

La ripresa del morbillo mette a rischio anche operatori sanitari che ritengono di essere protetti

Luciano Pinto¹, Claudia Bondone^{1,2},
Battista Guidi^{1,3}, Icilio Dodi^{1,4},
Francesco Carlomagno^{1,5}, Niccolò Parri^{1,6},
Gregorio Paolo Milani^{7,8}, Stefania Zampogna^{1,9,10}

¹ SIMEUP, Società Italiana Emergenza Urgenza Pediatrica

² Pediatria d'Urgenza Presidio Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

³ Pediatria, Ospedale di Pavullo nel Frignano (Modena)

⁴ Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla", Parma

⁵ Dipartimento Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma

⁶ Dipartimento dell'Emergenza Urgenza e Trauma Center, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS, Firenze

⁷ Dipartimento di Scienze Cliniche e Salute di Comunità, Università degli Studi di Milano

⁸ Area Pediatrica, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

⁹ Dipartimento di Pediatria, Ospedale San Giovanni di Dio, Crotone

¹⁰ Presidente Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza Pediatrica (SIMEUP), Crotone

Il bollettino *Morbillo & Rosolia News* n. 74, luglio 2024, ha evidenziato che l'improvviso aumento dei casi di morbillo segnalati negli ultimi quattro mesi del 2023 (33 casi) si è accentuato nel 2024: nel periodo gennaio-giugno vi sono stati 717 casi, di cui 605/676 non vaccinati, con 55 casi fra gli operatori sanitari, di cui 41 non vaccinati. La Società Italiana Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP), ritiene indispensabile che i responsabili della sicurezza nei nostri ospedali, dai direttori ai medici competenti, si attivino quanto prima per evitare che altri OOSS vengano colpiti da infezioni prevenibili con il vaccino, come il morbillo. L'adozione di un protocollo vaccinale nel rispetto delle leggi esistenti e delle chiare indicazioni della Corte Costituzionale può favorire l'adesione degli operatori sanitari alla profilassi immunitaria, riducendo la percentuale di suscettibili, e rendendo più sicuri i reparti ospedalieri

The Morbillo & Rubella News bulletin n. 74, July 2024, highlighted that the sudden increase in measles cases reported in the last four months of 2023 (33 cases), was accentuated in 2024: 717 cases in the period January-June, of which 605/676 unvaccinated, with 55 cases among Healthcare Workers, of which 41 unvaccinated. SIMEUP, the Italian Society of Pediatric Emergency and Urgency, believes it is essential that those responsible for safety in our Hospitals, from Directors to Competent Doctors, take action as soon as possible to prevent other HCW from being

affected by vaccine-preventable infections, such as measles. The adoption of a vaccination protocol in compliance with existing laws and the clear indications of the Constitutional Court can encourage healthcare workers to adhere to immune prophylaxis, reducing the percentage of susceptible people and making hospital departments safer.

Introduzione

Il bollettino *Morbillo & Rosolia News* n. 74, luglio 2024, della sorveglianza epidemiologica nazionale del morbillo e della rosolia, ha evidenziato che l'improvviso aumento dei casi di morbillo segnalati negli ultimi quattro mesi del 2023 (33 casi), si è ulteriormente accentuato nel 2024: 717 casi nel periodo gennaio-giugno, di cui 45 importati [1].

Era dal 2019 che in Italia non si osservava un numero di casi di morbillo così elevato.

Nei primi mesi della pandemia di Covid-19, gli unici metodi disponibili per rallentare la diffusione della malattia sono stati gli interventi non farmaceutici (NPI) come il lockdown, l'uso di mascherine, il distanziamento sociale, la chiusura delle scuole, i divieti di viaggio.

Peraltro, anche quando sono diventati disponibili i vaccini contro il Covid-19, nella maggior parte dei Paesi si è continuato a utilizzare queste misure, che hanno ridotto la circolazione sia del morbillo, sia di malattie quali l'influenza, le malattie invasive da meningococco, pneumococco e *H. influenzae* e altre [2,3]. Nei primi tempi della pandemia si sono ridotte anche le coperture vaccinali, il che significa che il numero di bambini e adulti non protetti dalle malattie prevenibili con vaccino (MPV) è potenzialmente aumentato [4].

Un'attenta lettura dei bollettini *M&R News* pubblicati dal 2020 a oggi evidenzia però un aspetto su cui occorre riflettere: in Italia i casi di morbillo non sono stati molti (900), ma il numero di operatori sanitari (OOSS) che si sono ammalati è relativamente elevato: 76, di cui 54 non vaccinati.

Si poteva prevenire questo rischio per gli operatori sanitari?

Nel nostro Paese non vi è un'anagrafe vaccinale degli OOSS, ma da anni viene segnalato che la loro copertura vaccinale verso le vaccinazioni "raccomandate" è mediamente bassa, che frequentemente si sottostimano i rischi derivanti da MPV quali l'influenza, la varicella e lo stesso morbillo, e si rileva, attraverso indagini di sieroprevalenza, che una rilevante quota degli OOSS non è immune verso queste malattie [5].

In Italia la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro è affidata al D.lgs. n. 81 del 9 aprile 2008 [6]. In base all'art. 279 "i lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente" e "l'allontanamento temporaneo del lavoratore secondo le procedure dell'articolo 42". Il medico competente "è responsabile dell'identificazione e dell'esecuzione delle vaccinazioni che devono essere effettuate al personale sanitario". L'inosservanza delle norme è punibile con sanzioni pecuniarie e l'arresto sia dei dirigenti sia del medico competente. Art. 20: "Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni".

I piani nazionali prevenzione vaccinale (PNPV) 2012-2014 e 2017-2019 hanno sottolineato l'importanza del rispetto del-

le misure protettive previste dal D.lgs. 81/2008, raccomandando di immunizzare gli OOSS contro epatite B, influenza, morbillo, parotite, rosolia, varicella e pertosse. “Nella maggior parte dei casi, l’immunizzazione attiva riveste un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore, ma soprattutto di garanzia nei confronti dei pazienti, ai quali l’operatore potrebbe trasmettere l’infezione determinando gravi danni e persino casi mortali” [7].

Nonostante queste indicazioni, nella grave epidemia di morbillo che ha colpito l’Italia da gennaio 2017 a marzo 2020, con 9805 casi e 13 decessi, si sono ammalati 546 OOSS. Poche Regioni hanno emanato provvedimenti atti a ridurre questo rischio per gli OOSS!

L’Azienda sanitaria unica della Regione Marche il 26 ottobre 2017 ha reso obbligatorie le vaccinazioni previste nel protocollo di sorveglianza sanitaria per prevenire il rischio di Infezioni correlate all’assistenza: il lavoratore deve essere reso “edotto che la mancata immunizzazione attiva” rappresenta “un criterio di non idoneità per l’assegnazione in alcune UUOO” e che “la responsabilità di casi secondari per rifiuto della vaccinazione, anche nelle UUOO di non obbligatorietà” configura “una responsabilità personale oltre che deontologica” [8].

Il 12 marzo 2018 la Giunta regionale dell’Emilia-Romagna [9] ha approvato il documento *Rischio biologico in ambiente sanitario* in cui si sottolinea che l’immunizzazione dell’OS è un requisito essenziale per operare in reparti a rischio, fra cui i dipartimenti di emergenza, le pediatrie, le neonatologie, ecc. e viene dato mandato alle aziende sanitarie di attuare quanto stabilito dal documento.

Il 19 giugno 2018 la Regione Puglia aveva approvato la Legge Regionale n. 27 *Disposizioni per l’esecuzione degli obblighi di vaccinazione degli operatori sanitari* che stabiliva l’obbligatorietà delle vaccinazioni raccomandate dal PNPV 2017-2019 per i soggetti a rischio per esposizione professionale, con sanzioni pecuniarie per gli inadempienti. La Presidenza del Consiglio dei Ministri ha presentato il 17 agosto 2018 un ricorso per legittimità costituzionale, in quanto “come affermato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 5 del 2018, è sempre stata la legislazione statale a disciplinare gli obblighi vaccinali”. La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 137 del 6 giugno 2019 [10], ha dichiarato l’illegittimità del solo art. 1, comma 2, della legge della Regione Puglia, e l’inammissibilità della questione di legittimità prospettata sull’intera legge: l’intervento del legislatore regionale non ha per oggetto la regolazione degli obblighi vaccinali... ma l’accesso ai reparti degli istituti di cura. La sua finalità è prevenire le epidemie in ambito nosocomiale, rimanendo così all’interno delle competenze regionali “e degli ordinari obblighi ricadenti sul datore di lavoro in tema di sicurezza che restano [...] quelli delineati [...] dalle previsioni contenute nel decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81”. La Corte ha sottolineato che “in ambito medico, raccomandare e prescrivere sono azioni percepite come egualmente doverose in vista di un determinato obiettivo”. Conseguentemente, la Regione Puglia il 15 giugno 2020 ha approvato il Regolamento regionale n. 10, nel quale sono definite le modalità operative e le tipologie di vaccini previste quale obbligo a carico degli OOSS [11].

Gli insegnamenti dell’epidemia di morbillo 2017-2020

L’osservanza delle leggi vigenti in Italia avrebbe dovuto garantire con i vaccini la sicurezza verso le MPV, sia degli OOSS sia dei pazienti che assistono. È evidente che, nonostante le chiare prescrizioni e la lunga durata dell’epidemia di morbillo, sono stati sottovalutati i rischi di un’inadeguata copertura vaccinale in assenza delle NPI che in questi anni avevano bloccato la diffusione del virus.

I dati pubblicati nel 2024 da *M&R News* indicano che bisogna portare all’ordine del giorno il problema del pericolo derivan-

te della mancata vaccinazione degli OOSS non immuni contro il morbillo, che operano nella emergenza-urgenza ospedaliera. È necessaria una metodologia che definisca con ragionevole certezza lo stato immunitario verso il morbillo di un OS. Per dichiarare un individuo immune, non è sufficiente la certificazione che sia stato vaccinato con 2 dosi di vaccino: nei soggetti che hanno ricevuto due dosi di vaccino contro il morbillo, il titolo anticorpale neutralizzante tende a diminuire nel tempo [12].

Secondo le raccomandazioni dei Centers for Diseases Control and Prevention, l’immunità al morbillo negli operatori sanitari è definita sulla base di questi elementi [13]:

- documentazione scritta della vaccinazione con due dosi di vaccino contenente il morbillo somministrate con un intervallo minimo di 28 giorni;
- evidenza di laboratorio di immunità;
- conferma di laboratorio di una storia della malattia;
- nascita prima del 1957.

Utili indicazioni provengono dalle esperienze del Dipartimento di Igiene della Facoltà di Medicina dell’Università di Bari.

Una indagine condotta nel periodo 2014-2018, su 2000 fra studenti e specializzandi già vaccinati con 2 dosi di vaccino MPR, ha evidenziato che 305 (15%) non avevano un livello protettivo di IgG anti-morbillo: dopo una prima dose di richiamo del vaccino, vi è stata la sierconversione del 74% dei sieronegativi, e del 93% dopo una seconda dose [14].

In uno studio successivo [15] sono stati presentati i dati di una indagine sulla percentuale di individui con IgG anti-morbillo rilevabili in due gruppi di studenti di medicina e specializzandi: i vaccinati con due dosi di vaccino anti-MPR e quelli con una storia autoriferita di infezione da morbillo. Tra i 611 studenti e specializzandi sottoposti al test, 94 (15%) non avevano IgG anti-morbillo protettive rilevabili: la percentuale era più alta tra i vaccinati (20%) rispetto a quelli con una storia autoriferita di morbillo (6%). Dopo 1 o 2 dosi di richiamo del vaccino MPR, il tasso complessivo di sierconversione era del 92%. I dati dimostrano che l’approccio combinato di screening e vaccinazione può garantire che gli OOSS siano immuni agli agenti patogeni circolanti responsabili di malattie prevenibili.

Conclusioni

Gli OOSS che lavorano in pediatria, e in particolare nell’emergenza urgenza pediatrica, svolgono un ruolo fondamentale nell’interruzione della catena di trasmissione del morbillo. Da un lato il morbillo è una patologia che può colpire a ogni età, ma è prevalente in età pediatrica. In secondo luogo, spesso i pazienti affetti da morbillo con sintomatologia rilevante hanno come primo accesso il pronto soccorso: gli OOSS che lavorano in questo contesto possono entrare in contatto con pazienti sotto l’anno di vita non vaccinati contro il morbillo, con il rischio di trasmettere loro la malattia se sono infetti.

Per queste ragioni e per quanto precedentemente descritto, la Società Italiana Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP), ritiene indispensabile che i responsabili della sicurezza nei nostri ospedali, dai direttori ai medici competenti, facciano tesoro di queste esperienze, e si attivino per evitare che altri OOSS vengano colpiti da infezioni prevenibili con il vaccino, come il morbillo.

L’adozione di un protocollo vaccinale nel rispetto delle leggi esistenti e delle chiare indicazioni della Corte Costituzionale, può favorire l’adesione degli OOSS alla profilassi immunitaria, riducendo la percentuale di suscettibili, e rendendo più sicuri i reparti ospedalieri. ■

La bibliografia di questo articolo è consultabile online

Bibliografia

1. Morbillo&Rosolia News N. 74 – Luglio 2024 https://www.epi-centro.iss.it/morbillo/bollettino/RM_News_2024_74.pdf
2. Facchin G, Bella A, Del Manso M et al. Decline in reported measles cases in Italy in the COVID-19 era, January 2020 - July 2022: The need to prevent a resurgence upon lifting non-pharmaceutical pandemic measures. *Vaccine*. 2023;41:1286-9. doi:10.1016/j.vaccine.2023.01.021
3. Greco D, Rizzo C, Puzelli S et al. *Boll Epidemiol Naz*; 2021. L'impatto dei virus influenzali in Italia nella stagione 2020–21 durante la pandemia di COVID-19.
4. Ministero della Salute, Le coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente Commento ai dati aggiornati al 31 dicembre 2020 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_9_7_file.pdf
5. La Torre G, Marte M, Imeshtari V et al. Susceptibility towards Chickenpox, Measles and Rubella among Healthcare Workers at a Teaching Hospital in Rome. *Vaccines* 2022;10:1573. Published 2022 Sep 20. doi:10.3390/vaccines10101573
6. D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 Rev. Luglio 2018 <https://www.ispettorato.gov.it/it-it/Documenti-Norme/Documents/Testo-Unico-Dlgs-81-08-edizione-di-luglio-2018.pdf>
7. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf
8. Asur Marche Le vaccinazioni negli operatori sanitari e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza Determina 619 del 26/10/2017 <https://www.ospedalesicuro.eu/index.php/vdm-old-linee-guida/vdm-sistemi-di-gestione/542-vaccinazioni-operatori-sanitari>
9. Regione Emilia Romagna DGR ER 351 12.03.2018 Rischio biologico in ambiente sanitario - Linee indirizzo file:///C:/Users/pc/Downloads/Testo_delibera_GPG2018376%20(1).pdf
10. Corte Costituzionale n. 137 Sentenza 17 aprile - 6 giugno 2019, (GU 1a Serie Speciale - Corte Costituzionale n.24 del 12-6-2019)
11. Regione Puglia, Regolamento Regionale 25 giugno 2020, n. 10 “Disposizioni per l'esecuzione degli obblighi di vaccinazione degli operatori sanitari”. Legge regionale 19 giugno 2018, n. 27. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 94 suppl. del 26-6-2020
12. Anichini G, Gandolfo C, Fabrizi S et al. Seroprevalence to measles virus after vaccination or natural infection in an adult population, in Italy. *Vaccines* 2020;8:66. doi: 10.3390/vaccines8010066
13. CDC. Immunization of Health-Care Personnel. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports / Vol. 60 / No.7. November 25, 2011. Available on: https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6007.pdf*
14. Bianchi FP, Stefanizzi P, De Nitto S et al. Long-term Immunogenicity of Measles Vaccine: An Italian Retrospective Cohort Study. *J Infect Dis* 2020;221:721-8. doi:10.1093/infdis/jiz508
15. Bianchi FP, Mascipinto S, Stefanizzi P et al. Long-term immunogenicity after measles vaccine vs. wild infection: an Italian retrospective cohort study. *Hum Vaccin Immunother* 2021;17:2078-84. doi:10.1080/21645515.2020.1871296