



Malattie infettive

Luci ed ombre del Capitolo “Malattie infettive”. Tra gli aspetti positivi ci sono sicuramente gli aumenti delle coperture vaccinali nella popolazione infantile che, nel 2018, registrano un ulteriore aumento rispetto al 2017, anno in cui sono entrate in vigore le misure relative all’obbligo vaccinale. Queste ultime hanno suscitato dibattiti infiniti, sia in Italia che all’estero, ma ormai le evidenze scientifiche sull’efficacia dei provvedimenti restrittivi si stanno accumulando in tutte le realtà in cui sono stati adottati. Ancora preoccupante risulta, invece, la copertura vaccinale nei confronti dell’influenza, che sebbene in lieve miglioramento, continua ad essere bassa. L’elevata circolazione virale e l’elevata incidenza di sindromi simil-influenzali configurano la stagione 2018-2019 come una stagione con intensità di livello “alto”, molto simile alla stagione precedente 2017-2018. L’impressione, o forse la certezza, è quella di “opportunità mancate” e non soltanto in termini di salute, in considerazione dei vantaggi anche economici che la vaccinazione può portare, in particolare nella popolazione anziana.

L’epidemiologia delle epatiti virali nell’ultimo decennio è una storia di successo, caratterizzata da diminuzioni di incidenza che riguardano sia uomini che donne e tutte le fasce di età. Il successo, tuttavia, è meno evidente nelle regioni meridionali che, a fronte di valori iniziali di incidenza più contenuti, registrano decrementi di frequenza di malattia limitati, a testimonianza delle disuguaglianze di salute che esistono nel nostro Paese, anche nel campo delle malattie infettive.

Il morbillo continua ad essere fonte di preoccupazione in termini di Sanità Pubblica, non solo in Italia, ma in tutto il mondo. Nonostante i miglioramenti delle coperture vaccinali nella popolazione infantile, il morbillo continua a circolare sul nostro territorio, sebbene a livelli più contenuti nel 2018 rispetto al 2017. Questo comporta anche problemi comunicativi in termini di efficacia della vaccinazione.

Il morbillo tende a diventare sempre di più una malattia degli adulti. Se è vero, come è vero, che l’incidenza è massima nei primi anni di vita, la maggior parte del numero dei casi, in termini di frequenza assoluta, si verifica nell’età adulta, colpendo i soggetti non vaccinati e non immunizzati naturalmente per pregressa malattia. Questa situazione epidemiologica impone iniziative supplementari di immunizzazione, da condurre stringendo alleanze con diverse realtà della società civile, in modo da sfruttare tutte le occasioni utili per vaccinare e per ridurre le sacche di popolazione non protetta che rappresentano l’ostacolo più importante all’obiettivo, ambizioso ma non impossibile, di eliminazione della malattia.



Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano uno degli strumenti più efficaci per prevenire le malattie infettive ed agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva, in grado di proteggere dall'infezione e dalle sue complicanze, in modo duraturo ed efficace. Oltre a tutelare le persone immunizzate, le vaccinazioni interrompono la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione agendo, indirettamente, sui soggetti non vaccinati, attraverso la riduzione delle possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni. La valutazione della copertura vaccinale rappresenta un importante strumento che consente di identificare le aree di criticità in cui le malattie infettive potrebbero manifestarsi più facilmente. L'implementazione ed il mantenimento di livelli ottimali dei tassi di copertura vaccinale sono obiettivi fondamentali in Sanità Pubblica.

Il 7 giugno 2017, con l'approvazione del DL n. 73 recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, successivamente convertito nella Legge n. 119 del 31 luglio 2017, è entrato in vigore il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 che prevede un incremento del numero di vaccinazioni obbligatorie per i minori di età 0-16 anni e per i minori stranieri non accompagnati. Alle quattro vaccinazioni già in passato obbligatorie (anti-difterica, anti-tetanica, anti-poliomielitica e anti-epatite B) vengono aggiunte: anti-pertosse, anti-*Haemophilus*

influenzae tipo b (Hib), anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella, per un totale di dieci vaccinazioni obbligatorie. L'obbligatorietà per le ultime quattro vaccinazioni (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella) è soggetta a revisione ogni 3 anni in base ai dati epidemiologici e alle coperture vaccinali raggiunte.

Sono, altresì, indicate in offerta attiva e gratuita le seguenti vaccinazioni non obbligatorie, ma fortemente raccomandate, per i bambini di età 0-6 anni nati a partire dal 2017: anti-meningococcica B; anti-meningococcica C; anti-pneumococcica e anti-rotavirus. Per gli adolescenti, invece, le vaccinazioni raccomandate sono: anti-*papilloma virus* e anti-meningococcica tetravalente.

In questa Sezione, verranno analizzati i dati registrati nell'arco temporale 2016-2018 con riferimento, quindi, al PNPV 2012-2014.

L'indicatore presentato permette di calcolare le coperture delle vaccinazioni dell'età pediatrica, previste entro i 24 mesi di vita, ossia la percentuale di bambini che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) di anti-poliomielite, difterite, tetano, pertosse ed epatite B, il ciclo di base (1, 2 o 3 dosi secondo l'età) di anti-Hib, l'anti-Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR), la 1^a dose per la vaccinazione anti-varicella (entro i 24 mesi di età), l'anti-meningococco C coniugato e l'anti-pneumococco coniugato.

Proporzione di copertura vaccinale dei bambini

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Bambini di età ≤24 mesi vaccinati
Popolazione residente di età ≤24 mesi

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali ed i riepiloghi vengono inviati dalle Regioni (per singolo antigene) al Ministero della Salute.

I dati vengono resi disponibili, a cura della Direzione generale della prevenzione, sul sito del Ministero della Salute. Il confronto con i dati di copertura precedenti al periodo 2013-2014 non è possibile poiché solamente dal 2014 sono disponibili i dati per singolo antigene e non per vaccino plurivalente.

Valore di riferimento/Benchmark. A recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il PNPV 2012-2014 prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale, entro i 2 anni, per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale.

Anche il Piano Nazionale per l'Eliminazione del

Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015 (PNEMoRc) indica, come obiettivo, il raggiungimento e il mantenimento nel tempo di un valore pari almeno al 95% di copertura vaccinale entro i 2 anni.

Descrizione dei risultati

I dati registrati in Italia nell'arco temporale 2016-2018 (Grafico 1) evidenziano, considerando i valori al 24° mese di vita per cicli completi, un modesto, ma progressivo aumento della copertura vaccinale per le vaccinazioni che risultavano obbligatorie nel periodo considerato e cioè poliomielite (+1,89%), difterite (+1,62%), tetano (+1,47%) ed epatite B (+2,41%).

Aumenti maggiori, invece, si sono registrati per le coperture vaccinali relative alle vaccinazioni allora raccomandate: morbillo (+6,83%), parotite (+6,85%), rosolia (+6,90%) e varicella (+61,16%).

Pur registrando segnali di miglioramento, da riferirsi



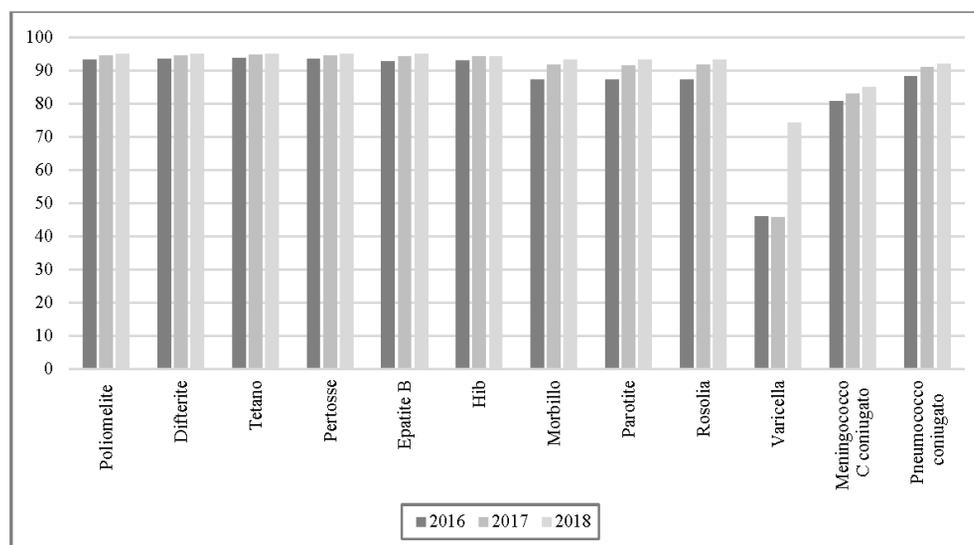
soprattutto all'ultimo anno in esame, va comunque sottolineato come nel periodo 2016-2018 non sia ancora stato raggiunto, a livello nazionale, l'obiettivo minimo stabilito nel vigente PNPV per le vaccinazioni obbligatorie (95% di copertura entro i 2 anni di età). Riguardo alla distribuzione territoriale, nell'anno 2018 (Tabella 1) si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie per la coorte di nati nel 2016, valori regionali superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV in: Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna. Le più basse coperture per tali vaccinazioni si registrano nella PA di Bolzano (valori <84%) e in Sicilia (valori <93%). Da evidenziare è la situazione che si registra in Veneto dove dal 1 gennaio 2008 è stata introdotta la sospensione dell'obbligo vaccinale; in questa regione la copertura per le vaccinazioni obbligatorie varia da

un minimo di 94,45% (epatite B) ad un massimo di 94,86% (tetano).

Per quanto riguarda la vaccinazione anti-MPR il valore ottimale previsto dal PNEMoRc, nel 2018, è stato raggiunto solamente in Toscana, condizione che non permette di bloccare la circolazione dei virus. Infatti, periodicamente, si registrano epidemie che colpiscono la popolazione suscettibile. Si segnala, inoltre, la riduzione della copertura rispetto all'anno 2017 nel Lazio (da 95,34% a 94,87%) (dati non inseriti in tabella).

Considerando le altre vaccinazioni raccomandate per la coorte dei nati nel 2016, i valori maggiori per l'anti-varicella si registrano in Puglia (91,68%) e in Basilicata (91,08%), per l'anti-meningococco C coniugato in Piemonte (92,35%) e in Lombardia (92,37%) e per l'anti-pneumococco coniugato in Basilicata (96,89%) e Calabria (95,88%).

Grafico 1 - Proporzioni (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤24 mesi per tipologia di antigene - Anni 2016-2018



Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Coorte 2016. Anno 2019.



Tabella 1 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤24 mesi per tipologia di antigene per regione - Anno 2018

Regioni	Polio-mielite	Difterite	Tetano	Pertosse	Epatite B	Hib	Morbillo	Parotite	Rosolia	Varicella	Meningo- cocco C coniugato	Pneumo- cocco coniugato
Piemonte	95,79	95,84	95,86	95,83	95,71	95,43	94,67	94,67	94,67	47,37	92,35	93,40
Valle d'Aosta	94,36	94,15	94,46	94,15	93,73	93,94	91,43	91,12	91,43	37,93	88,92	92,37
Lombardia	95,31	95,25	95,27	95,25	95,11	95,00	94,16	94,06	94,11	73,01	92,37	92,80
Bolzano-Bozen	83,33	83,33	83,31	83,33	83,16	83,09	70,84	70,79	70,77	55,49	65,59	79,48
Trento	94,62	94,62	94,67	94,62	94,41	94,26	94,30	94,24	94,28	74,33	89,76	92,01
Veneto	94,77	94,79	94,86	94,79	94,45	94,82	93,49	93,39	93,50	89,56	91,99	87,20
Friuli Venezia Giulia	93,13	93,12	93,17	93,11	92,54	92,51	91,24	91,24	91,24	84,84	87,50	87,07
Liguria	97,24	97,26	97,27	97,23	97,15	97,00	94,04	94,04	94,04	76,61	89,74	94,91
Emilia-Romagna	95,73	95,68	95,75	95,67	95,50	95,17	93,67	93,47	93,59	78,22	92,09	93,84
Toscana	96,84	96,84	96,89	96,83	96,63	96,78	95,04	95,00	95,04	89,10	91,09	92,53
Umbria	95,63	95,62	95,63	95,62	95,60	95,54	94,59	94,53	94,57	42,95	90,10	93,87
Marche	93,89	93,82	93,82	93,80	93,72	93,46	92,07	92,03	92,02	75,85	85,23	91,22
Lazio	97,29	97,30	97,31	97,30	97,23	97,14	94,87	94,87	94,87	62,33	81,68	94,14
Abruzzo	96,87	96,87	96,87	96,87	96,80	96,85	94,49	94,49	94,49	48,37	78,43	93,17
Molise	95,74	95,69	95,74	95,74	95,74	95,74	91,95	91,95	91,95	53,43	61,43	95,22
Campania	95,17	95,17	95,17	95,17	95,10	95,09	93,39	93,38	93,39	67,97	81,74	90,39
Puglia	95,22	95,22	95,22	95,22	95,22	94,85	94,18	94,18	94,18	91,68	83,20	93,58
Basilicata	97,07	97,07	97,07	97,07	97,07	97,07	92,98	92,98	92,98	91,08	91,80	96,89
Calabria	97,01	97,01	97,01	97,01	97,01	97,01	92,72	92,72	92,72	80,05	88,97	95,88
Sicilia	92,22	92,22	92,22	92,22	91,71	85,17	90,94	90,93	90,94	86,09	56,94	87,97
Sardegna	95,18	95,19	95,19	95,19	95,17	95,18	92,33	92,33	92,33	81,16	85,49	93,93
Italia	95,09	95,08	95,10	95,07	94,91	94,26	93,22	93,17	93,21	74,23	84,93	91,89

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Coorte 2016. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'evidenza degli importanti traguardi ottenuti con le vaccinazioni (eradicazione del vaiolo e *status polio-free* nella Regione europea), nel nostro Paese le coperture vaccinali sono ancora disomogenee sul territorio. Questi livelli di copertura a "macchia di leopardo" dipendono, in generale, dalla crescente opposizione alle vaccinazioni e dalla incapacità nel raggiungere tutti i destinatari della misura di prevenzione, soprattutto chi appartiene alle cosiddette "aree emarginate".

Il raggiungimento di tali sezioni di popolazione è una operazione molto difficile da compiere, sia perché si tratta di persone con disagi sociali sia perché la prevenzione riguarda problemi potenziali, mentre i soggetti a cui ci si rivolge sono, a causa del loro *status*, impegnati a risolvere problemi in atto.

Per ottenere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione, però, non è sufficiente il raggiungimento dei soggetti da coinvolgere, ma risultano indispensabili anche: la formazione degli operatori sanitari, che devono essere motivati e convinti dell'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni (molte astensioni derivano più dalle mancate motivazioni dei refe-

renti educativi che non dall'opposizione delle famiglie); la qualità dell'educazione sanitaria, che deve essere adattata alle diverse situazioni culturali locali (lingua, contenuti dei discorsi e mezzi di comunicazione); l'efficienza dei servizi vaccinali nell'offerta attiva (soddisfazione del proprio bacino di utenza e aspetti organizzativi); la corretta informazione delle famiglie e il contrasto alla disinformazione e alle *fake news*.

A livello istituzionale, per raggiungere almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato programmi di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica e di valutazione delle coperture vaccinali. Grazie a queste iniziative si è avvalorata la tesi che, per ottenere una adesione consapevole alla profilassi vaccinale, sia indispensabile fornire ai genitori informazioni di elevata qualità e che, per raggiungere la totalità della popolazione interessata, sia necessario che tutte le figure professionali coinvolte operino con convinta motivazione e in sinergia. Infatti, le conoscenze scientifiche e le capacità operative di esecuzione e di coordinamento sono fondamentali per giungere all'obiettivo cui tendono le vaccinazioni.



Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari e sociali. Il significativo impatto sanitario è dovuto, soprattutto, alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi, alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione e all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica.

La copertura vaccinale antinfluenzale è, quindi, un indicatore fondamentale per verificare l'efficacia dell'offerta vaccinale, soprattutto nei gruppi di popolazione *target*, in particolare gli anziani.

Considerando che il peso della popolazione anziana e molto anziana è consistente, una buona copertura antinfluenzale può contribuire alla prevenzione delle

forme più gravi e complicate di influenza e alla riduzione della mortalità prematura.

Il vaccino anti-influenzale stagionale viene offerto alle persone di età 65 anni ed oltre e alle persone di tutte le età aventi patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza, con un duplice obiettivo: da una parte ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte prematura, dall'altra ridurre i costi sociali connessi alla morbosità e mortalità. Per giungere a tali obiettivi è necessario il raggiungimento di una alta copertura vaccinale che il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) individua nel valore di 75% come obiettivo minimo perseguibile e 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Popolazione di età 6 mesi ed oltre vaccinata}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Popolazione di età 65 anni ed oltre vaccinata}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta vaccinale. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati a livello regionale e trasmessi al Ministero della Salute. Non si tiene, però, conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dal PNPV, sono il 75% come valore minimo perseguibile ed il 95% come valore ottimale.

Descrizione dei risultati

La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2018-2019, al 15,8%, con lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico (Tabella 1).

Negli anziani ultra 65enni, la copertura antinfluenzale non raggiunge in nessuna regione i valori considerati minimi, né tantomeno ottimali, dal PNPV. Il valore

maggiore si è registrato in Basilicata (66,6%), seguita da Umbria (64,8%), Molise (61,7%) e Campania (60,3%), mentre le percentuali minori si sono registrate nella PA di Bolzano (38,3%), Valle d'Aosta (45,2%) e Sardegna (46,5%) (Tabella 2).

Nell'intero arco temporale considerato (stagioni 2008-2009/2018-2019), per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni, si è osservata una diminuzione, a livello nazionale, del 19,8%. In questo periodo di osservazione, è da evidenziare il crollo delle coperture nella stagione 2012-2013 (-13,6% rispetto all'anno precedente). Da un confronto tra le ultime due stagioni (2017-2018/2018-2019), sempre nella classe di età 65 anni ed oltre, il valore nazionale mostra un leggero aumento (+0,8%). A livello regionale, quasi tutte le regioni hanno riportato, infatti, un aumento della copertura, soprattutto le regioni meridionali, in particolare la Basilicata (incremento del 25,2%); il dato è diminuito, invece, in Puglia (-13,5%), Sicilia (-2,4%) e Calabria (-2,3%) (Tabella 2).



Tabella 1 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 6 mesi ed oltre per regione - Stagioni 2008-2009/2018-2019

Regioni	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19
Piemonte	17,9	17,8	16,4	15,7	14,8	14,7	13,5	13,6	14,6	14,5	15,3
Valle d'Aosta	14,8	16,2	15,0	14,8	12,3	12,7	11,9	11,7	12,7	12,6	13,3
Lombardia	15,5	13,2	12,6	13,4	11,4	11,7	11,4	11,6	12,1	12,1	12,9
Bolzano-Bozen	11,7	11,5	10,5	9,6	8,1	7,9	8,3	8,8	9,0	8,6	9,6
Trento	16,3	16,8	15,2	14,9	13,7	13,8	12,9	12,5	13,9	14,0	15,0
Veneto	19,3	20,1	18,2	17,8	15,6	15,7	14,5	14,6	15,8	15,7	16,0
Friuli Venezia Giulia	20,7	15,6	18,7	18,4	16,3	16,9	15,0	15,6	18,1	17,6	18,9
Liguria	23,2	24,1	22,1	21,0	15,8	18,5	15,3	16,1	16,3	18,3	18,5
Emilia-Romagna	23,9	22,6	19,2	19,2	16,4	17,0	14,9	15,5	16,2	16,5	17,5
Toscana	22,8	24,9	22,5	22,2	18,5	19,4	16,3	16,5	18,1	18,4	19,1
Umbria	21,8	22,0	21,1	20,9	18,9	19,5	17,8	17,9	18,5	18,8	19,4
Marche	20,8	21,1	18,7	18,4	15,9	16,5	13,5	14,5	15,4	15,3	16,5
Lazio	19,9	20,7	18,9	18,1	16,1	16,5	14,0	14,3	14,9	15,0	15,5
Abruzzo	19,7	19,4	16,5	16,5	13,2	14,7	11,1	12,3	13,7	13,9	15,2
Molise	23,4	24,2	22,6	21,2	14,6	18,1	15,7	13,5	16,4	18,8	18,9
Campania	18,8	19,5	17,5	18,5	15,2	16,4	13,9	14,0	15,3	15,4	15,9
Puglia	22,7	24,7	22,5	21,9	17,2	17,8	14,6	14,9	18,1	18,9	17,0
Basilicata	19,4	21,8	19,4	19,4	17,1	16,6	13,5	14,2	15,9	16,2	18,8
Calabria	17,7	18,1	20,8	24,2	12,7	14,9	13,4	13,7	15,2	15,6	15,1
Sicilia	17,7	19,6	17,2	17,1	13,9	15,9	12,8	13,3	15,7	15,8	16,0
Sardegna	14,2	18,5	17,5	16,2	13,4	13,8	12,0	11,1	12,5	13,2	14,2
Italia	19,1	19,6	17,9	17,8	14,9	15,6	13,6	13,9	15,1	15,3	15,8

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2019.

Tabella 2 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2008-2009/2018-2019

Regioni	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19
Piemonte	60,7	60,6	57,3	55,0	51,6	51,1	46,3	46,9	48,2	47,9	49,0
Valle d'Aosta	54,5	58,9	55,6	56,2	47,0	48,2	43,5	42,2	44,4	44,1	45,2
Lombardia	61,7	63,1	54,2	57,9	48,2	48,6	46,3	47,7	47,5	47,7	48,2
Bolzano-Bozen	47,5	47,7	44,5	42,5	35,8	33,9	36,6	37,8	37,3	35,3	38,3
Trento	68,0	67,0	61,8	62,2	56,3	55,8	51,9	50,2	53,2	53,5	54,8
Veneto	71,6	71,2	67,8	67,1	58,9	58,5	53,4	54,0	55,8	55,1	55,6
Friuli Venezia Giulia	68,1	49,7	62,4	61,8	55,2	56,1	49,0	51,1	54,1	55,7	57,7
Liguria	65,7	65,7	58,0	55,6	41,6	50,4	46,6	45,7	47,3	50,1	50,1
Emilia-Romagna	73,7	73,8	63,4	64,7	56,3	57,2	50,0	51,9	52,7	53,3	54,7
Toscana	69,5	71,1	68,8	67,8	58,9	60,2	49,9	52,2	54,8	55,3	56,0
Umbria	74,7	77,5	75,2	74,0	67,9	68,8	61,8	62,8	63,1	63,4	64,8
Marche	66,9	66,5	63,9	62,2	54,9	57,5	46,2	50,1	51,0	50,0	51,6
Lazio	67,9	67,7	64,1	62,2	56,8	56,8	49,5	51,0	51,5	51,8	52,3
Abruzzo	68,4	67,1	60,9	59,7	50,3	54,6	38,5	45,7	48,6	49,1	52,4
Molise	72,3	73,7	65,6	60,5	49,4	59,5	49,0	43,8	52,4	61,0	61,7
Campania	72,2	63,4	68,8	73,1	61,4	61,3	52,9	52,8	56,7	57,4	60,3
Puglia	73,8	73,0	71,7	69,0	57,2	61,0	48,6	50,8	57,4	59,4	51,4
Basilicata	72,2	72,6	63,6	63,1	58,6	58,0	45,6	47,9	49,8	53,2	66,6
Calabria	69,8	63,0	55,8	65,6	49,8	56,5	53,3	51,7	57,9	61,2	59,8
Sicilia	61,0	64,1	61,3	60,2	54,0	56,5	47,4	49,5	52,9	54,3	53,0
Sardegna	49,6	60,9	59,6	57,0	47,3	46,0	40,6	40,0	41,6	44,0	46,5
Italia	66,2	65,6	62,4	62,7	54,2	55,4	48,6	49,9	52,0	52,7	53,1

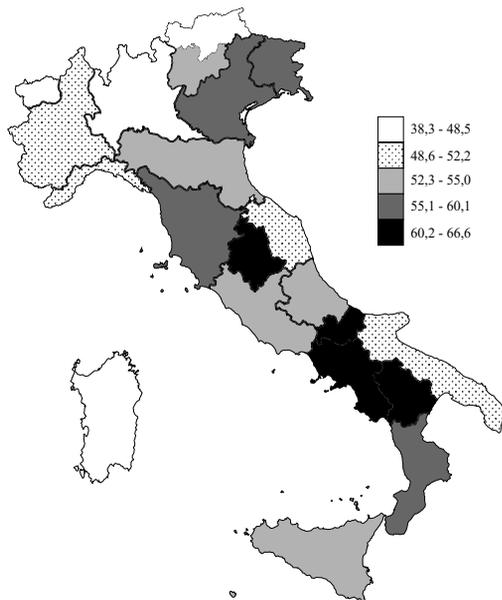
Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2019.



MALATTIE INFETTIVE

221

Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2018-2019



Raccomandazioni di Osservasalute

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità gli obiettivi primari della vaccinazione antinfluenzale sono il controllo dell'infezione, la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave. Una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

In Italia, purtroppo, l'interruzione della trasmissione del virus influenzale non è ancora perseguibile con le

percentuali di copertura vaccinale attualmente conseguite e l'obiettivo minimo resta ancora lontano dall'essere raggiunto.

Di conseguenza, occorre implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai Medici di Medicina Generale e, nel caso dei bambini, ai Pediatri di Libera Scelta, una maggiore prevenzione per le categorie *target*, al fine di evitare l'insorgenza di complicanze, l'aumento dei costi legati all'assistenza e alla spesa farmaceutica, nonché l'aumento del rischio di morti correlate all'influenza.





Sorveglianza dell'influenza in Italia

Significato. Ogni anno l'influenza provoca nell'uomo numerose infezioni respiratorie e costituisce, quindi, un rilevante problema di Sanità Pubblica per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio.

Le infezioni respiratorie acute causate dai virus influenzali possono essere da lievi a gravi e, in alcuni casi, possono persino causare la morte, in particolare nei soggetti a rischio. Si stima che le epidemie annuali causino 3-5 milioni di casi di influenza e 290-650 mila morti in tutto il mondo. In ogni stagione è importante monitorare i virus influenzali circolanti, in quanto l'influenza si presenta ogni anno, ha un elevato impatto in termini sociali, sanitari ed economici e i virus influenzali mutano ogni stagione. In Italia, le epidemie influenzali si verificano durante i mesi autunnali e invernali, con una grande variabilità nelle caratteristiche epidemiologiche. L'inizio, la durata, l'intensità e la diffusione geografica dell'epidemia

influenzale sono imprevedibili e dipendono da molteplici fattori, quali le caratteristiche dei ceppi virali, la suscettibilità della popolazione e la corrispondenza tra i ceppi virali presenti nel vaccino e quelli circolanti. Nel nostro Paese l'andamento stagionale dell'influenza viene monitorato attraverso il sistema di sorveglianza integrato dell'influenza "InfluNet", che ha l'obiettivo di stimare, per ogni stagione, l'inizio, l'intensità e la durata dell'epidemia influenzale stagionale e di conoscere i ceppi virali circolanti. I medici sentinella, reclutati dalle Regioni, segnalano i casi di sindrome simil-influenzale (*Influenza-Like Illness-ILI*) osservati tra i loro assistiti e collaborano, inoltre, alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione dei virus circolanti. È fondamentale, affinché le stime di incidenza siano affidabili, che i medici sentinella coprano una popolazione di assistiti che rappresenti almeno il 2% della popolazione regionale.

Incidenza di sindromi simil-influenzali (Influenza-Like Illness) in un campione di popolazione

Numeratore	Casi di sindromi simil-influenzali osservati da un campione di medici sentinella	
		x 100
Denominatore	Popolazione di assistiti afferenti ai medici sentinella partecipanti alla sorveglianza	

Validità e limiti. La sorveglianza InluNet rappresenta l'unica fonte informativa sull'influenza in Italia e la stima dell'incidenza delle sindromi simil-influenzali totale e per fascia di età rappresenta un importante indicatore per valutare il reale impatto dell'influenza sulla popolazione ogni anno. I risultati della sorveglianza vengono trasmessi al Ministero della Salute, all'*European Centre for Disease Prevention and Control* e all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il campione della popolazione in sorveglianza è rappresentativo per stime a livello regionale, ma non permette stime di incidenza a livello di Azienda Sanitaria Locale.

Valore di riferimento/Benchmark. L'andamento dell'epidemia influenzale nella stagione 2018-2019 è paragonabile a quanto osservato in altri Paesi europei. Per ogni stagione vengono calcolate le soglie di intensità con l'utilizzo dei dati storici raccolti nelle dieci stagioni precedenti. Per la stagione 2018-2019 sono state stimate le seguenti soglie: 2,7 casi per 1.000 assistiti (livello basale), 8,4 per 1.000 (intensità bassa), 12,9 per 1.000 (intensità media), 15,6 per 1.000 (intensità alta) e >15,6 per 1.000 (intensità molto alta).

Descrizione dei risultati

La stagione 2018-2019 è stata caratterizzata da una elevata circolazione virale e da una elevata incidenza di sindromi simil-influenzali. Il periodo epidemico (incidenza >2,74 casi per 1.000 assistiti) ha avuto una durata di 16 settimane (dalla 49^a del 2018 alla 12^a del 2019). Il picco epidemico è stato raggiunto nella 5^a settimana del 2019 con un livello di incidenza di 14,1 casi per 1.000, pari a una intensità di livello "alto" e paragonabile a quella osservata nella stagione 2017-2018 (Grafico 1).

Nell'intera stagione influenzale, il 13,61% della popolazione ha avuto una ILI, per una stima totale di circa 8.072.000 casi. Come di consueto, le ILI hanno colpito maggiormente le fasce di età pediatrica.

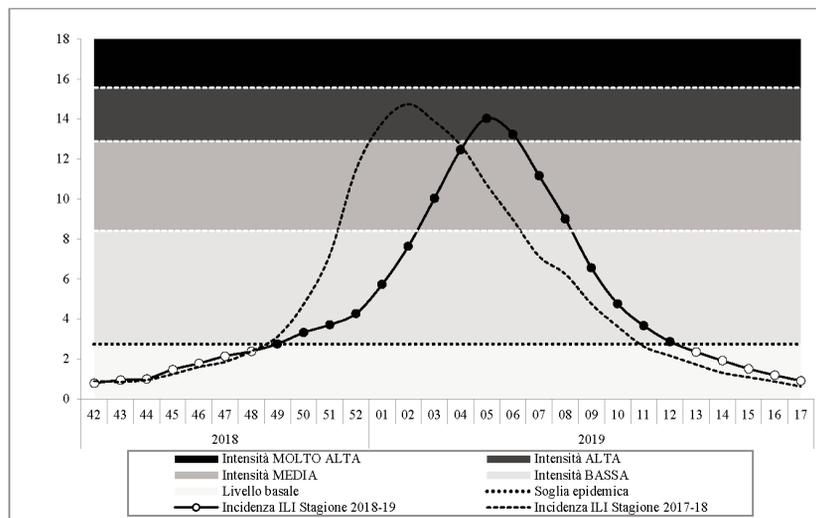
Nello specifico: 37,28% età 0-4 anni; 19,75% età 5-14 anni, 12,77% età 15-64 anni e 6,21% età ≥65 anni (Tabella 1).

Nelle ultime due stagioni influenzali, inoltre, l'incidenza delle ILI nella fascia di età 0-4 anni è stata la più alta a partire dalla stagione 2004-2005.





Grafico 1 - Tasso (valori per 1.000) di incidenza di casi di sindrome simil-influenzale per settimana - Stagione 2018-2019



Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità, Sorveglianza InFluNet. Stagione 2018-2019. Anno 2019.

Tabella 1 - Tasso (specifico per 100) di incidenza di casi di sindrome simil-influenzale per regione - Stagione 2018-2019

Regioni	0-4	5-14	15-64	65+	Totale
Piemonte	65,67	22,86	15,47	6,94	15,14
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,85	12,89	10,27	6,28	9,77
Lombardia	33,76	17,16	15,68	6,49	15,18
Bolzano-Bozen	35,17	11,55	6,82	1,89	7,81
Trento	60,46	18,53	12,57	5,22	16,84
Veneto	28,67	12,70	9,88	3,61	9,78
Friuli Venezia Giulia	15,52	6,41	10,98	3,70	8,76
Liguria	39,67	20,96	11,88	5,18	12,15
Emilia-Romagna	35,80	19,30	12,35	4,38	13,25
Toscana	55,12	22,98	14,23	5,77	14,02
Umbria	56,07	30,43	7,84	1,89	15,68
Marche	39,20	17,73	17,72	6,74	17,40
Lazio	40,27	22,49	13,59	5,38	13,67
Abruzzo	37,43	26,02	16,56	10,33	18,57
Molise	7,41	9,01	8,28	5,39	7,66
Campania	31,57	22,06	13,04	7,10	15,48
Puglia	42,51	19,66	8,90	5,51	10,63
Basilicata	27,73	18,45	9,41	5,15	11,81
Calabria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia	33,16	21,42	14,53	12,19	14,59
Sardegna	10,45	9,13	6,01	2,74	6,56
Italia	37,28	19,75	12,77	6,21	13,61

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità, Sorveglianza InFluNet. Stagione 2018-2019. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'influenza si presenta puntualmente in ogni stagione e i virus influenzali tendono quasi sempre a mutare. Pertanto, è necessario un continuo monitoraggio al fine di ottenere dati da inviare tempestivamente alle Autorità sanitarie del nostro Paese. È necessario, inoltre, determinare con certezza i ceppi virali circolanti sia per valutare l'omologia con i ceppi contenuti nel vaccino stagionale sia per fornire tali informazioni

all'OMS che, insieme ai dati forniti da tutti i laboratori di riferimento dell'influenza dei vari Paesi del mondo, determina ogni anno la composizione del nuovo vaccino antinfluenzale. I dati forniti dal sistema di sorveglianza integrato InFluNet hanno permesso di delineare l'impatto dell'influenza nella popolazione italiana nella stagione 2018-2019, consentendo di stimare l'inizio, la durata e l'intensità dell'epidemia influenzale e di valutare le misure di controllo attuate.





Epatite virale acuta

Significato. Le epatiti virali costituiscono ancora oggi un rilevante problema di Sanità Pubblica in Italia e a livello internazionale.

Limitare la diffusione dell'epatite B e dell'epatite C è uno dei principali obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che prevede entro il 2030 la riduzione del 90% del numero annuale di nuove infezioni e del 65% delle morti provocate da una epatite virale (1).

In Italia, la sorveglianza dell'epatite virale avviene

attraverso il sistema di notifica obbligatoria delle malattie infettive e il Sistema Epidemiologico Integrato per l'Epatite Virale Acuta (SEIEVA), istituito nel 1985 presso l'Istituto Superiore di Sanità, ad integrazione della sorveglianza obbligatoria gestita dal Ministero della Salute.

Per questa analisi sono stati presi in considerazione i casi di epatite B e C notificati al SEIEVA nel periodo 2009-2018, al fine di delineare l'andamento epidemiologico della malattia in tale periodo di tempo.

Tasso di incidenza di epatite virale acuta B

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nuovi casi di Epatite virale B}}{\text{Popolazione residente}} \times 100.000$$

Tasso di incidenza di epatite virale acuta C

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nuovi casi di Epatite virale C}}{\text{Popolazione residente}} \times 100.000$$

Validità e limiti. L'indicatore presenta come limite quello della sotto notifica, che è intrinseco al sistema di notifica obbligatoria delle malattie infettive.

La validità dello studio e la trasferibilità dei risultati sono garantite dal fatto che la sorveglianza SEIEVA è un sistema strutturato e consolidato che fornisce dati sui casi di epatite virale acuta in Italia da oltre 30 anni, senza modifiche sostanziali (2). Ciò costituisce un importante punto di forza dello studio e permette di ottenere stime consistenti.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono valori di riferimento riconosciuti. L'incidenza registrata su base nazionale permette di delineare l'andamento epidemiologico dell'epatite B e C in Italia nel periodo 2009-2018.

Descrizione dei risultati

In linea generale, nel nostro Paese, i tassi di incidenza di epatite B e C hanno subito, nei 10 anni oggetto di analisi, una riduzione passando da una incidenza per l'epatite B di 1,00 per 100.000 abitanti nel 2009 a 0,40 per 100.000 nel 2018 (riduzione del 60,0%) e da 0,20 per 100.000 a 0,10 per 100.000 per l'epatite C (riduzione del 50,0%). Nello specifico, nel 2018 sono stati segnalati 216 nuovi casi di epatite B acuta e 49 nuovi casi di epatite C.

I tassi di incidenza di epatite B hanno mostrato, nel

periodo di osservazione, un andamento decrescente, che ha riguardato principalmente il Nord ed il Centro, come dimostrato dal Grafico 1 che riporta l'incidenza della patologia nell'arco temporale 2009-2018 suddivisa per area geografica. Questo andamento indica come i tassi del Centro, che da sempre ha avuto l'incidenza maggiore di epatite B, si siano nel tempo allineati a quelli delle regioni meridionali, che storicamente presentavano i tassi più bassi. La riduzione dei casi ha interessato sia il genere maschile che quello femminile e tutte le classi di età (0-14, 15-24, 25-34, ≥55 anni) (Grafico 2, Grafico 3). I soggetti di genere maschile e quelli con una età compresa tra i 35-54 anni risultano essere i più colpiti dalla patologia.

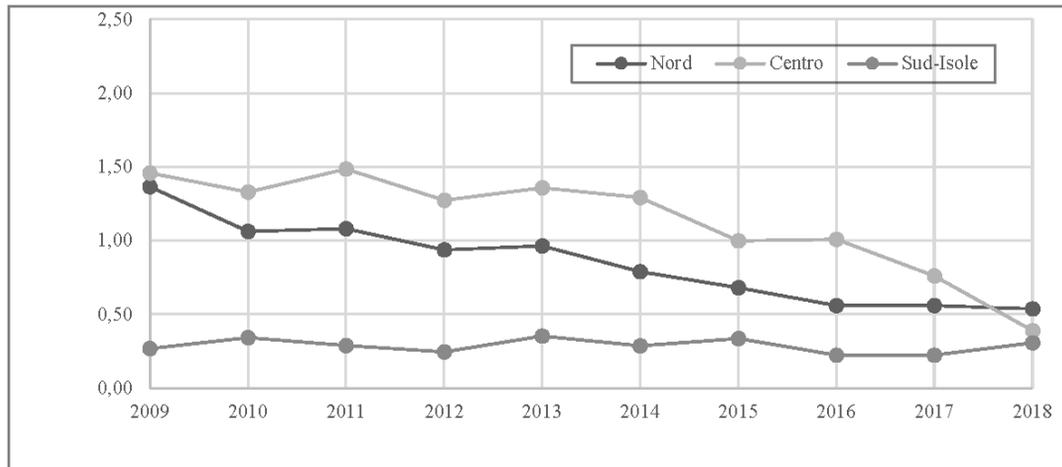
Riguardo all'epatite C, nel periodo 2009-2018 il tasso di incidenza si è ridotto, come per l'epatite B, soprattutto nelle regioni centrali che nel 2013 hanno registrato un picco di casi con un tasso di incidenza di 0,42 per 100.000 abitanti, mentre nel 2018 un tasso di 0,09 per 100.000 allineandosi alle altre aree geografiche (Grafico 4). Come mostrato nel Grafico 5, nel 2018 la patologia continua ad essere più diffusa tra gli uomini (0,14 per 100.000) rispetto alle donne (0,07 per 100.000), mentre per quanto riguarda l'età l'andamento continua ad essere altalenante (Grafico 6). Nel 2018, il tasso di incidenza più alto ha interessato la popolazione adulta di età compresa tra i 35-54 anni.





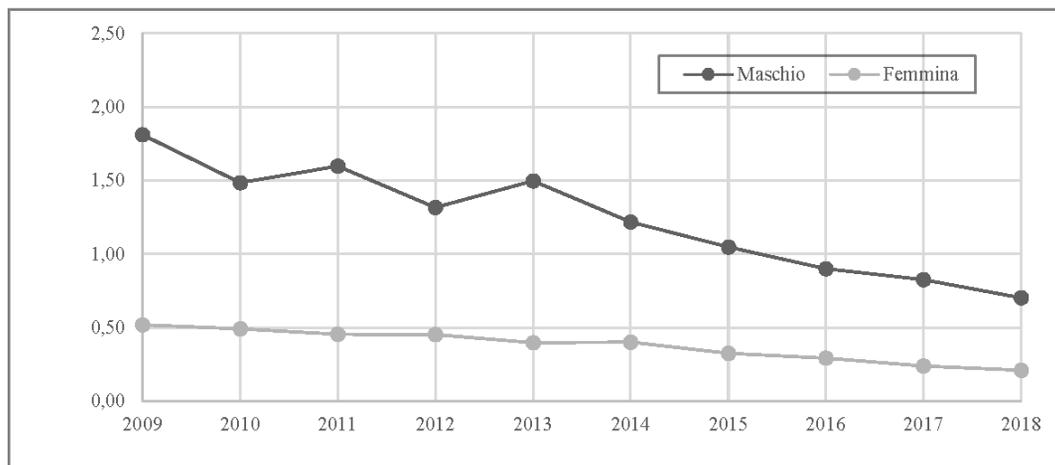
MALATTIE INFETTIVE

Grafico 1 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza di epatite virale B per macroarea - Anni 2009-2018



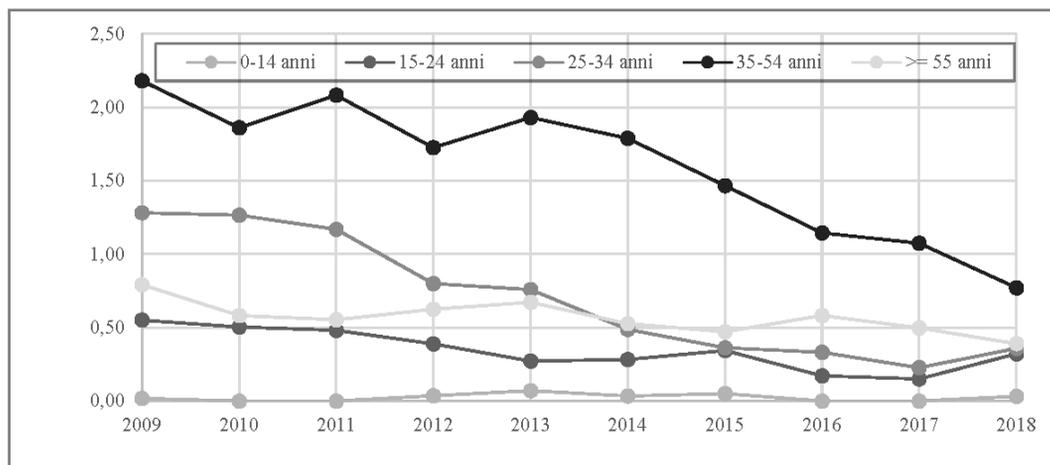
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2019.

Grafico 2 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza di epatite virale B per genere - Anni 2009-2018



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2019.

Grafico 3 - Tasso (specifico per 100.000) di incidenza di epatite virale B - Anni 2009-2018

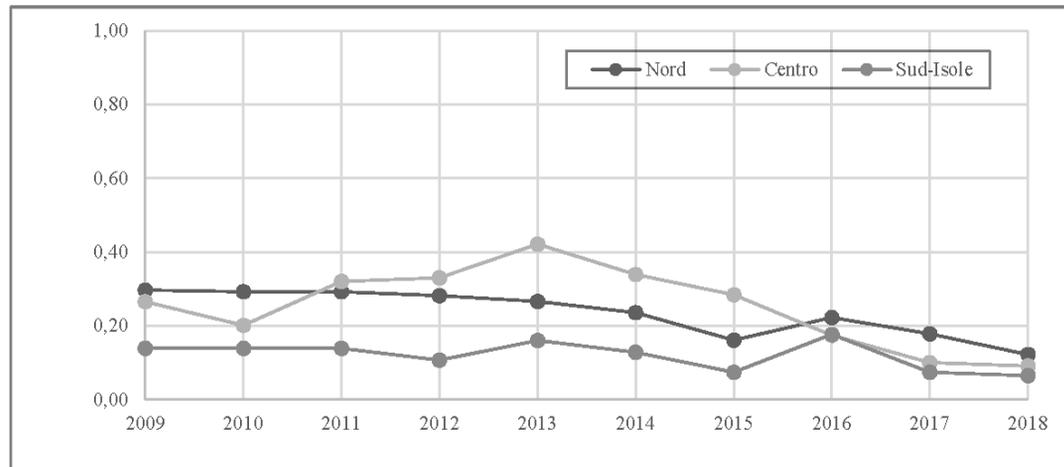


Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2019.



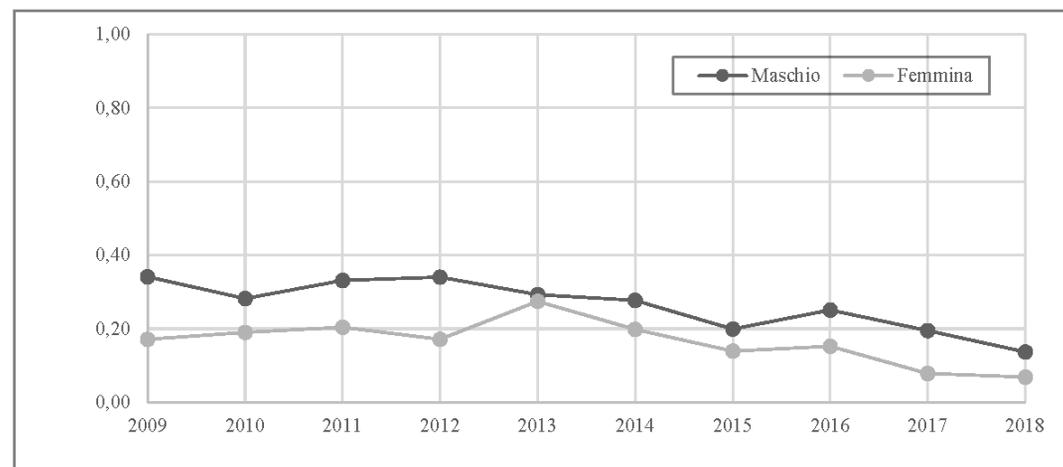


Grafico 4 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza di epatite virale C per macroarea - Anni 2009-2018



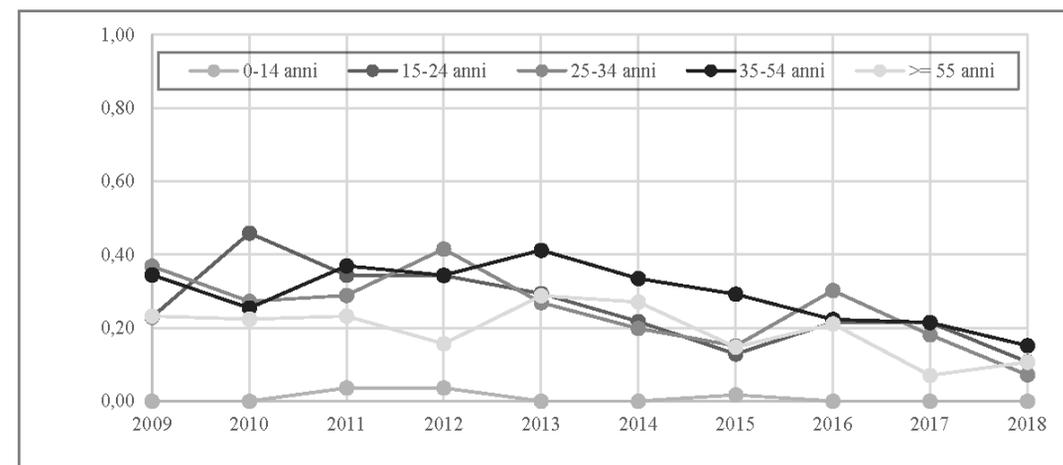
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2019.

Grafico 5 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza di epatite virale C per genere - Anni 2009-2018



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2019.

Grafico 6 - Tasso (specifici per 100.000) di incidenza di epatite virale C - Anni 2009-2018



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2019.





Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia l'incidenza delle epatiti ha subito una costante riduzione nel tempo, in particolar modo per la B e la C. Ad oggi i soggetti più colpiti da epatite B restano quelli di età compresa fra i 35-54 anni, come atteso in virtù della strategia vaccinale grazie alla quale, attualmente, gli italiani nati dopo il 1980 sono stati sottoposti a vaccinazione obbligatoria (3).

Il fattore di rischio più frequentemente riportato per l'epatite B è l'esposizione a trattamenti estetici quali manicure, *piercing* e tatuaggi, mentre per la C lo sono l'esposizione sessuale, intesa come *partner* sessuali multipli o mancato uso del profilattico in corso di rapporti occasionali e le procedure mediche e chirurgiche invasive (ospedalizzazione, intervento chirurgico, emodialisi e trasfusione di sangue) (4).

Appare di fondamentale importanza, nonostante la costante riduzione di incidenza, continuare a monitorare i nuovi casi di epatite B e C al fine di valutare eventuali cambiamenti del quadro epidemiologico della malattia. In particolare, da aprile 2017, nel nostro Paese è stato ampliato l'accesso ai farmaci antivirali, innovativi ed altamente efficaci, a tutti i

pazienti con epatite C cronica, ridefinendone i criteri di rimborsabilità e rendendone il costo interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Per questo tipo di epatite sarà opportuno, pertanto, verificare la presenza di eventuali variazioni negli andamenti epidemiologici, legate all'accesso ai nuovi farmaci, per programmare l'implementazione di specifici programmi di prevenzione.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO. Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030. WHO 2016. Disponibile sul sito: www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en.
- (2) Tosti ME, Longhi S, de Waure C, Mele A, Franco E, Ricciardi W, Filia A. Assessment of timeliness, representativeness and quality of data reported to Italy's national integrated surveillance system for acute viral hepatitis (SEIEVA). *Public Health* 2015; 129 (5): 561-8.
- (3) Mele A, Tosti ME, Mariano A et al. Acute Hepatitis B 14 years after the implementation of universal vaccination in Italy: areas of improvement and emerging challenges. *Clin Infect Dis* 2008; 46: 868-875.
- (4) Bollettino Seieva Marzo 2019. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/epatite/bollettino/Bollettino-4-marzo-2019.pdf.





Stato dell'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita in Italia

Dott. Alessandro Sindoni, Dott.ssa Giovanna Adamo, Dott.ssa Valentina Baccolini, Dott.ssa Grazia Pia Prencipe, Dott. Domenico Barbato, Dott. Rosario Cocchiara, Dott.ssa Carolina Di Paolo, Dott.ssa Annamaria Mele, Dott.ssa Carla Salerno, Dott.ssa Claudia Isonne, Dott.ssa Sara Cianfanelli, Dott.ssa Maria Rosaria Vacchio, Dott.ssa Melissa Baggieri, Dott.ssa Carolina Marzuillo, Dott. Antonino Bella, Dott. Fabio Magurano, Dott.ssa Stefania Iannazzo, Prof. Paolo Villari

L'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lavora affinché tutti i suoi Stati membri (Sm) raggiungano gli obiettivi previsti nelle aree di intervento prioritario di politica sanitaria, assistenza sanitaria, ambiente e determinanti sociali della salute, prevenzione delle malattie non trasmissibili, salute materno-infantile e lotta alle malattie trasmissibili, come morbillo e rosolia (1). In Europa, 35 Sm (66,0%) hanno fornito prove per dimostrare l'eliminazione del morbillo endemico (trasmissione interrotta per almeno 36 mesi in presenza di un sistema di sorveglianza di alta qualità), 39 Sm (73,6%) hanno fornito prove per dimostrare l'eliminazione della rosolia endemica e 33 Sm (62,3%) hanno dimostrato il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione sia del morbillo che della rosolia endemica. Tuttavia, 12 Sm (22,6%) sono ancora endemici per il morbillo e 11 Sm (20,8%) sono ancora endemici per la rosolia; 9 Paesi (17,0%), inclusa l'Italia, sono stati considerati endemici sia per il morbillo che per la rosolia (2).

I progressi ottenuti in ogni Sm vengono attestati annualmente dalla Commissione Nazionale di Verifica (CNV) per l'eliminazione del morbillo e della rosolia mediante l'elaborazione di un Report nazionale (3). In Italia, dal 2015 ad oggi, la CNV ha prodotto complessivamente sei Report nazionali (che includono anche il Report con i dati del 2013, che avrebbe dovuto essere sottomesso nel 2014). Inoltre, al fine di verificare l'eliminazione anche a livello sub-nazionale, il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie con il Progetto "Azioni a sostegno del Piano Nazionale dell'Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita" ha prodotto, per gli anni 2014-2016, Report regionali e resoconti regionali sintetici (4).

In base ai dati dell'ultimo Report nazionale e al confronto con i Report degli anni precedenti, si evidenziano i progressi compiuti dall'Italia verso gli obiettivi di eliminazione e le criticità che ancora ne ostacolano il raggiungimento. Nel 2018, l'Italia ha riportato 2.517 casi di morbillo (41,5 casi per milione di abitanti), pari al 20,4% di tutti i casi notificati in Europa (5). La distribuzione dei casi di morbillo per mese di insorgenza dell'infezione ha mostrato un picco nel mese di aprile 2018, con 468 casi segnalati. Su 21 regioni/PA, 20 sono state colpite, ma circa l'80% dei casi sono stati segnalati solo da 5 regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia) e circa il 44% da 1 regione (Sicilia), che ha riportato anche l'incidenza più elevata (222 casi per milione di abitanti). L'età mediana dei casi è stata di 25 anni; l'incidenza più alta è stata registrata nei bambini sotto l'anno di età (352,9 casi per milione di abitanti).

L'incidenza della rosolia si è ridotta nel 2018 rispetto agli anni precedenti; l'età mediana è stata di 22 anni (6) ed i casi provenivano da 8 regioni/PA (Piemonte, Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia). Anche la distribuzione dei casi di rosolia ha mostrato un numero relativamente più elevato nel mese di aprile, con 4 casi segnalati.

Il numero di focolai di morbillo verificatisi nel 2018 è stato pari a 231 (634 nel 2017). La trasmissione è avvenuta in ambito familiare, *setting* assistenziale, scuole e insediamenti nomadi. Sono stati segnalati 2 casi di encefalite in adulti di età 29 e 32 anni. Sono stati riportati 8 decessi dovuti al morbillo: 7 adulti (fascia di età 23-74 anni) e 1 bambino (10 mesi). La causa di morte è stata la polmonite e l'insufficienza respiratoria in 7 casi e l'insufficienza multiorgano in 1 caso. Almeno 3 delle persone che sono morte erano immuno-compromesse ed 1 era affetta da una grave cardiopatia. Per ciascuno dei focolai notificati, come richiesto dall'OMS (7), è stata prodotta una scheda di notifica sulla base dei dati raccolti dalla piattaforma di sorveglianza integrata dell'Istituto Superiore di Sanità; relativamente al 2018, l'89,3% dei Report regionali è stato inviato nei tempi previsti e riportava i dati necessari. L'origine dell'infezione è stata identificata nell'88,9% dei casi di morbillo.

La qualità dei dati molecolari e la *performance* della sorveglianza di laboratorio per il morbillo sono significativamente migliorati nel 2017 e nel 2018 rispetto agli anni precedenti. Tali miglioramenti vanno attribuiti sia al sistema di sorveglianza integrata che alla Rete Nazionale dei Laboratori di Riferimento per il morbillo e la rosolia (MoRoNet) (che attualmente comprende 14 Laboratori di Riferimento in 13 delle 21 regioni/PA) (8) e al Laboratorio Nazionale di Riferimento presso l'Istituto Superiore di Sanità, che coordina e accredita i laboratori della Rete MoRoNet per garantire gli standard di qualità richiesti dall'OMS. Il tasso di indagini di laboratorio si è attestato al 75,1% nel 2018 ed il tasso di identificazione genotipica dei focolai epidemici ha raggiunto il 71,9% nel 2018 (62,1% nel 2017): B3 e D8 sono stati i genotipi endemici identificati nel 2018 (9).





In lieve miglioramento, rispetto al 2017, il tasso di indagini di laboratorio sulla rosolia (23,8% nel 2018 vs 17,0% nel 2017): tutti i casi di rosolia erano sporadici, senza informazioni sul genotipo.

La copertura delle vaccinazioni sul territorio nazionale è aumentata: si è registrato, infatti, nel 2018 rispetto al 2017, un incremento di quasi 2 punti percentuali per la 1^a dose per morbillo e rosolia e di 3,5 punti percentuali per la 2^a dose. In particolare, relativamente alla 1^a dose di anti-morbillo e anti-rosolia, tutte le regioni hanno riportato coperture tra il 90,0-95,2%, ad eccezione della PA di Bolzano, che ha riportato coperture <80,0%; per quanto riguarda la 2^a dose, 13 regioni hanno registrato coperture tra il 90,0-95,9%, 5 regioni tra l'85,0-89,9%; 2 regioni tra l'80,0-84,9%, mentre la PA di Bolzano ha riportato coperture <80,0%.

Le Attività Supplementari di Immunizzazione sono state riportate da 9 regioni su 21 nel 2018, un dato che mostra un miglioramento rispetto all'anno precedente in cui solo 3 regioni le avevano riportate.

Nel 2019, il numero di casi di morbillo continua a mantenersi elevato: dal 1 gennaio al 30 settembre 2019 sono stati segnalati 1.596 casi di morbillo, tutte le regioni/PA sono state interessate, ma circa il 58% dei casi si è verificato in Lombardia e Lazio. L'età mediana dei casi è stata di 30 anni; sono stati registrati 166 casi in bambini di età <5 anni, di cui 60 avevano meno di 1 anno (10). Inoltre, sono stati segnalati 93 casi tra gli operatori sanitari e 43 casi tra gli operatori scolastici. Circa il 31% dei casi segnalati ha sviluppato almeno una complicanza (10). Dal 1 gennaio al 30 settembre 2019, 9 regioni/PA (Piemonte, Lombardia, PA di Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Basilicata e Sicilia) hanno segnalato in totale 18 casi di rosolia, con una età mediana di 27 anni (10).

L'impegno politico per l'eliminazione del morbillo e della rosolia si è accresciuto fin dal 2017. Esempi importanti di questo maggiore impegno politico includono: 1. il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, che conferma l'eliminazione del morbillo e della rosolia nel Paese come uno degli obiettivi prioritari. Inoltre, secondo tale Piano, tutti i vaccini del nuovo calendario sono inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza, anche per i gruppi a rischio più elevato: ad esempio, quello per morbillo-parotite-rosolia per i pazienti non immuni in determinate condizioni di salute, per gli operatori sanitari e per gli adulti non immuni e per le donne non immuni in età fertile (con particolare attenzione a quelle che lavorano nel settore scolastico); 2. la Legge finanziaria del 2017, che istituisce un fondo specifico per la fornitura di vaccini da parte delle regioni; 3. la Legge n. 119/2017 con cui il numero di vaccinazioni obbligatorie è stato aumentato da quattro a dieci: anti-polio, anti-difterite, anti-tetano, anti-epatite B (che erano già obbligatorie), anti-pertosse, anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella (11). Queste dieci vaccinazioni sono diventate obbligatorie per bambini e adolescenti di età 0-16 anni. Secondo la Legge n. 119/2017, i bambini di età compresa tra 0-6 anni, i cui genitori rifiutano le vaccinazioni obbligatorie, non sono autorizzati a frequentare asili nido e scuole dell'infanzia, con sanzioni fino a 500€ per i genitori, mentre, relativamente all'istruzione scolastica obbligatoria, i bambini e gli adolescenti non vaccinati di età compresa tra 7-16 anni possono frequentare la scuola, ma i rispettivi genitori possono incorrere in una sanzione fino a 500€ per inadempienza; 4. l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un tavolo inter-ministeriale per concertare azioni comuni con altre Istituzioni nazionali (quali il Dipartimento della Protezione Civile, il Ministero dell'Interno e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca).

Recentemente, in Italia, è nato un importante dibattito sull'opportunità di apportare alcune modifiche alla Legge n. 119/2017, nel tentativo di tutelare sia i diritti della salute che i diritti educativi della popolazione. È stato proposto un nuovo disegno di legge che introduce un cosiddetto "obbligo flessibile", dando la priorità all'educazione dei genitori sui benefici dei vaccini, senza renderli obbligatorie, a meno che non si verifichino focolai o il tasso di vaccinazione della copertura risulti troppo basso: tuttavia, il dibattito politico è in corso. Nel frattempo, in altri Paesi, come la Germania, si è acceso il confronto politico per rendere obbligatoria la vaccinazione nei confronti del morbillo.

Sulla base delle valutazioni effettuate, si confermano alcune raccomandazioni volte a fornire un supporto tecnico-operativo al Piano di Eliminazione:

- miglioramento del monitoraggio e dell'indagine epidemiologica dei focolai epidemici;
- mantenimento e sostegno alla rete MoRoNet;
- incremento delle Attività Supplementari di Immunizzazione;
- monitoraggio regionale tramite Report e resoconti sintetici;
- definizione e implementazione di strategie di comunicazione efficaci;
- rafforzamento del ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta nella promozione delle vaccinazioni;
- necessità di realizzare attività supplementari di vaccinazione che abbiano come *target* la popolazione adulta suscettibile che non rientra nell'obbligo vaccinale.





Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Rapporti internazionali. OMS - Ufficio Regionale per l'Europa. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1783&area=rapporti&menu=mondiale (ultimo accesso: 25 ottobre 2019).
- (2) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2019). Eighth meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC). Warsaw, Poland. 12-14 June 2019. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/413236/8th-RVC-Report.pdf?ua=1 (ultimo accesso: 25 ottobre 2019).
- (3) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2014). Eliminating measles and rubella - Framework for the verification process in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/247356/Eliminating-measles-and-rubella-Framework-for-the-verification-process-in-the-WHO-European-Region.pdf (ultimo accesso: 25 ottobre 2019).
- (4) Adamo G, Sturabotti G, Baccolini V, de Soccio P, Prencipe GP, Bella A, Magurano F, Iannazzo S, Villari P, Marzuillo C. Regional reports for the subnational monitoring of measles elimination in Italy and the identification of local barriers to the attainment of the elimination goal. *PLoS One*. 2018; 13 (10): e0205147. doi: 10.1371/journal.pone.0205147.
- (5) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance report. Monthly measles and rubella monitoring report, February 2019:1-9. Stockholm: ECDC; 2019. Disponibile sul sito: www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/measles-rubella-monthly-monitoring-report-february-2019.pdf (ultimo accesso: 25 ottobre 2019).
- (6) Morbillo & Rosolia News, Gennaio 2019. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/morbillo/bollettino/RM_News_2018_48%20def.pdf (ultimo accesso: 25 ottobre 2019).
- (7) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2013). Guidelines for measles and rubella outbreak investigation and response in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/217164/OutbreakGuidelines-updated.pdf?ua=1 (ultimo accesso: 25 ottobre 2019).
- (8) MoRoNet - liberi da morbillo e rosolia. Disponibile sul sito: <http://moronetlab.it> (ultimo accesso: 25 ottobre 2019).
- (9) Magurano F, Baggieri M, Mazzilli F, Bucci P, Marchi A, Nicoletti L; MoRoNet Group. Measles in Italy: Viral strains and crossing borders. *Int J Infect Dis*. 2019 Feb; 79: 199-201. doi: 10.1016/j.ijid.2018.11.005.
- (10) Morbillo & Rosolia News. Aggiornamento mensile. Rapporto N. 56 - Ottobre 2019. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/morbillo/bollettino/RM_News_2019_56.pdf (ultimo accesso: 25 ottobre 2019).
- (11) Ministero della Salute. Legge vaccini. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4824&area=vaccinazioni&menu=vuoto (ultimo accesso: 25 ottobre 2019).

