

SITUAZIONE SEGNALAZIONI DI MALATTIE INFETTIVE AL 31 AGOSTO 2008

Il presente report, elaborato dai dati del sistema informativo MAINF, tratta i casi di malattia infettiva segnalati alle ASL e verificatisi nel periodo gennaio/agosto 2008.

Poiché la segnalazione del medico necessita di essere validata (ossia, sulla base di elementi clinici e diagnostici acquisiti, di essere classificata e confermata, secondo precisi criteri e definizioni), **i dati riportati sono provvisori.**

Ciononostante si ritiene opportuna una loro trasmissione a medici di ASL, di medicina generale, pediatria di libera scelta o specialisti ospedalieri ed ambulatoriali per:

- tracciare un profilo numerico dei casi che si verificano
- rilevare eventuali trend

e dunque supportare nelle scelte – di prevenzione o profilassi, ma anche di diagnosi differenziale - medici ed operatori sanitari.

Inoltre, anche a fronte dei recenti episodi di “allarme mediatico” suscitati dall’occorrere di patologie da importazione, poi non confermati, la disponibilità del presente strumento può supportare nei processi di comunicazione con la stampa.

Non tutte le patologie vengono riportate; la scelta ricade su malattie quali-quantitativamente importanti o che sono state oggetto di particolare allarme o attenzione dei media.

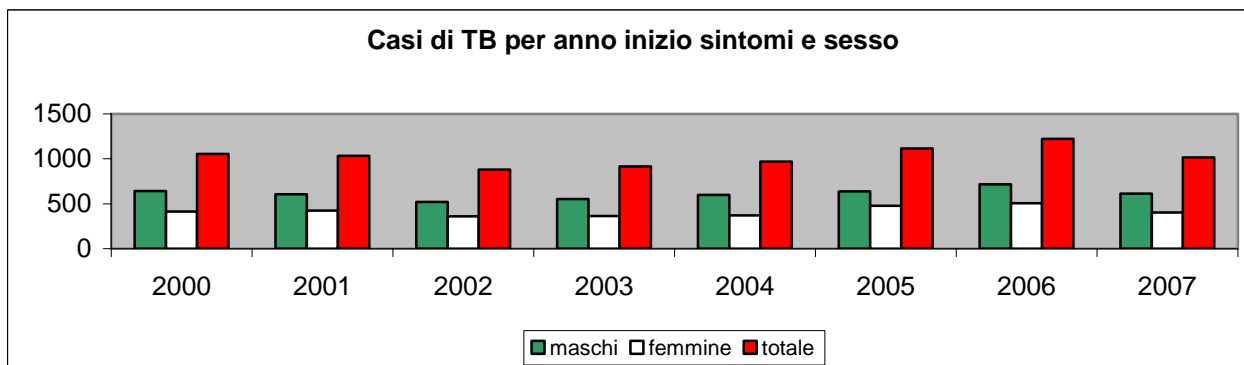
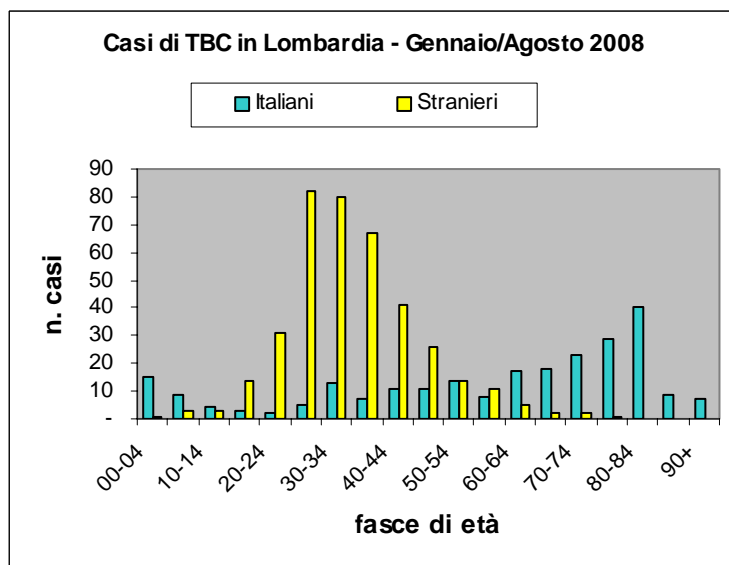
1. TUBERCOLOSI

I casi di tubercolosi vengono registrati in MAINF anche al solo sospetto, in attesa della conferma del micobatterio e potrebbero quindi essere inizialmente sovrastimati.

Nel primo grafico sono indicati i casi con inizio sintomi gennaio-agosto 2008, suddivisi per età e nazionalità.

E' evidente come siano gli stranieri ad essere maggiormente colpiti dalla malattia, perlopiù in età giovane-adulta; al contrario gli italiani, il cui numero assoluto di malati è in costante diminuzione, sono nella quasi totalità dei casi, persone anziane e, spesso, portatrici di altre patologie che riducono le difese immunitarie.

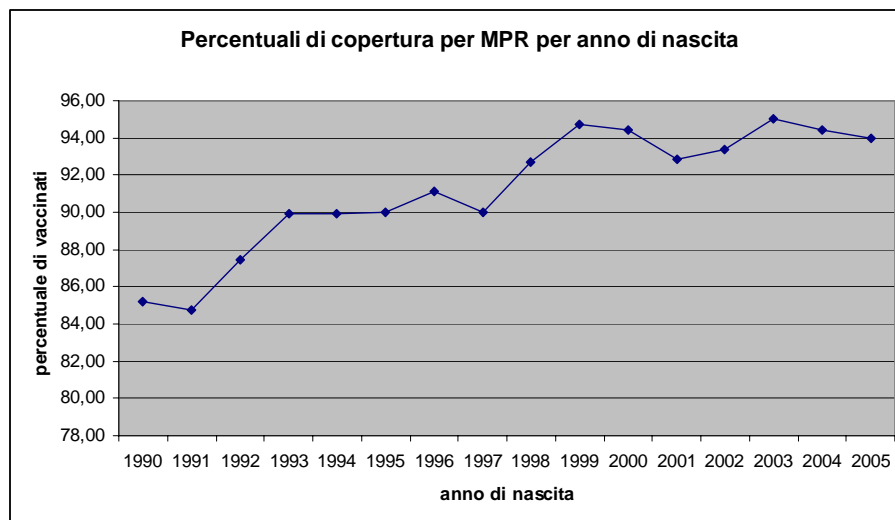
Nel secondo grafico ritroviamo invece il numero di casi accertati dal 2000 al 2007, dal quale si rileva la sostanziale stabilità del dato.



2. MORBILLO

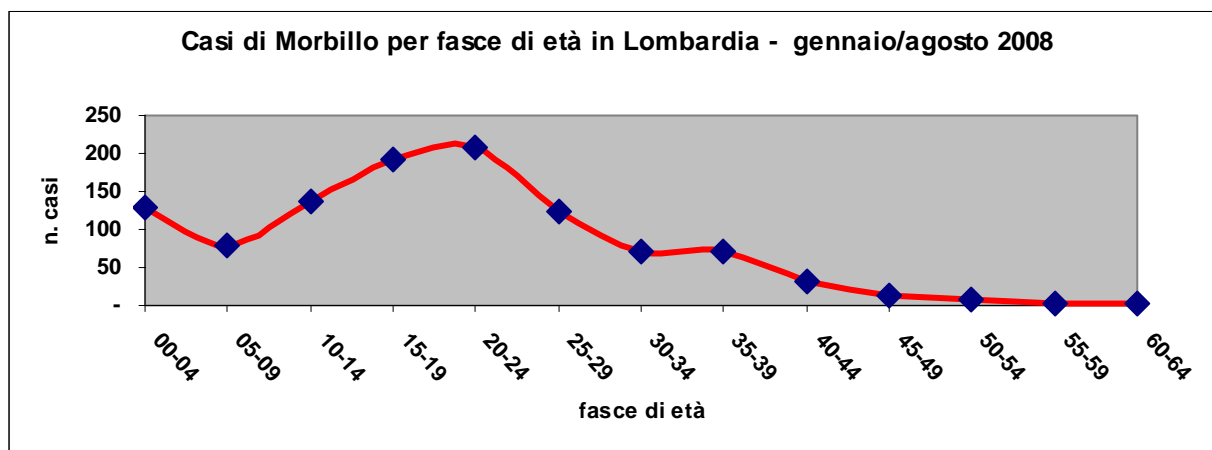
Con DGR 18224 del 19/07/2004 la Regione ha delineato come principale obiettivo il conseguimento di un livello di copertura vaccinale media pari al 95% per una dose di MPR entro i primi due anni di vita.

Nel grafico sono riportati i risultati ottenuti, come coperture, ossia percentuale di soggetti vaccinati sul totale dei residenti, suddivisi per coorte di età; si evidenzia un notevolissimo incremento dei bimbi vaccinati, tale da condurre, nei nati dal 2002, al raggiungimento del valore soglia necessario ad eliminare il morbillo (ossia i casi autoctoni).



Ciò sembrerebbe in contraddizione con il verificarsi di un certo numero di casi di morbillo, a volte anche con piccoli focolai, che si sono registrati dal 1° gennaio al 31 agosto 2008 (complessivamente 1072 persone coinvolte).

In realtà tale fenomeno, che, come mostrato dal grafico successivo, coinvolge maggiormente i giovani e gli adulti e non i bambini (come invece accade quando la soglia di copertura per la vaccinazione è bassa), è spiegato dalla maggior attenzione nella sorveglianza, che prevede anche la conferma sierologica dei casi osservati.



L'incidenza dovrebbe dunque progressivamente ridursi, per poi limitarsi esclusivamente a casi di importazione, a condizione che la copertura rimanga sopra il livello soglia nelle classi di nuovi nati.

3. FOCOLAI EPIDEMICI DI PRINCIPALI PATOLOGIE

Sono considerati focolai epidemici le situazioni nelle quali due o più soggetti contraggono una patologia in tempi ravvicinati, in seguito ad un'esposizione comune (es.: consumo di alimenti contaminati, permanenza in ambienti contaminati...) o per trasmissione interumana dell'agente

responsabile (es.: contagio per via aerea, per contatto di cute o mucose, per rapporto sessuale...) .

In tabella il numero di focolai delle principali patologie, esordite nei mesi da gennaio ad agosto 2008, con l'indicazione delle persone complessivamente coinvolte.

	N.focolai	N. Persone coinvolte
Diarrea Infettiva	33	153
Epatite A	3	11
Infez.e Tossinf. Alimentari	28	145
Salmonellosi non tifoidee	51	200
Scabbia	96	299

Si evidenzia la rilevante presenza di casi di **scabbia**: va precisato che i focolai hanno interessato prevalentemente nuclei famigliari e che soltanto 6 episodi si sono verificati in RSA .

Nei focolai di **diarrea infettiva** (vedi poi) l'agente eziologico coinvolto è stato in 21 il **clostridium difficile**, in 6 il campylobacter ed 1 il rotavirus; nei focolai da **salmonellosi**, la tipizzazione di gruppo è stata condotta in 5 casi (2 gr.B, 2 gr.C, 1 gr.D); in altri 8 è stato tipizzato il sierotipo typhimurium.

Per quanto riguarda le malattie trasmesse da alimenti, l'indagine epidemiologica ha evidenziato 20 episodi riguardanti il consumo di alimenti preparati in ambito domestico (16 salmonellosi e 4 tossinfezioni alimentari) e 6 causati da inadeguata conservazione di alimenti.

4. DIARREA INFETTIVA e SALMONELLOSI NON TIFOIDEE

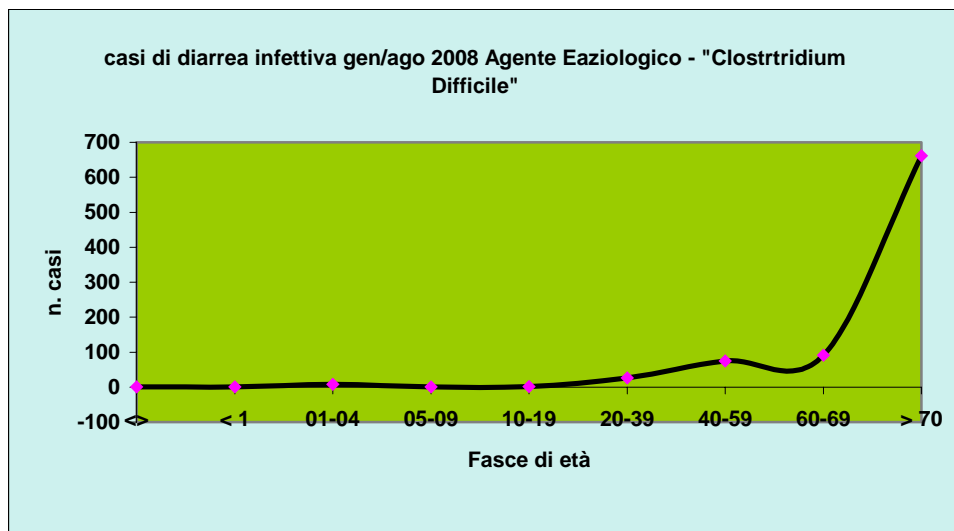
Nelle tabelle sotto riportate sono evidenziati i casi registrati dall'1 gennaio al 31 agosto 2008 distinti per ASL di diagnosi e agente eziologico; nei casi sottoriportati sono compresi anche quelli verificatisi in forma di focolaio, di cui si è parlato al precedente capitolo.

Casi di Diarrea Infettiva E Salmonellosi minori in Lombardia - Gennaio/Agosto 2008																
AGENTE EZIOLOGICO	BG	BS	CO	CR	LC	LO	MN	MIC	MI1	MI2	MI3	PV	SO	VA	VCS	Lombardia
SALMONELLA ENTERICA	164	182	90	71	40	36	85	85	137	64	95	24	36	105	30	1244
CAMPYLOBACTERJ JEJUNI/COLI	102	70	23	15	15	4	13	22	42	21	40	0	0	12	5	384
ADENOVIRUS,NOROVIRUS E ALTRI	3	0	1	1	17	0	0	1	0	0	7	0	0	9	0	39
ROTAVIRUS	-	1	39	44	120	-	3	81	123	59	117	1	1	26	-	615
CLOSTRIDIUM DIFFICILE	49	117	102	42	37	17	3	83	143	24	222	2	-	26	-	867

Nelle prime tre righe troviamo le forme a prevalente trasmissione per via alimentare: oltre all'importanza, nota, delle salmonellosi (che comunque registrano una riduzione), abbiamo l'infezione da campylobacter, una patologia generalmente benigna, che colpisce bambini, giovani ed adulti, spesso veicolata da alimenti contaminati quali pollo poco cotto o latte crudo.

Nelle forme ove prevale il contagio interumano o da contatto, troviamo invece le diarree di rotavirus, appannaggio dell'età pediatrica, e da clostridium difficile, di cui si registra una vera e propria epidemia in tutta Europa e che presenta caratteristiche epidemiologiche del tutto differenti: la trasmissione avviene prevalentemente tramite le mani, che veicolano le spore presenti in ambienti a loro volta contaminati da feci di soggetti infetti. Ma nello scatenarsi del quadro clinico giocano un ruolo determinante le condizioni di base del soggetto che viene contagiato: oltre all'età (nel grafico seguente troviamo la suddivisione dei casi per età del

soggetto colpito, con l'80% verificatosi in ultrasettantenni), la preesistenza di patologie con riduzione delle difese immunitarie, la somministrazione di terapie antibiotiche, che alterano la flora batterica intestinale, sono fattori spesso rilevati nei casi di malattia, che può quindi presentarsi anche con quadri clinici gravi.



4. AIDS e MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

In tabella sono indicati i casi di aids segnalati dall'inizio dell'anno al 31 agosto 2008 con la suddivisione per sesso e fascia di età.

Numero di casi segnalati - gennaio/agosto 2008					
	20-39	40-59	60-69	> 70	Totale
Maschi	44	84	10	4	142
Femmine	24	17	4		45

Come noto i casi di aids segnalati non sono indicativi della diffusione dell'infezione, in quanto, anche a motivo delle terapie antiretrovirali, numerosi soggetti permangono anche per molti anni in terapia senza evolvere nella forma conclamata.

Per approfondire meglio il fenomeno è stata effettuata, in regione Lombardia, una valutazione epidemiologica a partire da altri dati sanitari, cui si rinvia.

(www.sanita.regione.lombardia.it/circolari/07_02san.pdf).

Per quanto riguarda altre patologie a trasmissione sessuale di cui si effettua la registrazione, nella tabella possiamo vedere la situazione negli ultimi anni, con un sensibile decremento nel 2007, da valutarsi però con maggior approfondimento per un possibile ritardo di segnalazione.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (gen-ago)
BLENNORRAGIA	97	108	80	106	160	162	150	61	32
SIFILIDE	119	192	331	331	326	343	304	154	57

5. MENINGITI BATTERICHE e MALATTIE INVASIVE MENINGOCOCCICHE, PNEUMOCOCCICHE E DA HIB

Tutte le meningiti batteriche (anche senza individuazione dell'agente responsabile, ma con quadro di meningiti a liquor torbido) sono registrate. Dall'aprile 2007 vengono registrate sistematicamente anche le malattie invasive da streptococcus pneumoniae (es.:polmoniti). In tabella il numero di casi meningiti o sepsi confermati¹ per tipo del periodo gen-ago 2008:

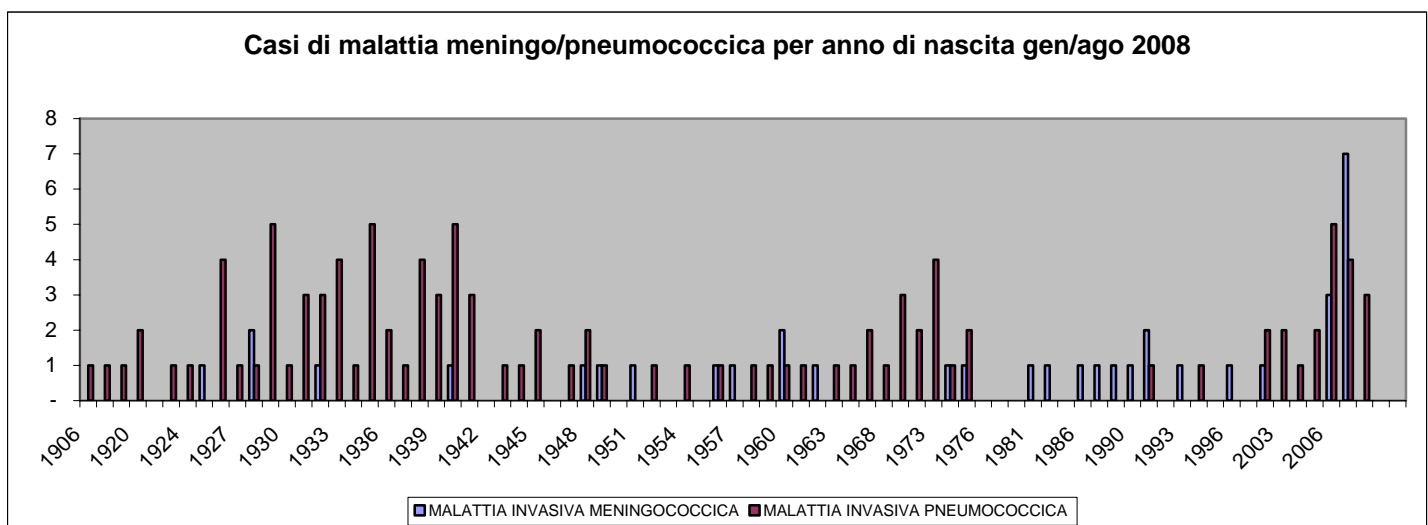
PATOLOGIA	totale casi segnalati
LEPTOSPIROSI	3
LISTERIOSI	29
MALATTIA INVASIVA DA HIB (3 Sierotipo B)	13
MALATTIA INVASIVA MENINGOCOCCICA (1di gruppo A, 12 di gruppo B, 14 di gruppo C, altri in corso di t.)	35
MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA (meningiti/sepsi, escluse polmoniti)	89
MENINGITI BATTERICHE (da altri agenti o senza isolamento)	43

Per quanto riguarda i sierotipi di Streptococcus Pneumoniae la situazione è indicata in tabella, ove si evidenzia che dei casi tipizzati il 40% di quelli occorsi in età inferiore ai 18 aa non è contenuto nel vaccino eptavalente; per i casi in soggetti di età superiore, la quota non contenuta nel vaccino 23-valente è del 26%.

Distribuzione per sierotipi in soggetti di età inferiore ai 18 aa (meningiti/sepsi)			
14	18C	Pool C (24,31,40)	6A
4	2	2	2

Distribuzione per sierotipi in soggetti di età superiore ai 18 aa (meningiti/sepsi)															
11A	14	19 A	19F	22F	23 F	3	4	7F	9 V	15 A	15C	18A	23A	33	
1	2	4	4	3	4	2	1	4	2	3	1	1	1	1	

Di maggior interesse sono le forme da meningococco e pneumococco, sia perché interessano maggiormente l'età infantile, sia perché, per alcune forme, sono disponibili vaccini specifici. Nel grafico la distribuzione di questi due tipi per anno di nascita, che rispecchia quanto riportato in letteratura.



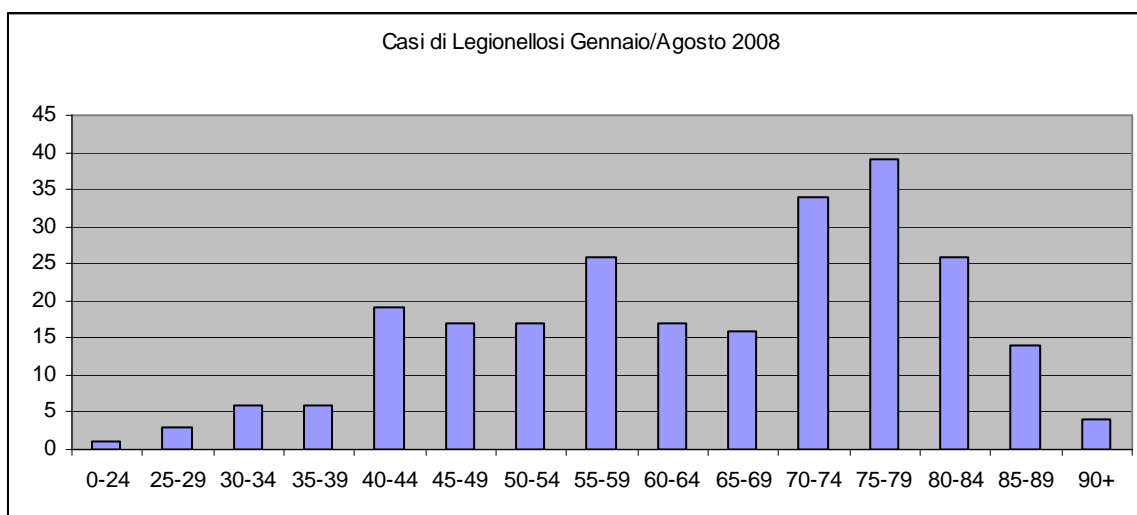
¹ Non sono stati considerati casi registrati ma per i quali gli accertamenti erano conclusi ed avevano escluso la diagnosi iniziale

Relativamente agli esiti delle malattie vi sono stati 8 decessi per m.i. meningococcica (età: 76, 60, 57, 48, 34, 20, 15 e 1 aa), 8 per meningite/sepsi pneumococcica (età 98, 88, 73, 72, 70, 70, 69, 22 aa).

La malattia invasiva pneumococcica, specie nei soggetti anziani, è più frequente in presenza di altre patologie: il dato si conferma anche nella casistica 2008, ove 4 soggetti erano affetti da AIDS, 5 da diabete, 6 da immunodeficienza di diversa origine, 7 da neoplasia maligna in atto; in 19 soggetti all'anamnesi era riportata la ricorrenza di otiti, sinusiti, polmoniti.

6. LEGIONELLOSI

Particolare attenzione è posta negli ultimi anni alle polmoniti da legionella, per il loro progressivo aumento, anche a motivo della maggior possibilità di indagini diagnostiche per l'individuazione dell'agente batterico; nel grafico seguente sono indicati i casi totali verificatisi dall'inizio del 2008 (in forma sporadica, cioè singoli casi non collegati tra loro) suddivisi per classe di età del soggetto colpito.



Oltre che nei soggetti anziani, la legionellosi è frequentemente ricorrente in presenza di patologie concomitanti che riducono le difese immunitarie: in tabella i casi del periodo gen-ago 2008 e relativa percentuale, con individuazione di fattori di rischio.

CASI DI LEGIONELLOSI GENNAIO AGOSTO 2008 PER FATTORI DI RISCHIO		
Patologia concomitante	Casi	Perc. Su tot.casi
BPCO	26	10,6%
DIABETE	26	10,6%
NEOPLASIA MALIGNA IN ATTO	12	4,9%
NEOPLASIA MALIGNA IN REMISSIONE	10	4,1%
INSUFF. RENALE CRONICA	9	3,7%
IMMUNODEPRESSIONE IDIOPATICA	7	2,9%
MALATTIE INFETTIVE ASPECIFICHE (OTITI, POLMONITI, SINUSITI, ECC..)	4	1,6%
AIDS	3	1,2%
TRAUMI/INCIDENTI NEI 15 - 30 GG. PRECEDENTI	2	0,8%
NON IDENTIFICATO	145	59,2%

7. MALARIA e ALTRE PATOLOGIE DA IMPORTAZIONE

CASI DI MALARIA - PERIODO DI OSSERVAZIONE: GENNAIO/AGOSTO 2008	
Paese Visitato	Casi
NON NOTO	8
ANGOLA	1
BENIN	1
BURKINA FASO	8
CAMERUN	1
CONGO REPUBBLICA DEMOCRATICA	1
COSTA D'AVORIO	9
ERITREA	1
ETIOPIA	1
FRANCIA	1
GHANA	3
INDIA	4
INDONESIA	1
MALI	1
MAURITANIA	1
NIGERIA	8
PAKISTAN	2
SENEGAL	1
SIERRA LEONE	2
TOGO	3
Totale	58

Nella tabella a fianco si possono visualizzare i casi di malaria importata da soggetti che, in prevalenza si sono recati o provengono dall'Africa e/o dall'Asia.

Trattasi di casi diagnosticati dall'inizio del 2008 nelle strutture sanitarie lombarde. Il dato è in linea con i valori riscontrati negli ultimi anni (circa 150 casi/anno), considerando che l'estate è il periodo di maggiore incidenza, in virtù dei viaggi all'estero e che alcuni casi potrebbero non essere stati ancora inseriti.

Altre patologie originano da un contagio avvenuto in Paesi esteri: tra queste troviamo, nei primi otto mesi del 2008, 11 casi di amebiasi, 2 casi di anchilostomiasi, 4 di schistomiasi: va precisato che si tratta di patologie per le quali il soggetto malato non è comunque contagioso.

L'epatite virale acuta di tipo A, a trasmissione oro-fecale, si è invece verificata in 21 casi su 83 tra persone che avevano soggiornato all'estero.