

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

Focolai di morbillo nella popolazione nomade in Italia

A. Filia¹, F. Curtale², P. Kreidl³, G. Morosetti³, L. Nicoletti⁴, F. Perrelli², J. Mantovani², D. Campus⁵, G. Rossi⁵, M.C. Sanna⁶, A. Zanetti⁶, F. Magurano⁴, C. Fortuna⁴, S. Iannazzo⁷, MG. Pompa⁷, M. Ciofi degli Atti¹

¹Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), Istituto Superiore di Sanità, Roma

²Prevenzione e Tutela della Salute, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Roma ³Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige

⁴Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma ⁵Servizio Prevenzione

Assessorato Igiene Sanità e Servizi Sociali, Regione Sardegna

⁶Ufficio Igiene Pubblica, Alghero, Sardegna ⁷Ministero della Salute, Roma

Indirizzo per corrispondenza: ferraronie@ausl.re.it

CLUSTER OF MEASLES CASES IN THE ROMA/SINTI POPULATION IN ITALY, JUNE-SEPTEMBER 2006

Key words: Measles, Outbreak, Roma/Sinti, Italy

Summary Three clusters of measles cases occurred between June and September 2006, in three different Italian regions: the Autonomous Province of Bolzano-South Tyrol (17 cases); Lazio (161 cases); and the island of Sardinia (9 cases). The clusters affected mainly Roma/Sinti communities with low vaccination coverage, and, in the Bolzano and Lazio regions, also spread to the general population. In response to the outbreaks, active tracing and vaccination of susceptible contacts were performed by local health authorities in all three regions and vaccination sessions were conducted directly in campsites affected by the outbreak. A second MMR vaccine dose was also offered to contacts who had previously received only one dose. The occurrence of these outbreaks underscores the need to achieve and maintain high vaccination coverage with two doses of MMR vaccine, through routine immunisation in the general population, and to ensure that hard to reach populations such as children from Roma/Sinti and immigrant communities also have access to immunisation. Factors that impede these children from being immunised must be adequately addressed and special strategies should be developed to reach these populations on a regular basis. In addition, it is important that all healthcare personnel and people travelling abroad also be fully immunised.

Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita¹, approvato nel novembre 2003, ha determinato una riduzione dell'incidenza del morbillo su tutto il territorio nazionale. Il numero di casi notificati infatti è in netta diminuzione ed è stato di 686 casi nel 2004 e di 108 casi nel 2005 (minimo storico). Grazie all'elevato coinvolgimento delle autorità sanitarie regionali e degli operatori delle ASL e del ter-

ritorio, le coperture per una dose di vaccino morbillo, parotite e rosolia (MPR) nei bambini di età inferiore a 24 mesi sono migliorate passando dall'85,7% nel 2004 all'88,3% nel 2005². Tuttavia la soglia del 95% prevista dal Piano per il 2006 non è stata ancora raggiunta, l'infezione continua a circolare e nel 2006 si sono verificati alcuni focolai epidemici di morbillo. In particolare, nel periodo giugno-settembre 2006 si sono verificati 3 focolai di casi che hanno interessato principalmente la popolazione nomade Rom/Sinti, in tre diverse regioni italiane: Provincia Autonoma di Bolzano, Lazio, e Sardegna (Figura 1).

Figura 1. Regioni nelle quali si sono verificati i recenti cluster di morbillo, Italia 2006.

Il primo focolaio si è verificato nella Provincia Autonoma di Bolzano, dove tra il 21 giugno e l'11 agosto 2006, sono stati notificati 17 casi di morbillo, di cui 13 nella popolazione nomade (Sinti) e 4 nella popolazione generale. In particolare, i primi due casi, identificati retrospettivamente durante l'indagine epidemiologica, sono stati una donna Sinti di 24 anni, in stato di gravidanza, e suo figlio di 2 anni, entrambi ricoverati durante il periodo d'incubazione della malattia. Nella stessa comunità Sinti sono stati poi identificati ulteriori 11 casi. Dei restanti 4 casi, verificatisi nella popolazione generale, due (uno di cui è una pediatra) hanno acquisito l'infezione per contatto ospedaliero con i primi due pazienti Sinti, mentre in due casi non è stato possibile identificare con certezza la fonte di infezione.

L'età mediana dei casi era di 13 anni (range 2-29 anni) e 53% (9/17 casi) aveva meno di 15 anni. In totale, 10 casi, incluso 6 dei 13 casi Sinti sono stati confermati sierologicamente, mentre i restanti 7 casi avevano un collegamento epidemiologico. Il virus del morbillo, isolato dalle urine di un paziente, è stato tipizzato ed è risultato essere del genotipo D4.

Un secondo focolaio si è verificato nella regione Lazio, con 161 casi notificati dal 24 giugno al 20 settembre 2006. Questo focolaio ha interessato, in un primo momento, la popolazione Rom/Sinti delle città di Roma e Latina e l'infezione si è poi diffusa anche nella popolazione generale del Lazio. Nella popolazione generale, la fonte dell'infezione è stata ricondotta, in buona parte dei casi, a contatti con bambini nomadi malati, anche in ambito nosocomiale. In totale sono stati notificati, al 20 settembre, 74 casi nella popolazione Rom/Sinti di 7 diversi campi nomadi e 87 nella popolazione generale.

La Figura 2 mostra il numero di casi notificati, nella popolazione nomade e quella non nomade, per settimana di esordio dei sintomi (curva epidemica). Sono evidenti due picchi epidemici, uno dei quali verso la metà di agosto riferibile ai casi nella popolazione nomade, ed un secondo picco ai primi di settembre nella popolazione generale.

Figura 2. Numero di casi notificati per settimana di insorgenza dei sintomi, nelle popolazioni nomade e non nomade,

Lazio, giugno-settembre 2006 (n=161).

Il 46% (74/161 casi) dei casi totali si sono verificati nella fascia di età 0-4 anni. Tuttavia, la distribuzione per età dei casi è diversa nella popolazione nomade (Rom/Sinti) rispetto a quella non nomade. Infatti, mentre nella popolazione nomade, quasi il 70% (50/74) dei casi aveva meno di 5 anni e oltre il 90% (68/74) meno di 15 anni, nella popolazione generale i casi con meno di 15 anni di età sono risultati essere meno frequenti (44/84;52%).

Nessuno dei casi Rom/Sinti era stato vaccinato contro il morbillo mentre nella popolazione generale, 5 casi avevano ricevuto una sola dose di vaccino. Complessivamente 52 casi sono stati confermati in laboratorio; inoltre, il genotipo virale è risultato essere del tipo D4.

Infine, un terzo focolaio si è verificato in un campo nomadi (Rom/Sinti) ad Alghero, sulla costa nord-occidentale della Sardegna. In totale, sono stati riportati 9 casi, con insorgenza dei sintomi tra il 12 agosto e il 3 settembre 2006. Tutti i casi si sono verificati in bambini/adolescenti con meno di 15 anni; 2 dei 9 casi aveva meno di 5 anni. Da sottolineare che 4 casi erano stati a Roma per un funerale dal 3 al 14 agosto; è possibile quindi un link epidemiologico con il focolaio di Roma. Tre casi sono stati confermati in laboratorio ed anche in questo focolaio è stato isolato il ceppo virale D4.

In risposta ai focolai epidemici sono state effettuate le necessarie indagini epidemiologiche ed attivate le misure di controllo destinate a proteggere i contatti suscettibili e impedire la diffusione dell'infezione. In particolare è stata effettuata, in tutte le regioni coinvolte, la ricerca attiva e vaccinazione dei contatti suscettibili, e sono state organizzate delle sedute vaccinali direttamente nei campi nomadi interessati. Una seconda di dose di vaccino MPR è stata offerta a chi aveva precedentemente effettuato una sola dose.

I medici (incluso i medici e pediatri di base) e le autorità sanitarie locali sono state inoltre allertati sulla necessità di notificare immediatamente tutti i casi sospetti; condurre, in tutti i pazienti con sintomatologia clinica sospetta, gli appropriati accertamenti di laboratorio per confermare la diagnosi; isolare i pazienti ricoverati con sospetto morbillo e verificare che il personale sanitario fosse adeguatamente vaccinato per MPR.

DISCUSSIONE

Si stima che circa 110,000 Rom/Sinti vivono attualmente in Italia, molti dei quali in campi nomadi permanenti o semi-permanenti. Anche se la maggior parte di essi non obietta alle vaccinazioni, nessuno dei casi riportati era stato vaccinato contro il morbillo. Per vari motivi, i nomadi rappresentano una popolazione difficile da raggiungere dai programmi vaccinali e quindi esiste il rischio di potenziali focolai epidemici. Infatti, la causa principale della diffusione dei focolai nei campi nomadi è stata la bassa copertura vaccinale e quindi l'accumulo di suscettibili in questa popolazione. Altre epidemie che hanno interessato la popolazione nomade si sono verificate anche in altri Paesi europei^{3,4}.

Il verificarsi di focolai epidemici come questi sottolinea l'importanza di raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali con due dosi di MPR nella popolazione, incluso i gruppi vulnerabili e più difficili da raggiungere, quali i nomadi. Vanno indagati i fattori che impediscono questi ultimi a vaccinarsi, quindi, e sviluppate strategie specifiche per aumentare le coperture vaccinali anche in queste popolazioni.

I focolai epidemici descritti si sono verificati in estate, cioè in un periodo solitamente di bassa incidenza del morbillo. È importante ricordare che durante il periodo di apertura delle scuole invece il rischio di trasmissione dell'infezione è maggiore; è quindi necessario mantenere un elevato livello di attenzione e ricordare anche che il rientro a scuola può costituire un'utile occasione per verificare lo stato vaccinale per morbillo, in modo da recuperare chi non è stato adeguatamente vaccinato. Va sottolineata inoltre l'importanza della vaccinazione MPR nel personale sanitario e, considerata la possibilità che il virus venga importato da altri paesi, la necessità di raccomandare la vaccinazione anche per tutti i viaggiatori. Per esempio, diverse epidemie di morbillo sono state recentemente descritte anche in altri paesi dell'Europa³⁻⁷. Infine, va ricordato che la sorveglianza è una componente essenziale del processo di eliminazione del morbillo ed infatti ha consentito la tempestiva identificazione dei focolai descritti da parte delle autorità locali e regionali. Attualmente in Italia, il morbillo è soggetto a notifica obbligatoria con le modalità previste per le malattie di classe II. Sulla base della definizione di caso, esclusivamente clinica, quindi, la segnalazione alla ASL, da parte del medico che effettua la diagnosi deve essere fatta entro 48 ore. La ASL è tenuta all'indagine del caso ed alla trasmissione delle notifiche con cadenza mensile alle Regioni che provvedono al loro invio al Ministero della Salute.

Come descritto nel Piano, più si progredisce verso l'eliminazione, migliori devono essere la sensibilità e la specificità del sistema di sorveglianza. Vista la situazione epidemiologica corrente in Italia, che si configura simile a quanto descritto per lo stadio II di controllo, è fondamentale quindi che:

- a) i medici segnalino tempestivamente tutti i casi sospetti (presenza di febbre e rash);
- b) la ASL (con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale e ospedalieri) effettui l'indagine del caso, la ricerca attiva dei contatti suscettibili, la profilassi post-esposizione e la raccolta dei campioni per la conferma di laboratorio;
- c) che tutte le epidemie vengano indagate e ne venga data tempestiva comunicazione al Ministero della Salute ed all'Istituto Superiore di Sanità.

In questo modo, vengono consentite a livello locale, l'attuazione delle appropriate misure di controllo e l'accertamento delle cause e, a livello centrale, il monitoraggio dello stato di avanzamento del Piano.

Bibliografia

- Conferenza Stato Regioni. Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2003-2007. 13

- novembre 2003. <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894-1712.pdf>
- Ministero della Salute. Dati statistici di copertura vaccinale. http://www.ministerosalute.it/promozione/malattie/dati_statistici.jsp?label=cop
 - García-Comas L. Measles outbreak in the region of Madrid, Spain, 2006. *Euro Surveill* 2006;11(3):E060330.3. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060330.asp#3>
 - Georgakopoulou T, Grylli C, Kalamara E, Katerelos P, Spala G, Panagiotopoulos T. Current measles outbreak in Greece. *Euro Surveill* 2006;11(2):E060223.2. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060223.asp#2>
 - van Treeck U. Measles outbreak in Germany: over 1000 cases now reported in Nordrhein Westfalen. *Euro Surveill* 2006;11(5):E060511.1. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060511.asp#1>
 - Muscat M, Christiansen A, Persson K, Plesner A, Böttiger B, Glismann S, Romanus V. Measles outbreak in the Øresund region of Denmark and Sweden. *Euro Surveill* 2006;11(3):E060330.4. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060330.asp#4>
 - Spika J, Aidyralieva C, Mukharskaya L, Kostyuchenko N, Mulders M, Lipskaya G, Emiroglu N. Measles outbreak in the Ukraine, 2005-2006. *Euro Surveill* 2006;11(3):E060309.1. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060309.asp#1>