

particolare interesse per valutare l'efficacia delle misure di controllo adottate, con particolare riferimento alla classificazione ed etichettatura dei prodotti presi in esame.

Nel corso del 2002, il gruppo di lavoro prevede di estendere la rilevazione delle intossicazioni acute da antiparassitari in altre aree selezionate in base al numero di casi riferiti al CAV di Milano. La valutazione in diversi contesti delle procedure adottate nella fase pilota del progetto assolverà al compito di definire meglio il sistema di sorveglianza che si prevede di attivare a livello regionale e nazionale.

Riferimenti bibliografici

1. Intossicazioni acute da antiparassitari in Italia: stato delle conoscenze e prospettive di indagine. A cura di Laura Settimi. *Ann Ist Super Sanità* 2001; 37(2): 125-85.
2. Settimi L, Davanzo F, Miceli G, et al. *Ann Ist Super Sanità* 2001; 37(2): 181-5.
3. Miceli G, Ravalli P, Settimi L, et al. *Ann Ist Super Sanità* 2001; 37(2): 141-6.
4. Hathaway GJ, Proctor NH, Hughes JP. Proctor and Hughes' chemical hazards in the workplace. 4th ed. New York: Van Nostrand Reinhold; 1996.
5. CDC. *MMWR* 2001; 50(39): 845-7.

Sorveglianze nazionali

IL MORBILLO IN ITALIA È IN AUMENTO

**Marta Luisa Ciofi Degli Atti
e Stefania Salmaso**
per il Gruppo di coordinamento
SPES*

*Laboratorio di Epidemiologia
e Biostatistica, ISS*

In Italia il vaccino antimorbillo è stato immesso sul mercato nel 1976 ed è raccomandato dal Ministero della Salute fin dal 1979. Negli anni '60, immediatamente precedenti all'introduzione della vaccinazione,

venivano notificati circa 74 000 casi per anno, corrispondenti a un'incidenza di circa 150 casi/100 000 abitanti. Dall'introduzione della vaccinazione il numero di casi notificati è progressivamente diminuito, con un'incidenza media di 81 casi/100 000 negli anni '80 e di 41 casi/100 000 negli anni '90.

L'ultimo anno epidemico è stato il 1997, con circa 41 000 notifiche, il 95% delle quali nella fascia di età compresa tra 0 e 14 anni. In particolare, nel 1997 l'incidenza stimata in questa fascia di età è stata di 473 casi/100 000 abitanti.

Nel 1998 le notifiche sono bruscamente diminuite a 4 000 e da allora sono andate ulteriormente diminuendo.

Nel 2000, l'incidenza stimata nei bambini fino a 14 anni di età è stata di 15 casi/100 000; è stato quindi raggiunto sia il minimo storico del numero di notifiche annuali, sia la durata massima del periodo interepidemico, che in precedenza non aveva mai superato i 3 anni.

Sebbene la notifica sia obbligatoria, è noto che i casi di morbillo spesso non vengono segnalati, e che la sottonotifica è maggiore al Sud rispetto al Nord del Paese. Per effetto di questo fenomeno, dalle notifiche obbligatorie emerge che il morbillo è paradossalmente meno

frequente al Sud, dove la copertura vaccinale è più bassa, che non al Nord, dove le coperture vaccinali sono più elevate (1).

Per monitorare in modo accurato e tempestivo l'andamento del morbillo e di altre malattie prevenibili da vaccino, nel gennaio 2000 è stata attivata la rete SPES, un sistema di sorveglianza sentinella basato sui pediatri di libera scelta (2).

I pediatri partecipanti segnalano i casi su base mensile e, come nel sistema di notifica obbligatorio, la definizione di caso è esclusivamente clinica. La popolazione oggetto della sorveglianza include i bambini tra 0 e 14 anni, assistiti dai pediatri partecipanti a SPES (Sorveglianza Pediatri Sentinella); nel 2000 tale popolazione in sorveglianza corrispondeva al 4% circa della popolazione nazionale della stessa fascia di età. I risultati vengono pubblicati mensilmente sul sito web: www.spes.iss.it

Dai dati SPES emerge che, se nel 2000 l'incidenza mensile del morbillo non ha mai superato i 15 casi/100 000, nel 2001 si è ulteriormente abbassata e non ha mai superato i 5 casi/100 000. Nei primi due mesi del 2002, tuttavia, l'incidenza è aumentata rapidamente, superando a febbraio i 20 casi/100 000 (Figura 1). Sia a gennaio



Figura 1 - Incidenza mensile del morbillo nella fascia d'età 0-14 anni (SPES, gennaio 2000-febbraio 2002)

(*) Gruppo di coordinamento SPES: Raffaele Arigliani, Antonino Bella, Vincenzo Calia, Patrizia Carbonari, Stefano Del Torsò, Milena Lo Giudice, Vitalia Murgia, Silvana Parrocchini, Alberto Eugenio Tozzi e Giovanni Vitali Rossi

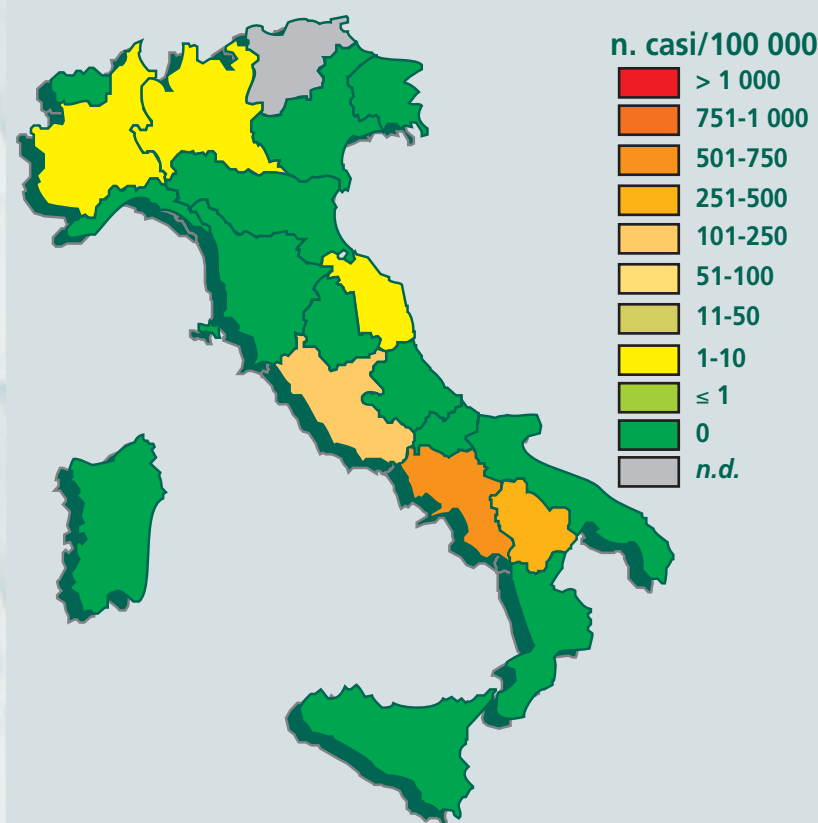


Figura 2 - Incidenza del morbillo (n. casi/100 000) per regione nella fascia d'età 0-14 anni (SPES febbraio 2002)

che a febbraio 2002 le regioni più colpite sono state il Lazio e la Campania; in quest'ultima regione è stata osservata a febbraio un'incidenza di 123 casi/100 000 (Figura 2). La maggioranza dei casi si è verificata in bambini tra i 5 e i 9 anni di età.

Nonostante la copertura vaccinale per il morbillo sia andata progressivamente aumentando, nel 2000 la percentuale di bambini vaccinati entro i 24 mesi era ancora inferiore all'80% e in molte regioni del Sud non raggiungeva il 60% (3).

Questi valori di copertura hanno lasciato una gran parte di bambini suscettibili all'infezione, che costituisce il potenziale per il verificarsi di una nuova epidemia. Per contrastare questo pericolo è assolutamente necessario attuare un programma interregionale che garantisca in tutta Italia sia un aumento delle coperture vaccinali dei nuovi nati che un recupero dei

bambini più grandi non vaccinati in precedenza, in accordo con le raccomandazioni emanate nel 1999 (4).

Secondo quanto previsto sia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che dal Piano Sanitario Nazionale, queste raccomandazioni prevedono per i nuovi nati il raggiungimento di coperture vaccinali pari o superiori al 95% entro i due anni di età.

Per il recupero dei bambini più grandi non vaccinati in precedenza e l'offerta di un'eventuale seconda dose sono invece previste strategie differenti a seconda del livello di copertura vaccinale raggiunto entro i 2 anni. In particolare, vengono distinte le aree a copertura vaccinale inferiore all'80% da quelle che invece hanno superato questo livello. Nelle prime, viene sottolineata la necessità di vaccinare i bambini i più grandi ancora suscettibili, attraverso due possibili linee di intervento:

- utilizzare tutte le occasioni di contatto con i servizi vaccinali per verificare lo stato vaccinale dei bambini e ragazzi fino a 18 anni di età e offrire la vaccinazione a tutti coloro che non sono stati già vaccinati ed hanno un'anamnesi negativa per morbillo, oppure
- organizzare delle campagne speciali in cui nell'arco di un breve periodo di tempo (ad esempio, alcune settimane) la vaccinazione viene offerta attivamente a tutti i bambini di età superiore ai 2 anni che non risultano essere stati vaccinati.

Nelle regioni in cui la copertura vaccinale entro i 2 anni ha raggiunto l'80% e la percentuale di suscettibili oltre i 2 anni è inferiore al 10%, è invece raccomandata l'introduzione di una seconda dose all'età di 5-6 anni o a 11-12 anni.

Con l'aumentare della copertura vaccinale e il diminuire dell'incidenza diventa, inoltre, sempre più importante la sorveglianza della malattia. Anche un singolo caso infatti costituisce un'occasione per verificare lo stato vaccinale dei contatti (ad esempio, i familiari o i compagni di scuola) e per vaccinare chi è ancora suscettibile.

Riferimenti bibliografici

1. Salmaso S, Gabutti G, Rota MC, et al. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78 (8): 950-5.
2. Ciofi degli Atti ML per il Gruppo di coordinamento SPES. Not Ist Super Sanità 2001; 14(5) - Inserto BEN: iii-iv.
3. www.sanita.it/malinf/CertVacc/cop_vacc/cop_vacc.htm
4. Ministero della Sanità. Circolare n. 12 del 13 luglio 1999 "Controllo ed eliminazione di morbillo, rosolia e parotite attraverso la vaccinazione".

**Donato Greco,
Nancy Binkin, Paolo D'Argenio,
Paola De Castro, Carla Faralli**

Comitato editoriale BEN

Full English version is available at:
www.ben.iss.it
e-Mail: ben@iss.it