

Incidenza di donne in età fertile suscettibili alla rosolia: studio retrospettivo

Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

Abstract

The incidence of rubella in susceptible women of childbearing age: a retrospective study

Introduction The percentages of women of childbearing age susceptible to rubella virus is still high. The national vaccination program aimed at eliminating both measles and rubella has not produced these effects.

Materials and methods The number of seronegative women to rubella specific antibodies during family paediatricians' office visits in 2009.

Results More than 15% were at risk, among them just a little percentage had received good information regarding the need to protect themselves for future pregnancies with the vaccination.

Discussion More interventions are needed in order to eliminate congenital rubella syndrome.

Quaderni acp 2011; 18(4): 146-148

Key words Rubella vaccination. Rubella test. Congenital rubella syndrome

Introduzione Il piano di eliminazione di morbillo e rosolia non ha prodotto i risultati auspicati. Non sono stati raggiunti i tassi di copertura previsti e sembra essere ancora rischiosamente elevata la percentuale di donne in età fertile che sono suscettibili ad ammalarsi di rosolia e quindi teoricamente a rischio di sindrome da rosolia congenita.

Materiali e metodi Abbiamo voluto verificare il numero di mamme sieronegative al rubeotest tra quelle che nel 2009 si sono presentate nell'ambulatorio dei pediatri di libera scelta che hanno partecipato allo studio mostrando gli esami fatti in gravidanza.

Risultati Oltre il 15% delle mamme era ancora "a rischio"; di queste solo una minima percentuale era stata informata della utilità di proteggere eventuali gravidanze successive con la vaccinazione.

Discussione Sono necessari ulteriori interventi di politica sanitaria per realizzare l'obiettivo di eliminazione della rosolia congenita.

Parole chiave Vaccino antirosolia. Rubeotest. Rosolia congenita

Introduzione

La rosolia è una malattia indubbiamente lieve o addirittura asintomatica nella stragrande maggioranza dei casi; se contratta in gravidanza può invece avere effetti catastrofici sull'embrione o sul feto esitando spesso in aborto, morte fetale, difetti congeniti isolati o multipli, noti come sindrome da rosolia congenita (SRC). La prevenzione della SRC è uno degli obiettivi che la OMS ha stabilito per la Regione Europa; si vorrebbe entro il 2010 ridurne l'incidenza a meno di 1 caso ogni 100.000 nati vivi [1].

Per ottenere l'eliminazione della rosolia congenita sono necessarie strategie di intervento mirate; un programma di vaccinazione che non raggiunga e mantenga

costantemente nel tempo coperture molto alte può paradossalmente causare un aumento dell'incidenza di questo evento. La ridotta circolazione del virus determina infatti un più lento accumulo di persone suscettibili con conseguente diradamento delle epidemie e aumento dell'età media in cui si contrae la malattia e quindi aumento del rischio di contrarre l'infezione in gravidanza.

In particolare, è stato documentato che la frequenza della SRC aumenta in presenza di programmi vaccinali non adeguati rispetto a quanto osservato in assenza di vaccinazione [2].

In base al tasso di riproduzione effettivo della rosolia (*box 1*) si stima che per eliminare la SRC la percentuale di donne

suscettibili in età riproduttiva deve essere inferiore al 5%, mantenendo una copertura vaccinale antirosolia con due dosi stabilmente superiore al 90% [3].

È molto difficile ottenere dati attendibili di sorveglianza epidemiologica, non solo per la diffusa debolezza dei sistemi di sorveglianza ma anche per difficoltà intrinseche dovute, per esempio, alla frequenza elevata di infezioni asintomatiche o al fatto che il neonato affetto da SRC può manifestare solo in un secondo momento i sintomi caratteristici della sindrome.

La situazione epidemiologica in Europa

I dati riportati dall'OMS e dall'*Euvac.net*, il network europeo per la sorveglianza sulle malattie infettive prevenibili con vaccinazione, relativi al periodo 2000-2007, mostrano che in Europa il numero di casi di rosolia è notevolmente diminuito dopo il 2003 e si è stabilizzato dal 2005 in poi. Sono riportate 1498 infezioni per il 2005 in 22 Paesi, con un'incidenza globale pari a 0,51 per 100 mila nuovi nati; le incidenze più alte sono state registrate in Lituania e in Olanda

Box 1

Il tasso netto di riproduzione (R_0) è una misura di contagiosità ed esprime il numero atteso di nuove infezioni generate da un singolo individuo infetto nel corso del suo intero periodo di infettività, in una popolazione interamente suscettibile.

In una popolazione costituita sia da immuni (perché hanno superato la malattia o perché vaccinati) che da suscettibili, il numero di casi secondari generati in media da ogni caso primario è direttamente proporzionale sia a R_0 che alla percentuale di suscettibili presenti.

Questo ulteriore parametro viene definito tasso di riproduzione effettivo (RE).

Per corrispondenza:

Rosario Cavallo

e-mail: rosario.cavallo.2qkp@alice.it

salute pubblica

TABELLA 1: DISTRIBUZIONE PER FASCE DI ETÀ (DISPONIBILE PER 418 MAMME ARRUOLATE E PER 69 MAMME SUSCETTIBILI)

	<20 anni	21-25 anni	26-30 anni	31-35 anni	36-40 anni	41-45 anni	>45 anni
Mamme arruolate	5	34	129	150	84	15	1
Mamme suscettibili	1	6	27	16	16	3	0

(3,44 e 2,23 casi per 100 mila nuovi nati, rispettivamente) [4].

Varie epidemie sono state registrate in Europa nell'ultimo decennio: in particolare, tra il 2002 e il 2003, in Romania sono stati riportati 115 mila casi di rosolia, soprattutto in bambini in età scolare, e durante un'epidemia in Russia, tra il 2002 e il 2004, la SRC ha raggiunto un tasso di incidenza di 350 casi ogni 100 mila nuovi nati. Nel primo quarto del 2010 i dati Euvac riportano un tasso di solo 0,04/100.000, tuttavia si continuano a segnalare episodici cluster epidemici in tutta Europa: 342 casi in Bosnia, la gran parte in giovani adolescenti, 355 casi in Austria (77% dei quali tra 15 e 24 anni), nessun caso aveva fatto due dosi di vaccino mentre il 10% aveva una sola dose, 3 casi (23-28 anni) nella piccola Malta [5-7].

La situazione epidemiologica in Italia

L'Italia non ha partecipato al sistema Euvac e ha reintrodotto la notifica della SRC solo nel 2005; dal gennaio 2005 al maggio 2008 sono state notificate 27 sospette SRC di cui 4 sono state confermate (due erano asintomatiche), 3 sono state definite probabili, 2 non avevano dati sufficienti alla definizione, 18 casi sono stati esclusi. Contemporaneamente sono stati segnalati 75 casi clinici in gravidanza, 30 dei quali confermati, con 7 IVG; il 45% aveva avuto gravidanze precedenti, solo il 24% aveva effettuato un rubeotest pregravidico [8].

I dati della sorveglianza nazionale appaiono fortemente sottostimati ma si può fare riferimento anche a molte altre segnalazioni: 490 casi confermati in Emilia Romagna nel 2008 con l'87% delle 132 donne affette con età compresa tra 15 e 44 anni (3 casi in gravidanza), in una regione peraltro con copertura vaccinale a 24 mesi del 94%; 557 casi in Piemonte, di cui 371 tra 15 e 30 anni; 57 casi, la gran parte dei quali in adulti, nella Provincia di Pordenone sempre nel 2008 [9-11].

I dati di copertura vaccinale, forniti al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali da 20 regioni, mostrano che nel 2007 è stato vaccinato con una dose di vaccino anti morbillo-rosolia-parotite (MPR) l'89,6% dei bambini entro i due anni di età (range per regione: 67,7-97,3%). In particolare, 19 regioni hanno raggiunto coperture $\geq 85\%$, di cui 13 con coperture $\geq 90\%$, ma solo una regione con copertura $\geq 95\%$ [12].

Dati un po' peggiori derivano dallo studio ICONA 2008 che stima una copertura nazionale a due anni di 86,5% [13].

Negli ultimi anni si è verificato uno spostamento verso l'alto dell'età media dei casi notificati di rosolia, che è passata da 9 anni nel 1980 a 13 anni nel 1996. Nello stesso anno, il 13,5% dei casi notificati interessava donne con età compresa fra 20 e 40 anni. Secondo una indagine siero-epidemiologica del 1996 risultavano suscettibili l'11% delle ragazze tra 15 e 19 anni di età e l'8% delle donne tra 20 e 39 anni [14]. Lo studio "PASSI" basato su interviste telefoniche dice che solo il 53% delle donne in età fertile sa di essere immune alla rosolia; le altre o sono suscettibili o non conoscono il proprio stato immunitario [15].

Metodi

In base a questi poco rassicuranti dati epidemiologici, il gruppo ACP del Salento e quello di Puglia e Basilicata hanno deciso di avviare uno studio osservazionale per valutare in modo retrospettivo il titolo antirosolia delle mamme che si presentano al pediatra di base per i "bilanci di salute" dei bambini del primo anno di vita; lo studio si è proposto anche di valutare quante, tra le mamme suscettibili di infezione, avessero ricevuto adeguate informazioni sulla opportunità di eseguire vaccinazione con vaccino MPR subito dopo il parto.

Sono state arruolate tutte le madri che nel corso dell'anno 2009 si sono presentate presso lo studio del pediatra di famiglia per un "bilancio di salute" mostrando gli

esami fatti in gravidanza. Sono state escluse le mamme che non hanno potuto mostrare i risultati di tali esami; a differenza dello studio PASSI condotto con interviste telefoniche, per le mamme arruolate si conosce quindi "de visu" lo stato immunitario nei confronti della rosolia e non in base alla loro stessa dichiarazione. Le mamme suscettibili sono state invitate a vaccinarsi con due dosi di vaccino anti morbillo-rosolia-parotite sotto protezione anticoncezionale. Hanno partecipato allo studio 10 pediatri di libera scelta.

Risultati

Sono stati visionati i rubeotest di 473 mamme (da un minimo di 12 a un massimo di 95 per pediatra); 72 (il 15,2%) sono state le mamme sieronegative per la rosolia avviate alla vaccinazione. La distribuzione delle mamme sieronegative è stata molto variabile tra i pediatri che hanno raccolto i dati (range: 0-38%).

Per 69 delle 72 mamme sieronegative è stata rilevata la parità: 41 erano primipare, 22 erano alla seconda gravidanza e 6 alla terza, per cui sono state 103 le gravidanze condotte a rischio dal campione esaminato (senza contare gli aborti). Di queste mamme "a rischio", comprese quelle passate da precedenti gravidanze, solo 7 erano state correttamente informate sulla necessità di vaccinarsi (5 dal ginecologo e 2 dal medico di famiglia). Non è stato rilevato il dato della parità per le mamme sieropositive al rubeotest. Solo una delle mamme suscettibili era straniera (su un totale di solo 6 straniere arruolate) e quindi il problema non può essere attribuito ai flussi migratori e a supposizioni di scarsa aderenza alle politiche vaccinali da parte di soggetti immigrati; le mamme straniere arruolate risultano essere poche perché molte di loro non sono state in grado di esibire gli esami e quindi sono state escluse dallo studio; non è stato rilevato il numero preciso delle mamme escluse dallo studio ma questo è stato l'unico motivo di esclusione.

La distribuzione per età delle mamme arruolate è disponibile per 418 di esse e per 69 delle 72 mamme sieronegative ed è riportata nella *tabella 1*.

Discussione

Il numero di pediatri partecipanti non è stato molto alto mentre è risultata molto elevata la variabilità del numero di mamme arruolate (dovuta al fatto che alcuni pediatri hanno partecipato allo studio per un lasso di tempo limitato). È stato comunque rispettato il criterio dell'arruolamento consecutivo di tutte le mamme in grado di far visionare il proprio rubeotest; i piccoli numeri spiegano anche la diversa frequenza di soggetti sieronegativi tra i pediatri partecipanti. Particolarmente rilevante il fatto che solo 7 delle 69 mamme (per un totale di 103 gravidanze "a rischio") dichiarano di essere state informate della necessità di vaccinarsi prima di una futura nuova gravidanza, il che presuppone un grave difetto strutturale del sistema.

Conclusioni

Questo studio conferma che, nonostante l'attuazione della campagna straordinaria per l'eliminazione di morbillo e rosolia congenita, sono ancora troppe le donne in età fertile suscettibili di contrarre la rosolia in gravidanza e quindi a rischio di sindrome da rosolia congenita, segno che gli interventi realizzati non sono stati ancora sufficientemente incisivi e che bisogna ulteriormente implementarli. Il nostro studio evidenzia una percentuale di donne in età fertile ancora a rischio di contrarre la rosolia che è oltre il triplo rispetto al massimo consentito. Il fatto inoltre che solo 7 volte su almeno 103 occasioni "specifiche" di controllo (come possono esserlo i passaggi da una sala parto) sia stata fornita la corretta indicazione a proteggere con la vaccinazione una futura gravidanza indica l'urgenza di adeguarsi alle proposte avan-

zate dal Bollettino epidemiologico nazionale di *coinvolgere tutti gli operatori sanitari: il personale dei consultori, i ginecologi pubblici e privati e il personale dei servizi vaccinali, ma anche i medici di medicina generale che rappresentano l'anello di contatto tra il cittadino e i servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tutti questi operatori possono fornire, durante la programmazione di una gravidanza, le informazioni necessarie per affrontare la gestazione con gli strumenti oggi disponibili per prevenire la SRC, cioè il rubeotest e la vaccinazione* [8].

Una di queste modalità può vantaggiosamente (e quindi dovrebbe) essere quella prospettata dal nostro studio: chiedere alle mamme che giungono in un ambulatorio pediatrico per un bilancio di salute di verificare il rubeotest immancabilmente eseguito all'inizio di ogni gravidanza; fare questo non comporta alcun costo e alcun impegno aggiuntivo mentre può frequentemente sanare situazioni di rischio che colpevolmente invece perdurano e può contribuire a stabilizzare un clima generale di maggiore attenzione al problema. ♦

Pediatri partecipanti allo studio

Rosario Cavallo, Maria Innocente, Annarita Donno, Lea di Felice, Giovanni Simeone (Gruppo ACP Salento); Annamaria Moschetti, Leo Mortato, Paolo Vinci e Pierangela Rana (Gruppo ACP Puglia Basilicata).

Bibliografia

[1] Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection: WHO European Region strategic plan 2005-2010. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2005, updated reprint 2006. ISBN 92-890-1382-6. Available from: <http://www.euro.who.int/Document/E87772.pdf>.

[2] Conferenza Stato-Regioni. Accordo tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e

Bolzano sul Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, 2003-2007. 13 novembre 2003. Disponibile su: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894-1712.pdf>.

[3] Rota MC, Bella A, Gabutti G, et al. Rubella seroprevalence of the Italian population: an 8-year comparison. *Epidemiol Infect* 2007;135(4):555-62.

[4] www.euvanec.net.

[5] V&I News - ECDC Newsletter on Vaccines and Immunisation number 75-22 October 2009.

[6] Kasper S et al. Rubella in Austria 2008-2009 - no longer a typical childhood disease. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29(5):published ahead of print.

[7] Eurosurveillance, Volume 13, Issue 16, 17 April 2008 A Cluster of Rubella in Malta, December 2007 - January 2008.

[8] Giambi C, Filia A, Ciofi degli Atti ML, et al. Allarme rosolia: promuovere gli interventi per vaccinare le donne suscettibili in età fertile. *Ben Not Ist Super Sanità*. 2008;21(5):i-ii. [In Italian]. Available from: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2008/maggio/1.asp>.

[9] Dati del sistema informativo delle malattie infettive dell'Emilia-Romagna, a cura di: Alba Carola Finarelli, Maria Grazia Pascucci, Bianca Maria Borrini, Laura Moschella, Gabriella Frasca del Servizio Sanità Pubblica, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna.

[10] Casi di rosolia in gravidanza in Piemonte: aggiornamento a maggio 2008. Antonella Barale, Silvana Malaspina, Daniela Lombardi, Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive - SeREMI ASL AL.

[11] Focolaio epidemico di rosolia in Provincia di Pordenone: il punto della situazione. Michele Minuzzo - Dipartimento di Prevenzione, Ass 6 di Pordenone.

[12] Sorveglianza del morbillo e della rosolia congenita e stato di avanzamento del Piano Nazionale di Eliminazione, gennaio 2009. Antonietta Filia, Cristina Giambi, Antonino Bella, Marta Luisa Ciofi degli Atti, Silvia Declich e Stefania Salmaso, disponibile su: www.epicentro.iss.it/ben/default.asp.

[13] Gruppo di lavoro ICONA. ICONA 2008: Indagine di Copertura vaccinale nazionale nei bambini e negli adolescenti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporti ISTISAN 09/29).

[14] Giambi C, Rota MC, Bella A, et al. Epidemiologia della rosolia in Italia negli anni 1998-2004. *Ann Ig* 2007;19(2):93-102.

[15] La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio PASSI (Tolinda Gallo, Marta Luisa Ciofi degli Atti, Nicoletta Bertozzi, Carla Bietta, Nancy Binkin, Giovanna DeGiacomi, Pirous Fateh-Moghadam, Alberto Perra, Paola Scardetta, Francesco Sconza, Massimo Trinito).