
Sardegna	95,8	42,4

*Fonte: Ministero della Salute, dati 2011 (6); °Fonte: ICONA 2008 (7)

lo e della rosolia congenita. Con l'introduzione della sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia congenita e in gravidanza, questo obiettivo è stato in parte realizzato. Tuttavia, serve un maggior ricorso all'indagine ed alla conferma di laboratorio dei casi di morbillo e un maggior coinvolgimento e formazione delle figure professionali interessate per migliorare l'identificazione, la segnalazione e l'indagine dei casi, sia di morbillo (soprattutto dei MMG e pediatri) che di rosolia in gravidanza (ostetrici, ginecologi) e di rosolia congenita (cardiologi, oftalmologi, audiologi, neurologi).

Per quanto riguarda il morbillo i fattori che contribuiscono all'elevato numero di epidemie sul territorio nazionale comprendono la copertura vaccinale non ottimale (<95%) e soprattutto la presenza di un gran numero di adolescenti suscettibili e giovani adulti nati negli anni 1980 e 1990, quando l'utilizzo del vacci-

no non era diffuso e non era stata ancora introdotta la seconda dose. Nonostante adolescenti e giovani adulti siano stati spesso colpiti da epidemie in questi ultimi anni, i livelli di suscettibilità continuano ad essere alti in queste fasce di età.

Purtroppo negli ultimi anni si è assistito ad un graduale aumento del numero dei genitori che ha scelto di non vaccinare i propri figli per il morbillo, parotite e rosolia, soprattutto a causa di una ipotetica associazione fra autismo e vaccino MPR. Purtroppo, sebbene sia stato largamente dimostrato, da studi rigorosi ed indipendenti, che non esiste nessuna associazione fra autismo e vaccino MPR e nonostante, il ricercatore che aveva ipotizzato e "dimostrato" tale associazione sia stato radiato dall'albo dei medici inglesi (Lancet ha ritirato l'articolo dopo che è stato provato che l'autore aveva manipolato i dati) molti genitori continuano a non vaccinare i propri figli.

Tutto questo influisce sulla copertura vaccinale determinando un accumulo di soggetti suscettibili nella popolazione che provoca ciclicamente l'insorgere di epidemie che nella maggior parte dei casi coinvolgono soggetti adolescenti e adulti, causando ospedalizzazioni e complicanze (polmoniti, encefaliti, ecc) in numero molto superiore rispetto alle reazioni avverse causate dal vaccino^{7 12}.

Per raggiungere gli obiettivi di eliminazione di morbillo e rosolia congenita entro il 2015, è necessario migliorare le coperture vaccinali in Italia, raggiungendo gli obiettivi stabiliti dal Piano per la prima e la seconda dose nel più breve tempo possibile oppure, laddove non si riesca a raggiungere CV ottimali, associare una intensa attività di recupero dei suscettibili adolescenti. Esiste lo strumento (un vaccino sicuro, efficace e poco costoso) occorre, tuttavia che tutti gli operatori coinvolti continuino ad impegnarsi, per ottenere l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita e in gravidanza, raccomandando il vaccino MPR nei bambini e negli adolescenti.

Bibliografia

- ¹ Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2003-2007. Disponibile su: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894-1712.pdf>
- ² World Health Organization (WHO). *Resolution. Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome*

by 2010 and Sustained support for polio-free status in the WHO European Region. Moscow, Russia, WHO Regional Office for Europe; 2010. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/122236/RC60_eRes12.pdf

- ³ *Malattie infettive e vaccinazioni. Coperture vaccinali.* Ministero della Salute. Disponibile su: <http://www.salute.gov.it/malattieinfettive/paginaInternativaMenuMalattieInfettive.jsp?id=811&menu=strumentie servizi>
- ⁴ *Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.* Lettera circolare del 20 aprile 2007. Istituzione di un sistema di sorveglianza speciale per il morbillo. Disponibile su: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1455_allegato.pdf
- ⁵ *Ministero della Salute. Circolare sull'istituzione di un sistema di sorveglianza integrato per il morbillo e per la rosolia alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015.* Febbraio 2013. Disponibile su: <https://www.iss.it/site/rmi/morbillo/>
- ⁶ *Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015.* Disponibile su: http://www.normativasanitaria.it/normsanpdf/0000/37815_1.pdf
- ⁷ Filia A, Bella A, Rota MC, et al. *Analysis of national measles surveillance data in Italy from October 2010 to December 2011 and priorities for reaching the 2015 measles elimination goal.* Euro Surveill 2013;18(20):pii=20480.
- ⁸ Giambi C, Filia A, Rota MC, et al. - Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive, Cnesps-Iss Vaccinare le donne in età fertile suscettibili alla rosolia: ogni occasione è buona!. Epicentro 8 marzo 2013 <http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/8marzoVaccinazioneRosolia.asp> Filia et al.
- ⁹ Ciofi degli Atti ML, Salmaso S, Bella A, et al. *Pediatric sentinel surveillance of vaccine-preventable diseases in Italy.* Pediatr Infect Dis J 2002;21:763-8.
- ¹⁰ Filia A, Rota MC, Del Manso M, et al. e il Gruppo di Lavoro sul Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita. *Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita: indagine sullo stato di avanzamento (2009).* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/45).
- ¹¹ Gruppo di lavoro ICONA. *ICONA 2008: indagine di copertura vaccinale nazionale nei bambini e negli adolescenti.* Rapporti ISTISAN 2009; 09/29, 118 p.
- ¹² Gallo G, Rosanna Mel R, Rota MC (ed.). *Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/13).