

MeB – Pagine Elettroniche

Volume X

Aprile 2007

numero 4

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

Prevenzione della rosolia congenita: vaccinazione nel post-partum in un punto nascita di I° livello

Emanuela Ferraroni, Alessandro Volta, Ciro Capuano,
Giorgia Fragni, Daniela Novelli

Servizio Salute Infanzia e Assistenza Neonatale, Dipartimento di Cure Primarie, Distretto di Montecchio Emilia, AUSL di Reggio Emilia

Indirizzo per corrispondenza: ferraronie@ausl.re.it

Congenital rubella prevention: post-partum vaccination in a small neonatal unit

Key words: Rubella infection, Pregnancy, Congenital rubella, Prevention, Vaccination after delivery

Abstract Rubella infection during pregnancy may cause serious foetal damages that may lead to abortion or malformations in many organs; in some cases the voluntary pregnancy interruption is chosen. The National Plan for eliminating Measles and Congenital Rubella aims at reducing the incidence of congenital rubella to < 1 case/100,000 in alive newborns. The vaccination of not immune women in the immediate post-partum is one of the strategies to apply in order to achieve this goal. In the present work the vaccination activity of not immune puerperal in a small neonatal unit is described and the data of 4 years of activity (2003-2006) are related.

INTRODUZIONE

Dal 1° gennaio 2005 in Italia è previsto l'obbligo di notificare le infezioni da rosolia in gravidanza e le sindromi/infezioni da rosolia congenita¹.

Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita, emanato nel 2003, si è posto l'obiettivo di ridurre l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a un caso ogni centomila nati vivi entro il 2007; la strategia per ottenere questo risultato prevede, tra le altre, la vaccinazione delle donne sieronegative nell'immediato post-partum e il mantenimento di elevate coperture vaccinali per MPR nell'infanzia (>95%) utilizzando un ciclo a due dosi (la prima a 12-15 mesi e la seconda a 5-6 anni, oppure a 11-12 anni)².

In Italia il rischio di sindrome da rosolia congenita è ancora esistente ed attuale. L'ultima epidemia di rosolia è avvenuta nel 2002 con 6224 casi segnalati; i dati del Policlinico San Matteo di Pavia riferiti a quello stesso anno riportano 13 casi di rosolia in gravidanza che hanno esitato in 4 interruzioni volontarie, 2 interruzioni spontanee, 2 bambini nati con infezione congenita, 5 neonati non infetti (3).

Dopo il 2002 l'incidenza della malattia è diminuita, ma il rischio di infezione in gravidanza permane, come segnalato da alcuni centri italiani (7 casi di sospetta infezione da rosolia in gravidanza notificati solo a Roma nel 2005)⁴.

Anche in altri paesi europei il fenomeno è presente, ad esempio in Spagna e in Olanda (in questo paese soprattutto all'interno di comunità religiose che rifiutano le vaccinazioni) e nel Regno Unito dove però il fenomeno, grazie alle politiche vaccinali adottate, sembra limitato alla popolazione di nuova immigrazione⁵⁻⁸.

Il Servizio Salute Infanzia di Montecchio Emilia (RE) eroga prestazioni alla popolazione pediatrica residente in un distretto della provincia di Reggio Emilia che conta 8830 residenti nella fascia d'età 0-16 anni.

Il nostro servizio è da anni particolarmente attento alla prevenzione delle malattie infettive prevenibili da vaccino con particolare attenzione al mantenimento di alte coperture vaccinali nell'infanzia.

Il personale è composto da quattro pediatri e tre assistenti sanitarie. La peculiarità del Servizio risulta essere l'attività integrata tra ospedale e territorio: i pediatri gestiscono l'assistenza neonatale presso il punto nascita dell'ospedale (con un numero di parti annuale di circa 900), l'attività territoriale comprendente gli ambulatori vaccinali per l'infanzia, la prevenzione delle malattie infettive nelle collettività scolastiche, l'organizzazione dell'assistenza domiciliare ai minori con patologia cronica e vari interventi di educazione sanitaria, compresi i corsi pre e post-partum in collaborazione con il Servizio Salute Donna.

La sede del Servizio è all'interno dello stesso ospedale nel quale è collocato il reparto di ostetricia, pertanto la situazione logistica è ottimale per gestire l'intervento preso in considerazione in questo lavoro.

Nella *Tabella I* sono riportati i dati relativi alle notifiche e alla copertura vaccinale per rosolia nel distretto di Montecchio Emilia nel triennio 2003-2005.

DATI DEL DISTRETTO DI MONTECCHIO E.	2003	2004	2005
Notifiche di casi di rosolia	0	2	2
Notifiche di casi di sindrome-infezione da rosolia congenita	/	/	0
Coperture vaccinali per rosolia a 24 mesi	88%	90,9%	91,5%
Coperture vaccinali per rosolia a 6 anni *	/	95,5%	97,6%
Coperture vaccinali per rosolia femmine a 13 anni *	94,2%	93,8%	95,3%
Coperture vaccinali per rosolia femmine + maschi a 13 anni *	90,4%	93,7%	94,3%

* con almeno 1 dose

Tabella I. Notifiche di casi di rosolia e copertura vaccinale nel distretto di Montecchio Emilia nel triennio 2003-2005

MATERIALI E METODI

A partire dall'anno 2003, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, proponiamo attivamente la vaccinazione antirosolia alle puerpere sieronegative che partoriscono presso il nostro punto nascita.

L'attività è iniziata con la stesura di un protocollo di intervento che è stato condiviso con il personale del reparto di ostetricia.

Vengono sottoposte a vaccinazione solo le donne con IgG negative, escludendo quelle con IgG borderline o con deboli positività. Non consideriamo criterio di esclusione la recente somministrazione di immunoglobuline anti-Rh (questo è l'unico caso in cui è possibile somministrare un vaccino vivo e attenuato in prossimità della somministrazione di immunoglobuline) (9).

Nel caso in cui la donna non abbia effettuato il rubeo test prima dell'accesso in ospedale, esso viene richiesto al momento del parto.

Nei giorni successivi al parto presentiamo alla donna l'opportunità della vaccinazione e consegniamo materiale informativo riguardante la rosolia congenita e la sua prevenzione (utilizziamo l'opuscolo regionale sulle vaccinazioni che viene distribuito alla dimissione di ogni neonato) (10). Dopo aver raccolto l'anamnesi e richiesto il consenso scritto attraverso un modulo specifico, eseguiamo la vaccinazione in reparto e registriamo i dati del vaccino sulla cartella clinica materna; alla donna viene rilasciata copia del modulo di anamnesi e di consenso, oltre al certificato di vaccinazione. Alla fine di ogni anno i certificati delle donne sottoposte a vaccinazione sono inviati al Servizio di Igiene Pubblica.

Per gli anni 2003-2004 è disponibile come indicatore di attività il numero di donne vaccinate con vaccino antirosolia nel post-partum; per il biennio 2005-2006, oltre a tale dato, sono stati individuati altri utili indicatori, cioè la quota di donne sieronegative al parto e la quota di puerpere sieronegative che non sono state sottoposte a vaccinazione nel post-partum.

RISULTATI

Nel 2003 sono state vaccinate in puerperio 7 donne: 4 con vaccino MPR (antimorbillo-parotite-rosolia), 3 con vaccino antirosolia singolo (altre 2 puerpere sono state invitate a effettuare la vaccinazione presso il servizio di Igiene Pubblica successivamente alla dimissione).

Nel 2004 le donne vaccinate nel post-partum sono state 14 di cui 13 con MPR e 1 con il vaccino antirosolia monovalente.

Nel 2005 quasi tutte le donne che hanno partorito possedevano il referto di un rubeo test effettuato in precedenza. Su un totale di 905 parti, 28 donne (3%) sono risultate sieronegative per rosolia al momento del parto; di queste 17 (60.7%) sono state vaccinate dopo il parto.

Nel 2006 le donne sieronegative sono state 30 (il 3.4% delle partorienti), di queste 24 (80%) sono state vaccinate durante la degenza nel post-partum.

Nella nostra casistica, nel biennio 2005-2006, le donne sieronegative avevano un'età media di 28 anni (range 16-40 anni).

Anche l'etnia è risultata variabile: nel biennio considerato, tra le 58 donne sieronegative 43 erano italiane (cioè il 3,1% delle donne italiane) e 15 straniere (cioè il 3.9% delle straniere) (nel nostro punto nascita hanno partorito il 20% di donne straniere nel 2005 e il 23% nel 2006).

Tra le 58 donne sieronegative, 41 (70.7%) sono state sottoposte a vaccinazione nel post-partum con MPR come richiede il Piano Nazionale (inoltre il vaccino antirosolia singolo non è attualmente disponibile); due di queste avevano in precedenza ricevuto immunoprofilassi anti Rh.

Diciassette donne (29.3%), invece, non sono state vaccinate: di queste 3 avevano vissuto una grave situazione al parto (un neonato deceduto ed due con asfissia grave e pertanto la vaccinazione non è stata neppure proposta perché il momento risultava inopportuno), 1 donna era già conosciuta come inadempiente totale alle vaccinazioni (ha rifiutato la vaccinazione degli altri figli), 3 puerpere non sono state vaccinate per patologia ed è stata consigliata la vaccinazione a distanza, 5 donne hanno rifiutato il vaccino senza un preciso motivo, 3 hanno rifiutato la vaccinazione a seguito della decisione di non avere altre gravidanze, di una si è scoperta la sieronegatività dopo la dimissione ed è risultata irreperibile, un'altra invece è stata indirizzata al Servizio di Igiene. Un profilo riassuntivo dell'attività svolta è riportato nella *Tabella II*.

Tabella II. Numero di donne sieronegative per rosolia al momento del parto e casi vaccinati in puerperio

Anno	Parti	n. donne sieronegative	n. vaccinate post-partum	n. neg. Non vaccinate
2003	805	Non disponibile	7	Non disponibile
2004	897	Non disponibile	14	Non disponibile
2005	905	28 (3%)	17 (60.7%)	11
2006	863	30 (3,4%)	24 (80%)	6

DISCUSSIONE

La quota di donne sieronegative da noi rilevata al momento

del parto (3.2%) è inferiore a quanto segnalato dalla letteratura per le donne in età fertile in Italia che riporta un 8% di donne sieronegative tra i 20 e i 39 anni (11). In realtà la nostra

percentuale è probabilmente sottostimata perché è riferita alle sole partorienti; altre donne in età fertile potrebbero essere suscettibili, portando così le percentuali di sieronegatività oltre il 5%, considerato, come riportato nel Piano, il limite massimo ritenuto tollerabile per il controllo dell'infezione.

L'etnia delle donne sieronegative è eterogenea: nella nostra casistica 15 sono straniere (India, Bulgaria, Ecuador, Marocco, Senegal, Filippine, Giappone, Costa d'Avorio) e 43 italiane (20 del nord e 23 del centro-sud). Pertanto anche se dobbiamo prestare particolare attenzione alle donne straniere perché in alcuni paesi la vaccinazione non viene eseguita, le donne italiane non possono essere considerate a basso rischio, sia quelle nate nel sud Italia (dove in passato si è vaccinato meno per le vaccinazioni facoltative) sia quelle nate al nord. Inoltre le donne italiane che si presentano al parto in questi anni appartengono a fasce di età per le quali nell'infanzia non sono state raggiunte coperture vaccinali ottimali.

Anche l'età delle donne non immuni è variabile: l'età media delle nostre sieronegative è 28 anni, con un range molto ampio che va dai 16 ai 40 anni, pertanto non sembra esserci un gruppo d'età che può essere considerato a rischio aumentato.

La disponibilità delle donne ad eseguire la vaccinazione non è stata particolarmente elevata, infatti quasi il 30% delle donne sieronegative non sono state vaccinate nel post-partum; però dal 2005 al 2006 la percentuale di donne che hanno accettato la vaccinazione dopo il parto è cresciuta sensibilmente (dal 60% è passata all'80%). Spesso il rifiuto alla vaccinazione è legato a timori riguardo la salute propria o del proprio bambino, ad esempio molto sentiti sono i dubbi riguardanti il passaggio del virus nel latte materno ed eventuali effetti collaterali nel bambino.

A nostro avviso occorre potenziare la sorveglianza dello stato immunitario delle gravide attraverso l'esecuzione del rubeo test nel corso della gravidanza o al momento del parto nel caso in cui non sia già disponibile; con il crescere del fenomeno migratorio è ipotizzabile, infatti, un aumento di donne che giungono in Italia in prossimità del parto prive di esami ematochimici.

Occorre, inoltre, incrementare la vaccinazione delle donne suscettibili alla rosolia prima di un'eventuale gravidanza o nell'immediato post-partum nel caso di donne ancora sieronegative al momento del parto. La vaccinazione nel post-partum si sta rivelando uno strumento preventivo particolarmente utile: infatti se il vaccino viene proposto durante la degenza ospedaliera si ha maggiore adesione rispetto al semplice consiglio di eseguire la vaccinazione dopo la dimissione.

Andrebbe inoltre approfondito il colloquio prevaccinale, sottolineando l'importanza della vaccinazione e le conseguenze di un eventuale rifiuto, ribadendo la sicurezza del vaccino al fine di eliminare dubbi infondati ed ottenere una buona adesione alla vaccinazione.

Sarebbe opportuno migliorare l'informazione già durante la gravidanza, e soprattutto ancora prima della programmazione di una gravidanza, sensibilizzando le donne sull'importanza e sul significato della conoscenza del proprio stato immunitario relativo alla rosolia e della prevenzione attraverso il

vaccino nel caso di sieronegatività. Per tale motivo sarebbe auspicabile l'intervento attivo anche dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia.

Per lo screening e l'informazione bisognerebbe sfruttare ogni momento "filtro" disponibile, come ad esempio le interruzioni di gravidanza o altre occasioni di visite ginecologiche. Pertanto è indispensabile programmare azioni formative per il personale ostetrico-ginecologico, nonché migliorare la comunicazione tra i pediatri/neonatologi e i ginecologi.

Non bisogna, ovviamente, distogliere l'attenzione dalla popolazione pediatrica, potenziando l'attività vaccinale in questa fascia di età attuando il ciclo previsto di due dosi (13-15 mesi e 5-6 anni, con la vaccinazione ai dodicenni che non hanno fatto la seconda dose a 6 anni) e procedendo al recupero dei soggetti ancora non vaccinati, con una particolare attenzione verso la popolazione di nuova immigrazione.

Bibliografia

- Ministero della Salute. Decreto 14 ottobre 2004. Notifica obbligatoria della sindrome/infezione da rosolia congenita.
- Conferenza Stato Regioni. Accordo tra Governo, Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2003-2007. 13 Novembre 2003.
- Revello MG. Rosolia congenita: cronache recenti. Il giornale della vaccinazione 2003; 3 (2): 6-7.
- Ciofi degli Atti M, Filia A, Verteramo R, et al. First cases of rubella infection during pregnancy detected by new reporting system in Italy. Eurosurveillance Weekly 2006; vol.11(3)
- Garcia L. Epidemia della rosolia nella regione di Madrid – Spagna. Eurosurveillance Weekly 2005; vol 10 (7)
- Hahnè S, Ward M, Abbink F, et al. Epidemia di rosolia nei Paesi Bassi in corso da Settembre 2004. Eurosurveillance Weekly 2005; vol. 10 (9)
- Hahnè S, J. Macey J, Tipples G, et al. Epidemia di rosolia tra i componenti di una comunità non vaccinata per motivi religiosi in Olanda. Eurosurveillance Weekly 2005;vol. 10 (5)
- Tookey P. Congenital rubella and prevention in Europe. Eurosurveillance Weekly 2002, vol. 10 (6)
- Bartolozzi G, Rappuoli R. I vaccini; trattato di farmacologia e terapia. UTET periodici, 2001 pag-188-189.
- Servizio Sanitario Regionale. "Le vaccinazioni nell'infanzia – perché, quando, come – Informazioni per i genitori". Regione Emilia-Romagna. 2005-2006
- Ministero della Salute. Circolare 5 agosto 2005. Notifica obbligatoria della infezione da rosolia in gravidanza e della sindrome/infezione da rosolia congenita. Gazzetta Ufficiale n.211 del 10 settembre 2005.