

sottoposta a 200 pazienti di età compresa tra i 30 e i 97 anni, afferenti al servizio di prelicovero, previa acquisizione del consenso. A ogni paziente sono state poste le domande previste, è stato chiesto se fossero comprensibili e, a riprova, di esprimere con proprie parole i concetti in esse contenuti segnalando eventuali modifiche. In 70 casi sono stati confrontati i dati ottenuti da interviste con quanto riportato dalla documentazione sanitaria a un mese dall'intervento chirurgico. Le informazioni sono state valutate verificando che ci fosse corrispondenza rispetto all'assunzione di antibiotici post-intervento per problemi legati alla protesi, esecuzione di tamponi culturali nonché eventuale insorgenza di ISC.

**RISULTATI:** In 3 casi di ISC, su 5 riscontrati, è stata rilevata una discrepanza tra quanto registrato dai medici e quanto riferito dai pazienti. In 3 casi i pazienti riportano di aver assunto "antibiotici di copertura", in assenza d'infezione, che invece è segnalata nella documentazione, in un caso il paziente afferma di aver avuto un'ISC che non è segnalata nella cartella clinica. Sono state elaborate delle informazioni da fornire all'intervistato re-attivamente al tema oggetto di ogni domanda.

**CONCLUSIONI:** L'attività di verifica dell'intervista telefonica ha consentito di migliorare lo strumento stesso attraverso l'elaborazione di istruzioni operative standardizzate. Il confronto tra le informazioni riferite dai pazienti e quelle riscontrate in documentazione sanitaria sarà effettuata per ogni caso in studio al fine di individuare e motivare eventuali discrepanze e verificare così l'efficacia dell'intervista nella rilevazione delle ISC.

## 755 Sperimentazione di un sistema di "Epidemic Intelligence" italiano

Riccardo F, Rizzo C, Greco D, Dente MG, Ranghiasi A, Pompa MG, Vellucci L, Declich S  
Istituta Superiore di Sanità Ministero della Salute

**INTRODUZIONE:** L'epidemic intelligence (EI) comprende tutte le attività volte alla identificazione precoce di rischi in sanità pubblica, la loro validazione, valutazione ed investigazione, finalizzate alla raccomandazione di misure di controllo. L'EI è composta da una sorveglianza basata su indicatori e una su eventi. La prima trae dati dalla sorveglianza epidemiologica, generalmente attraverso sistemi di sorveglianza sindromica, la seconda identifica notizie di rilevanza per la sanità pubblica generalmente dai media e internet. Dal 02/2010 al 02/2011 è stato sperimentato in Italia un sistema pilota di EI (Progetto EpiInt), finanziato dal Ministero della Salute (CCM). Il progetto ha sviluppato un sistema di sorveglianza basata su eventi, visto che la parte basata su indicatori si avvaleva già di sistemi di sorveglianza sindromica esistenti.

**METODI:** È stata elaborata una matrice di valutazione del rischio per assegnare una diversa importanza a notizie su eventi di possibile rilevanza sanitaria. Le notizie ad alta rilevanza venivano inviate al gruppo di lavoro come allerte e per essere valutate (EpiInt Alert). Una selezione di notizie, venivano pubblicate settimanalmente e distribuite via email a destinatari di tutte le regioni attraverso un bollettino (EpiInt Weekly). Alla fine del progetto, il sistema è stato valutato tramite un'indagine online tra i destinatari del bollettino.

**RISULTATI:** Ogni settimana il sistema ha raccolto in media oltre 2.000 notizie. In totale sono stati pubblicati 47 bollettini settimanali contenenti 38 notizie di eventi validati avvenuti sul territorio italiano, oltre a notizie internazionali considerate rilevanti per l'Italia, non necessariamente validate. La valutazione del progetto ha coinvolto sia i 125 destinatari diretti del bollettino che soggetti a cui veniva inoltrato. Il questionario è stato compilato da 72 destinatari di cui 29 destinatari diretti. Tutti hanno giudicato il bollettino come molto (81%) o abbastanza (19%) utile. Il 70% dei rispondenti ha riferito di leggerlo ogni settimana. Il 67% dei destinatari ha riferito di utilizzare le notizie nazionali nella propria attività lavorativa ed il 79% quelle internazionali. Il 99% dei rispondenti ha auspicato un proseguo del progetto oltre la fine del periodo di sperimentazione.

**CONCLUSIONI:** L'introduzione di un sistema di EI in Italia si è dimostrata realizzabile grazie allo sforzo congiunto del Ministero della Salute, dell'ISS e delle Regioni. L'evidente utilità del prodotto, dimostrata dal confronto con gli utenti, mette in risalto l'opportunità di inserire questa attività tra i servizi di sorveglianza epidemiologica forniti a livello nazionale.

## 758 Epidemiologia della Pertosse in Italia: chi è a rischio?

Iannazzo S\*, Rizzuto E\*, Bonfigli S\*, Pompa MG\*  
\*Ufficio V - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute

Contesto In Italia la pertosse, con un'incidenza media annua pari a 1/100.000, continua ad essere una malattia ancora non completamente sotto controllo nonostante la vaccinazione sia gratuita dal 1995 (Circolare n. 13 del 6 giugno 1995) e fortemente raccomandata dal 1999 (DM n. 5 del 7 aprile 1999). Scopo del presente lavoro è descrivere l'epidemiologia della pertosse in Italia sulla base dell'analisi dei dati relativi alle notifiche obbligatorie,

secondo il DM 15/12/1990, che dalle Regioni e PA vengono inviati all'Ufficio V della DGPREV del Ministero della Salute. Per gli anni antecedenti al 1995 sono stati considerati i dati ISTAT. È stata valutata l'incidenza della malattia nella popolazione generale e per specifiche fasce d'età. È stato considerato anche lo stato vaccinale laddove l'informazione era presente. Globalmente l'andamento della pertosse, in Italia, ha mostrato una lenta ma graduale e costante diminuzione, passando dai circa 30.000 casi annui degli anni '50 (con un'incidenza pari a circa 50 casi/100.000), ai 6.500 casi degli anni '90. La riduzione più evidente si è osservata dopo l'inserimento della vaccinazione antipertosse nel Calendario nazionale delle vaccinazioni per l'infanzia, per arrivare, infatti, agli appena 591 casi del 2009 (un caso ogni 100.000 abitanti). In particolare, nell'ultimo decennio, si registra un picco di oltre 2 mila casi, notificati nel 2002. Anche nel 2009 si osserva un aumento delle notifiche di pertosse. Le classi di età più giovani continuano a rappresentare le fasce maggiormente interessate dalla malattia. Stabili e molto bassi, invece, i valori di incidenza nelle altre classi. La corretta interpretazione dei dati è tutt'altro che semplice e per diverse ragioni: la sottotitola da cui è affetto il sistema di sorveglianza attualmente vigente; la definizione di caso esclusivamente clinica, le difficoltà connesse alla diagnosi di laboratorio. Devono sicuramente far riflettere l'elevato numero di casi tra gli adolescenti, che dovrebbero aver ricevuto un ciclo completo durante l'infanzia, e tra i bambini, al di sotto dell'anno di età, troppo piccoli per essere completamente vaccinati. Questi elementi in particolare indicano la necessità di riflettere sulle strategie più adeguate per la protezione dei più piccoli, soprattutto nel rispetto rigoroso dei tempi previsti dal calendario e per garantire l'offerta del richiamo a 5-6 anni e a 11-15 anni.

## 763 Il Nuovo Piano nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015

Pompa MG\*, Filia A\*, Rota MC\*, Declich S\*, Borrini BM\*\*, Pascucci MG\*\*, Finarelli AC\*\*, Gallo T\*\*, Barale A\*\*, Grilli G\*\*, Iannazzo S\*

\* DGPREV, Ministero della Salute; ^ CNESPS, Istituto Superiore di Sanità; \*\* Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Servizio Sanità Pubblica; \*\* Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, Regione Friuli Venezia Giulia; \*\*\* Coordinatore GTV, SS Epidemiologia, SC Direzione Integrata della Prevenzione; \*\*\*\* Regione Marche

L'eliminazione di morbillo e rosolia è tecnicamente possibile. A tale scopo nel 2001 l'OMS aveva avviato un piano strategico mondiale e nella Regione Europea gli obiettivi di eliminazione erano fissati per il 2010.

A settembre 2010, il Comitato Regionale Europeo dell'OMS, valutando la situazione nella Regione, ha spostato gli obiettivi al 2015, evidenziando soprattutto l'importanza, per il successo, di: impegno politico, alleanze, comunicazione e per (ri)conquistare la fiducia della popolazione nei confronti delle vaccinazioni.

In Italia, il precedente PNEMoRc è stato avviato nel 2003 e, grazie all'impegno degli operatori coinvolti a tutti i livelli, sono stati raggiunti obiettivi significativi, quali il miglioramento della copertura vaccinale per la 1 dose di MPR entro i 2 anni di età (da 79,8% nel 2002 a 89,9% nel 2009). L'istituzione di un sistema di sorveglianza speciale per il morbillo, l'introduzione della notifica obbligatoria per rosolia in gravidanza e rosolia congenita, l'introduzione della 2 dose di MPR.

Tuttavia, gli obiettivi di copertura vaccinale non sono stati pienamente raggiunti, continuano a verificarsi focolai di morbillo e casi di rosolia congenita; le epidemie coinvolgono sovente adolescenti che avrebbero dovuto essere vaccinati durante la campagna straordinaria di recupero, la formazione e il coinvolgimento trasversale di tutte le figure professionali interessate non sono ancora ottimali.

Per altro, le criticità incontrate in Italia sono state registrate anche in altri Paesi, soprattutto dell'Europa occidentale.

Allo scopo di riportare all'attenzione l'obiettivo di eliminazione di morbillo e rosolia, dare risposte condivise ai problemi comuni, rinnovare l'impegno, nel corso del 2010 è stato predisposto il nuovo PNEMoRc 2010-2015, approvato come Intesa Stato-Regioni del 23/03/2011, quale garanzia di condivisione delle scelte strategiche adottate e di omogeneità dell'offerta nel Paese.

Nel nuovo Piano vengono ribaditi gli obiettivi generali da raggiungere entro il 2015: i) Eliminare il morbillo endemico (incidenza <1 caso/1.000.000); ii) Eliminare la rosolia endemica (incidenza <1 caso/1.000.000); iii) Ridurre l'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 caso/100.000 nati vivi. Vengono, inoltre, illustrati gli obiettivi specifici e le azioni da attuare per il loro raggiungimento.

Particolare enfasi è data a: miglioramento delle coperture vaccinali per la 1 e la 2 dose di MPR; azioni supplementari per i gruppi suscettibili (in particolare, adolescenti, giovani adulti, operatori sanitari, donne in età fertile e le