

**Studi dal territorio****LESIONI CUTANEE
CRONICHE TRATTATE
IN ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA****Claudio Volpe**

Servizio ADI, ASL di Chieti

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è stato attivato nella ASL di Chieti nel luglio del 1998 con la finalità di migliorare la qualità di vita dei pazienti a domicilio, promuovere l'integrazione socio-sanitaria sul territorio, favorire le dimissioni precoci, evitare i ricoveri impropri e ottimizzare la spesa sanitaria. Il Servizio è operativo su tutto il territorio della ASL (28 comuni con un totale di 176 582 residenti al 31 dicembre 2000), attraverso i 10 distretti sanitari di base con un coordinamento centrale a livello del dipartimento di assistenza extra ospedaliera. Il Servizio può essere attivato su richiesta dei medici di medicina generale o dei reparti ospedalieri (in caso di dimissione), in seguito a verifica dei criteri di ammissibilità e valutazione dei bisogni del paziente che consentano la definizione di un piano assistenziale individualizzato, da parte dell'unità di valutazione di distretto, con la partecipazione del medico di famiglia.

Dalla sua attivazione il Servizio ADI ha ammesso 465 pazienti nel 1999 (2,6/1 000 della popolazione residente) e 704 pazienti nel 2000 (4,0/1 000 della popolazione residente).

Le lesioni cutanee croniche (LCC) hanno rappresentato uno dei problemi maggiori, relativamente al numero di pazienti, seguiti a domicilio. I pazienti, assistiti in ADI, che presentavano

LCC, erano 264 su 556 (47%) nel 1999 e 252 su 830 (30%) nel 2000. Tra i pazienti che presentavano LCC, i nuovi casi erano 215 (81%) nel 1999 e 173 (69%) nel 2000.

Gli ultimi dati disponibili, relativi all'anno 2000, evidenziano che 192 pazienti (76%) con LCC presentavano lesioni da decubito (in genere nella regione sacrale e nella regione dei trocanteri e/o in quella calcaneale). I pazienti con lesioni cutanee vasculopatiche agli arti inferiori hanno rappresentato il 13% delle LCC, mentre quelli con lesioni post chirurgiche, neoplastiche e con ustioni rispettivamente il 9%, il 2% e l'1%.

L'età mediana dei pazienti con LCC è stata di 82 anni, con una variabilità tra 12 anni (caso di una ragazza ustionata) e 100 anni; il 58% è stato di sesso femminile. I casi con LCC sono stati segnalati per l'87% dai medici di famiglia e per il 13% dai reparti al momento della dimissione ospedaliera.

Alla fine del 2000, il 36% dei pazienti con LCC era guarito, il 19% era ricorso al ricovero ospedaliero (per patologie concomitanti), il 25% era deceduto (sempre per patologie concomitanti), mentre il 21% rimaneva ancora in ADI; di questi ultimi pazienti, il 73% era stato ammesso nel secondo semestre e il 58% nell'ultimo trimestre del 2000.

La Tabella riporta i nuovi casi di pazienti con lesioni da decubito nell'anno 2000, che rappresentano la quasi totalità di quelli presenti sul territorio trattati a domicilio, a esclusione di casi sporadici trattati direttamente dai medici di famiglia e di quelli nelle case di riposo, non assistiti dal Servizio ADI. L'incidenza, pari a 0,8 casi/1 000, è aumentata notevolmente con l'età e il 30% dei casi è guarito, mentre il 15% è stato ospedalizzato. Tra i ca-

si di lesioni da decubito erano più frequenti le femmine (57%) rispetto ai maschi. La maggior parte dei casi (80%) presentava lesioni in una singola sede, mentre il 20% presentava lesioni in due o più sedi.

Le lesioni da decubito (o ulcere da pressione) possono essere considerate un importante indicatore della qualità dell'assistenza sanitaria, tanto a livello ospedaliero, quanto domiciliare o in residenze protette (case di riposo, residenze sanitarie assistite, ecc.).

Questi dati preliminari rappresentano per il Servizio ADI della ASL di Chieti una base di partenza per monitorare nel tempo l'andamento del problema e cercare di ridurre l'incidenza, migliorando la prevenzione e l'assistenza necessaria.

Il commento**Maria Lazzarato e Maria Rolfini**

Servizio Distretti Sanitari, Assessorato alla Sanità, Regione Emilia-Romagna, Bologna

Le LCC, tra cui le ulcere da decubito sono le più comuni, costituiscono una frequente causa di morbidità nei pazienti più anziani ospedalizzati e istituzionalizzati; il loro trattamento è, inoltre, molto costoso (1). La prevalenza delle LCC varia a seconda delle classi di età della popolazione, del setting, della definizione di caso che viene utilizzata e della qualità delle cure. I dati di incidenza e prevalenza basati su studi di popolazione non sono facilmente disponibili, poiché la maggior parte degli studi è stata condotta in ambiente ospedaliero e nelle residenze per anziani.

Considerati i molteplici fattori che influenzano la prevalenza, le stime ottenute a Chieti dall'ADI sono difficilmente generalizzabili. Ad esempio, in una realtà simile per numero di abitanti (176 965) dell'Emilia-Romagna, la copertura ADI è ri-

Tabella - Casi di lesioni da decubito tra gli assistiti in ADI nella ASL di Chieti (2000)

Età	Casi		Tasso di incidenza ^a	Guariti %	Ricoveri %	Decessi %	In ADI al 31.12.00 %
	n.	%					
< 65 anni	9	7	0,1	22	22	-	56 (33) ^b
65-74 anni	17	13	0,9	53	12	12	23 (18) ^b
≥ 75 anni	108	80	7,0	27	15	38	20 (17) ^b
Totale	134	100	0,8	30	15	32	23 (18)^b

(a) Per 1 000 residenti; (b) dal 2° semestre 2000

sultata pari a 7/1 000 abitanti (dati non pubblicati), contro 4/1 000 di Chieti; i casi seguiti con lesioni da decubito erano circa 3/1 000, contro 1,3/1 000 di Chieti.

Lo studio di Chieti, come altri studi condotti in Italia e a livello internazionale, sia in ambito domiciliare (anche se esigui) che residenziale, mostra che l'insorgenza delle lesioni da decubito è direttamente proporzionale all'aumentare dell'età, che il rischio di contrarre lesioni è più elevato nelle donne rispetto agli uomini e che la localizzazione principale delle lesioni è quella sacro-coccigea.

Per quanto riguarda l'outcome, mentre le percentuali riguardanti i pazienti ospedalizzati e i deceduti non sono significative (perché non determinate dalla presenza di lesioni cutanee, ma legate a patologie concomitanti), quelle relative alle guarigioni sono invece confortanti, anche se non sono disponibili esperienze di confronto. Nondimeno, in mancanza di dati sui tassi di ospedalizzazione prima e dopo l'intervento ADI, è difficile stimare l'impatto che il programma ha avuto sulle ospedalizzazioni.

In base alla nostra esperienza, le attività sanitarie legate alla deospedalizzazione sono in rapporto diretto con l'attività multiprofessionale e l'assistenza infermieristica ad alta intensità che comprende le seguenti attività: educazione, nutrizione artificiale, valutazione multidimensionale e multiprofessionale, gestione di pompe di infusione, gestione di problemi respiratori, gestione di stomie, sostegno al paziente terminale e alla famiglia, dimissioni ospedaliere protette, ecc. Nel caso delle LCC, l'assistenza in-

fermieristica agisce migliorando la continuità assistenziale e le dimissioni precoci.

Il dato sulle lesioni cutanee, che emerge dallo studio, rappresenta un indicatore clinico quantitativo che orienta l'attenzione verso problematiche di performance specifiche che potrebbero essere oggetto di studi epidemiologici più approfonditi. Il monitoraggio epidemiologico descrittivo non è l'unico strumento per migliorare il servizio in base ai risultati ottenuti. Oltre all'analisi periodica dei dati di copertura e di outcome, è anche importante valutare l'efficacia e l'appropriatezza, attraverso verifiche sugli aspetti rilevanti della pratica clinica (governo clinico), relativamente alla prevenzione e al trattamento di tali patologie (2, 3). In questo modo si possono acquisire informazioni essenziali per comprendere che cosa viene fatto (ad esempio, utilizzo di protocolli, linee-guida, ecc.), da chi viene fatto e con quali risultati nel campo dell'assistenza ai pazienti e di conseguenza è possibile modificare la pratica clinico-assistenziale.

Riferimenti bibliografici

1. Agostini JV, Baker DI, Bogadus ST. Prevention of pressure ulcers in older patients. In: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al. editors. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43. AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; July 2001.
2. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas RE, et al. Medical Care 2001; 39(Suppl. 2): II2-II45.
3. Bates-Jensen BM. Ann Intern Med 2001;135:744-51.

Studi dal territorio

EPISODIO DI GASTROENTERITE A MODICA (RAGUSA)

Giuseppe Ferrera, Angela Bianco e Francesco Blangiardi
 AUSL 7 di Ragusa

Il 17 settembre 2001, l'Ospedale Maggiore di Modica (Ragusa) ha segnalato al locale Ufficio d'Igiene un caso di gastroenterite riferito a una ragazza di 17 anni che aveva partecipato a un pranzo nuziale il 13 settembre. La sintomatologia, iniziata la sera stessa del 13 settembre intorno alle ore 23.00, consisteva in diarrea, febbre e vomito. A causa del perdurare dei sintomi, la ragazza si è rivolta all'ospedale, dove è stata ricoverata il 15 settembre.

L'Ufficio d'Igiene di Ragusa, cui la segnalazione era pervenuta il 19 settembre, considerata la partecipazione al banchetto di nozze, ha deciso di verificare se si trattava di un caso sporadico o di un focolaio di gastroenterite. È stato contattato telefonicamente il caso indice per acquisire notizie su come rintracciare la famiglia dello sposo o della sposa. Il 19 pomeriggio è stato contattato lo sposo, il quale era stato informato che diversi invitati avevano accusato malesseri, lamentando soprattutto diarrea. Venuto a conoscenza della natura igienico-sanitaria e di profilassi dell'inchiesta, lo sposo ha fornito i nominativi degli invitati.

Il 19 pomeriggio è stato acquisito dal ristorante il menù del pranzo (Tabella) ed è stata adottata la seguente definizione operativa di

Tabella - Confronto dei tassi di attacco (TA) specifici per alimento

Alimento	Hanno consumato			Non hanno consumato			Differenza
	n.	Malati	TA	n.	Malati	TA	
Insalata di mare	92	53	58%	28	3	11%	47%
Prosciutto e ananas	27	9	33%	96	48	50%	- 17%
Farfalle, rucola e scampi	104	53	51%	13	2	15%	36%
Cannelloni di carne	89	48	54%	30	10	33%	21%
Pesce spada	99	57	58%	20	1	5%	53%
Insalata	103	53	52%	15	5	33%	18%
Arrosto di vitello	93	49	53%	26	8	31%	22%
Torta	102	52	51%	16	6	38%	13%

caso: tutti i soggetti partecipanti al banchetto del 13 settembre che hanno manifestato diarrea > di tre scariche nell'arco di 24 ore (con o senza dolore addominale o febbre), con esordio nella serata del 13 o nei tre giorni successivi.

È stato approntato un modulo per effettuare un'intervista standardizzata con cui recuperare informazioni sullo stato di salute e sugli alimenti consumati durante il pranzo nuziale. Il 20 pomeriggio il personale dell'Ufficio d'Igiene di Modica ha intervistato telefonicamente i partecipanti al banchetto.

Sono state intervistate 122 persone delle 185 partecipanti. Cinque invitati non avevano mangiato nulla e non si erano ammalati, per cui sono stati esclusi dall'analisi successiva. Tra i 117 che avevano consumato alimenti al banchetto, 58 persone si erano ammalate, per un tasso d'attacco pari a 49,6%.

La sintomatologia, durata 48 ore, era costituita da diarrea mucoso-acquosa (49%), crampi addominali (37%), vomito (11%) e febbre (5%). La Figura riporta la curva epidemica, mentre il calcolo delle differenze tra i tassi di attacco specifici per alimento è riportato nella Tabella. Gli alimenti cui era connessa una differenza rilevante erano: l'insalata di mare, il pesce spada e il primo piatto di farfalle, rucola e scampi. Dei 7 partecipanti che non avevano mangiato né l'insalata di mare né il pesce spada, nessuno si

era ammalato, anche se aveva consumato altre pietanze. Invece, 3 dei 13 invitati (19%) che avevano mangiato solo il pesce spada si erano ammalati; 2 degli 8 (25%) che avevano mangiato solo insalata di mare si erano ammalati e infine 53 degli 86 (62%) che avevano mangiato entrambi gli alimenti si erano ammalati.

Gli alimenti sospetti sono stati perciò due: l'insalata di mare, con gamberi, polipo e cozze e il pesce spada. Poiché il ristorante aveva preparato altri due banchetti nuziali, la sera del 13 settembre e il giorno prima, sono stati richiesti i menù e sono stati intervistati i familiari degli sposi; a loro dire nes-

suno degli invitati aveva lamentato segni di malessere. È stato effettuato un sopralluogo presso il ristorante per valutare le procedure di lavorazione ed eseguire prelievi di campioni di alimenti simili a quelli sospetti, con esiti negativi.

L'episodio di gastroenterite è stato analizzato 6 giorni dopo l'evento. L'inchiesta epidemiologica ha indicato che erano implicate due pietanze. Purtroppo, non è stata effettuata la coltura delle feci dei pazienti e non è possibile sapere quale microrganismo fosse coinvolto. Dal tipo di sintomatologia (crampi addominali, diarrea), dal periodo di incubazione (12-24 ore), e dagli alimenti coinvolti è verosimile che la malattia sia stata di origine batterica o virale. Tuttavia, l'assenza di esami microbiologici non permette di essere più precisi. Tra i batteri potenzialmente implicati si possono considerare *Vibrio parahaemolyticus*, *Escherichia coli* o *Salmonella enteritidis*.

Il commento

Stefania Salmaso

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

L'episodio riferito è senz'altro esemplare di molti altri che frequentemente si verificano e che vengono evidenziati per la gravità di un singolo caso e per la numerosità dei soggetti esposti. L'approccio epidemiologico ha per-

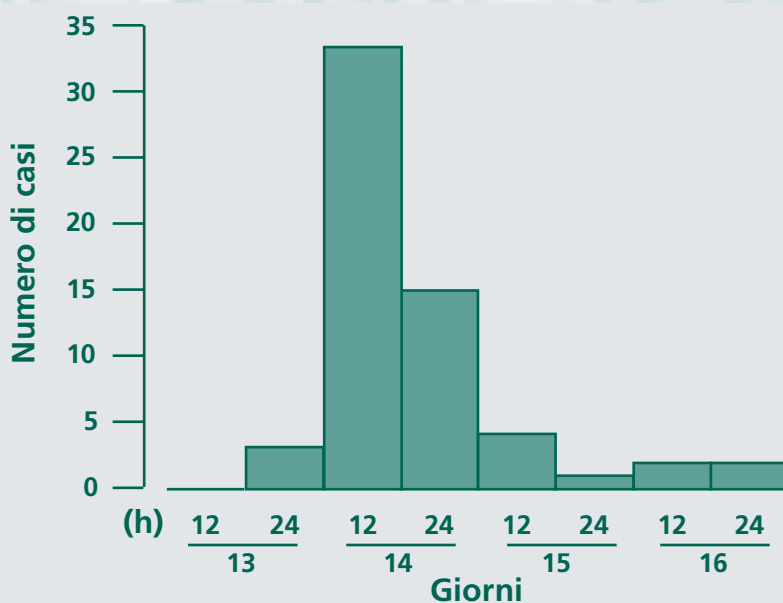


Figura - Distribuzione dei casi per data di esordio dei sintomi

messo di correlare l'insorgenza della malattia con due pietanze servite al banchetto di nozze, anche in assenza di evidenze microbiologiche.

I risultati confermano la pericolosità di alimenti a base di frutti di mare, che nelle preparazioni alimentari più comuni subiscono un trattamento termico totalmente inadeguato a garantire la loro sicurezza. In questo caso, poi, l'elevato tasso di attacco suggerisce un considerevole grado di contaminazione degli alimenti, che, probabilmente sono arrivati nelle cucine del ristorante già contaminati. L'approvvigionamento dei frutti di mare, infatti, è uno dei punti cruciali della prevenzione di tali episodi e spesso le condizioni di allevamento, di raccolta e di mantenimento dei frutti di mare non sono idonee, ma accettate per consuetudine. I responsabili della ristorazione collettiva dovrebbero porre attenzione alla qualità degli approvvigionamenti e adottare modalità di preparazione tali da ovviare all'introduzione di materie prime potenzialmente infette.

Purtroppo il limite dell'indagine qui riportata è, oltre all'assenza di esami microbiologici che quindi rende deboli gli argomenti circa l'eziologia, la carenza di informazioni circa l'approvvigionamento delle materie prime e la preparazione delle pietanze. Ogni episodio come quello descritto dovrebbe costituire un'occasione per rivedere le procedure adottate e identificarne i punti critici. La presenza di tali elementi renderebbe più utile questo tipo di esperienza.

Sorveglianze nazionali

SIMINEWS

**Stefania Salmaso,
Antonino Bella, Barbara De Mei
e Donatella Mandolini**

Laboratorio di Epidemiologia
e Biostatistica, ISS

Il Progetto SIMI (Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive), avviato nel 1994, e coordinato dall'ISS, mira a migliorare la qualità del sistema corrente di notifica delle

malattie infettive e a favorire l'utilizzo tempestivo dei dati raccolti. Il Progetto ha favorito l'informatizzazione del sistema di trasmissione delle malattie infettive di classe II, di classe III (tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare) e di classe IV. Attualmente al SIMI aderiscono, su base volontaria, 16 regioni che hanno iniziato a inviare regolarmente i dati, mentre Sicilia, Calabria, Sardegna e Abruzzo non hanno ancora avviato la rilevazione computerizzata mensile compatibile con il SIMI. La regione Lombardia, pur avendo avviato la rilevazione, non invia dati dal 1999.

Resoconti periodici dell'attività e delle novità SIMI sono stati periodicamente pubblicati - dal 1999 - come supplemento del *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* per diffondere le informazioni sui dati raccolti attraverso la notifica dei casi di malattia e le iniziative e tematiche inerenti le patologie infettive.

Da gennaio 2002, il SIMInews confluisce nel *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, dove verranno periodicamente riportate le tabelle con i tassi standardizzati calcolati sui dati di notifica di alcune malattie infettive dell'archivio SIMI e gli articoli dedicati all'analisi epidemiologica di specifiche malattie infettive di particolare interesse.

Con lo scopo di promuovere una lettura epidemiologica dei dati raccolti, viene riportata una Tabella riassuntiva dei tassi di incidenza di 14 malattie infettive di classe II per l'anno 2000 messi a confronto con il 1999 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati pubblicati anche dal Ministero della Salute, www.sanita.it/malinf). Sono state escluse dal presente resoconto quelle malattie a cui è stata già dedicata una trattazione specifica, come le malattie prevenibili con vaccinazione e la leishmaniosi.

I tassi di tutte le malattie sono comunque consultabili sul sito SIMI (www.simi.iss.it) nella sezione "Banca dati SIMI".

I tassi riportati in Tabella sono standardizzati per permettere il confronto anche tra popolazioni regionali disomogenee per età. I

tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto ed è stata utilizzata come popolazione standard quella italiana rilevata con il censimento ISTAT del 1991. Dall'analisi sono state escluse tutte quelle notifiche che, pur rientrando negli anni considerati, non riportavano informazioni complete necessarie per il calcolo dei tassi standardizzati.

Per il 1999, su un totale di 174 845 notifiche, ne sono state escluse 1 304 (pari allo 0,74%), in quanto non riportavano l'indicazione dell'età. Nel 2000, per lo stesso motivo, sono state escluse dall'analisi 1 093 notifiche su un totale di 162 217 (pari allo 0,67%). In generale, i due anni considerati sono confrontabili in termini di numero complessivo di notifiche.

Viene di seguito riportato un commento sui dati delle malattie più frequenti.

BLENNORRAGIA E SIFILIDE

Il numero di notifiche per queste due malattie a trasmissione sessuale è estremamente basso (nel 1999 sono stati riportati dal Ministero della Sanità rispettivamente 287 e 321 casi di malattia in Italia) e dal 1976 a oggi i tassi di incidenza nazionali si sono ridotti di 10 volte (il trend è disponibile su: www.simi.iss.it/malattie_infettive.htm). Seppure una certa diminuzione sia plausibile, le scarse frequenze indicano una forte sottonotifica che si è quantificata essere del 100-150%. In questo contesto i tassi regionali più elevati di alcune regioni, quali Emilia-Romagna, Toscana, Provincia autonoma di Bolzano e Provincia autonoma di Trento, sono verosimilmente da ascrivere a maggiore sensibilità del sistema di notifica piuttosto che ad aumentato rischio di malattia. È tuttavia osservabile, in alcune regioni, un aumento dei tassi nel 2000 rispetto all'anno precedente.

BRUCELLOSI

La Campania, la Basilicata e la Puglia hanno registrato la maggior incidenza di brucellosi. È invece da

Tabella - Numero di casi e tassi standardizzati per 100 000 abitanti, 1999 e 2000

Regioni	Blenorragia				Brucellosi				Epatite A			
	1999		2000		1999		2000		1999		2000	
	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso
Basilicata	0	0,0	0	0,0	10	1,7	19	3,1	8	1,3	10	1,7
Campania	2	0,0	2	0,0	280	5,0	276	4,8	139	2,2	278	4,5
Emilia-Romagna	64	1,8	162	4,4	15	0,4	15	0,4	129	3,7	264	7,9
Friuli-Venezia Giulia	12	1,1	15	1,4	1	0,1	1	0,1	13	1,1	33	2,9
Lazio	43	0,8	22	0,4	47	0,9	13	0,3	166	3,2	120	2,3
Liguria	1	0,1	1	0,1	2	0,1	3	0,2	43	2,9	58	4,1
Lombardia	68	0,7	nd	nd	16	0,2	nd	nd	171	2,0	nd	nd
Marche	0	0,0	0	0,0	11	0,8	3	0,2	28	2,2	30	2,3
Molise	0	0,0	0	0,0	10	3,1	2	0,5	3	1,0	5	1,7
Piemonte	22	0,5	42	1,0	16	0,4	14	0,3	125	3,3	114	2,9
Prov. aut. di Bolzano	7	1,5	6	1,2	0	0,0	0	0,0	14	3,1	4	0,8
Prov. aut. di Trento	2	0,4	15	3,2	2	0,4	0	0,0	16	3,6	4	0,8
Puglia	6	0,1	6	0,1	184	4,6	155	3,9	431	10,3	245	5,8
Toscana	34	1,0	44	1,4	6	0,1	4	0,1	106	3,4	95	3,1
Umbria	0	0,0	0	0,0	5	0,6	0	0,0	38	5,2	9	1,2
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	3	2,3	4	3,1
Veneto	16	0,4	14	0,3	3	0,1	0	0,0	89	2,1	65	1,5

Regioni	Epatite NonA, NonB				Febbre tifoide				Leishmaniosi cutanea			
	1999		2000		1999		2000		1999		2000	
	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso
Basilicata	41	6,9	14	2,3	10	1,7	7	1,1	0	0,0	1	0,2
Campania	91	1,6	55	1,0	184	3,0	154	2,5	2	0,0	1	0,0
Emilia-Romagna	65	1,8	90	2,3	4	0,1	14	0,4	0	0,0	3	0,1
Friuli-Venezia Giulia	5	0,4	8	0,8	3	0,2	3	0,3	0	0,0	0	0,0
Lazio	93	1,8	74	1,4	44	0,9	52	1,0	0	0,0	1	0,0
Liguria	13	0,9	17	1,2	5	0,3	6	0,5	1	0,1	0	0,0
Lombardia	66	0,7	nd	nd	16	0,2	nd	nd	2	0,0	nd	nd
Marche	26	2,0	12	0,9	7	0,5	6	0,4	0	0,0	1	0,1
Molise	5	1,5	2	0,7	1	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0
Piemonte	59	1,4	42	1,0	11	0,3	6	0,1	2	0,0	0	0,0
Prov. aut. di Bolzano	11	2,4	8	1,8	4	0,9	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Prov. aut. di Trento	2	0,4	2	0,6	1	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Puglia	83	2,1	66	1,7	266	6,3	171	4,1	0	0,0	1	0,0
Toscana	41	1,2	45	1,3	4	0,1	6	0,2	3	0,1	3	0,1
Umbria	11	1,4	14	1,6	5	0,7	2	0,3	0	0,0	0	0,0
Valle d'Aosta	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Veneto	44	1,0	19	0,4	4	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0

Regioni	Leishmaniosi viscerale				Leptospirosi				Listeriosi			
	1999		2000		1999		2000		1999		2000	
	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso
Basilicata	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Campania	49	0,8	84	1,3	2	0,0	2	0,0	2	0,0	1	0,0
Emilia-Romagna	2	0,1	1	0,0	4	0,1	1	0,0	3	0,1	2	0,0
Friuli-Venezia Giulia	0	0,0	1	0,1	8	0,6	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Lazio	19	0,4	27	0,5	4	0,1	2	0,0	1	0,0	2	0,0
Liguria	6	0,4	6	0,4	1	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,0
Lombardia	2	0,0	nd	nd	22	0,2	nd	nd	15	0,2	nd	nd
Marche	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Molise	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Piemonte	1	0,0	5	0,1	12	0,2	8	0,2	5	0,1	6	0,1
Prov. aut. di Bolzano	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Prov. aut. di Trento	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Puglia	13	0,3	12	0,3	1	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
Toscana	2	0,1	5	0,1	4	0,1	3	0,1	2	0,0	2	0,0
Umbria	1	0,2	1	0,1	1	0,1	2	0,2	0	0,0	0	0,0
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Veneto	1	0,0	4	0,1	13	0,3	12	0,3	6	0,1	5	0,1

Tabella (segue)

Regioni	Rickettsiosi				Salmonellosi non tifoidea				Scarlattina			
	1999		2000		1999		2000		1999		2000	
	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso
Basilicata	2	0,3	0	0,0	95	15,4	107	17,3	23	3,5	35	5,3
Campania	103	1,9	56	1,0	665	10,1	663	9,9	109	1,4	201	2,6
Emilia-Romagna	10	0,2	19	0,4	2 294	69,2	2 525	77,3	1 664	57,8	4 625	160,5
Friuli-Venezia Giulia	0	0,0	0	0,0	337	32,8	200	19,4	822	94,7	776	89,4
Lazio	154	2,9	116	2,1	1 092	21,5	699	13,8	698	14,2	967	19,7
Liguria	8	0,4	14	0,7	407	30,6	339	25,6	945	82,9	810	71,9
Lombardia	5	0,1	nd	nd	2 184	26,8	nd	nd	4 503	57,7	nd	nd
Marche	9	0,6	2	0,1	809	61,5	486	37,4	512	41,9	431	35,3
Molise	5	1,5	3	1,0	128	39,1	116	35,2	26	8,2	40	12,4
Piemonte	11	0,2	9	0,2	919	24,6	864	23,3	1 050	31,3	1 134	33,7
Prov. aut. di Bolzano	0	0,0	0	0,0	390	82,4	411	86,0	781	151,2	426	82,2
Prov. aut. di Trento	0	0,0	0	0,0	149	32,1	319	69,6	453	98,4	689	149,2
Puglia	6	0,2	2	0,0	502	11,6	398	9,1	136	2,9	161	3,4
Toscana	7	0,2	8	0,2	1 232	41,7	840	28,2	866	32,5	1 039	39,0
Umbria	2	0,2	0	0,0	487	67,6	269	37,3	269	40,4	393	58,8
Valle d'Aosta	0	0,0	1	0,7	38	33,1	33	29,7	18	17,9	30	30,1
Veneto	11	0,2	6	0,1	1 303	31,2	1 271	30,3	2 817	71,4	2 230	56,5

Regioni	Sifilide				Tularemia			
	1999		2000		1999		2000	
	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso	Casi	Tasso
Basilicata	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Campania	11	0,2	5	0,1	0	0,0	0	0,0
Emilia-Romagna	56	1,4	125	3,1	0	0,0	1	0,0
Friuli-Venezia Giulia	11	0,9	7	0,6	0	0,0	0	0,0
Lazio	38	0,7	43	0,8	0	0,0	0	0,0
Liguria	6	0,4	2	0,1	0	0,0	0	0,0
Lombardia	63	0,7	nd	nd	13	0,2	nd	nd
Marche	10	0,7	8	0,5	0	0,0	0	0,0
Molise	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Piemonte	26	0,6	25	0,6	0	0,0	0	0,0
Prov. aut. di Bolzano	8	1,8	10	2,2	0	0,0	0	0,0
Prov. aut. di Trento	1	0,2	3	0,7	0	0,0	0	0,0
Puglia	10	0,2	12	0,3	0	0,0	0	0,0
Toscana	26	0,7	36	1,1	1	0,0	3	0,1
Umbria	2	0,3	5	0,6	0	0,0	0	0,0
Valle d'Aosta	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Veneto	33	0,7	31	0,7	1	0,0	0	0,0

nd: non disponibile

segnalare la riduzione di frequenza osservata in Molise rispetto al 1999. La distribuzione per età dei casi di brucellosi (1) suggerisce che la trasmissione di questa zoonosi avvenga principalmente per via alimentare e quindi rappresenti un indicatore non solo del livello di controllo in ambito veterinario, ma anche delle condizioni di rischio locale da alimenti. Quest'ultima indicazione è anche confermata dai tassi di incidenza particolarmente elevati nelle stesse regioni, di epatite A e di febbre tifoide, malattie trasmesse da alimenti.

EPATITE A E FEBBRE TIFOIDE

Queste due infezioni condividono la medesima modalità di trasmissione, anche se per l'epatite da HAV è possibile anche una trasmissione da persona a persona e la dose infettante è decisamente inferiore a quella della febbre tifoide. La frequenza maggiore di HAV nel 2000 è stata registrata in Emilia-Romagna, dato probabilmente attribuibile all'elevata sensibilità del sistema di notifica e anche a una quota di infezioni importate da altre regioni, seguita dalla Puglia (che

comunque registra una diminuzione rispetto all'anno precedente), dalla Campania e dalla Liguria (che invece è in aumento). I tassi più elevati di febbre tifoide sono stati registrati in Puglia, Campania, Basilicata e Lazio.

SCARLATTINA

Questa malattia presenta una notevole variabilità di frequenza tra le regioni, passando da un tasso minimo di 2,6 osservato in Campania a uno massimo di 160,5 in Emilia-Romagna. Dato che l'epidemiolo-

gia di questa malattia presenta alcuni aspetti controversi e potrebbero essere presenti problemi di diagnosi rispetto ad altre malattie esantematiche, tali ampie variazioni dovrebbero essere ulteriormente analizzate.

Per ulteriori approfondimenti su specifiche patologie e per una visione complessiva dei dati di notifica delle singole malattie infettive è possibile consultare il sito del SIMI, dove possono essere prelevati i precedenti numeri del SIMInews.

IL SITO SIMI: NUOVI AGGIORNAMENTI

Il sito SIMI è stato avviato per divulgare i dati di frequenza di alcune malattie infettive soggette, in Italia, a notifica obbligatoria, raccolte con un sistema sperimentale di informatizzazione delle segnalazioni dal livello territoriale (distretto sanitario o ASL) alla banca dati nazionale.

La standardizzazione dei metodi e l'allineamento della banca dati nazionale a quelle regionali è garantita dalle procedure di archiviazione dei dati e dai corsi di formazione effettuati in tutte le regioni partecipanti. Il SIMI permette la condivisione delle informazioni circa la frequenza di alcune patologie con un ritardo medio di pochi mesi.

Sul sito è possibile consultare la banca dati che contiene le notifiche individuali delle malattie di classe II relative agli ultimi anni.

Recentemente, le informazioni contenute nel sito SIMI sono aumentate, grazie a dati provenienti dalla banca dati del SIMI, da quella dell'ISTAT e del Ministero della Salute e da sistemi informativi *ad hoc*, quali le sorveglianze speciali.

La sezione "Malattie infettive", recentemente introdotta nel sito, fornisce, relativamente ad alcune patologie, i dati disponibili presso il Reparto Malattie Infettive dell'ISS. Per alcune patologie infettive è possibile consultare anche grafici e tabelle. I grafici rappresentano il numero dei casi di malattia registrati in Italia dal 1976 al 1998, le tabelle riportano il numero di casi di ogni malattia distinti per sesso nello stesso arco di tempo.

Nella stessa sezione un'area specifica è dedicata all'AIDS. Qui è possibile trovare tutti gli "Aggiornamenti dei casi di AIDS notificati in Italia" a partire dal 1995 fino a oggi, pubblicati, con cadenza semestrale, a cura del Centro Operativo AIDS dell'ISS.

Altra sezione, sempre recentemente introdotta nel sito SIMI, è quella dedicata alle "Vaccinazioni". Vengono riportate informazioni sul trend italiano di notifica di alcune malattie infettive prevenibili con vaccinazioni e sulla frequenza attesa di eventi avversi a vaccino.

Sempre sul sito sono riportati i risultati dell'indagine nazionale sulla copertura vaccinale infantile condotta dall'ISS nel 1998, denominata ICONA. Trovano, infine, spazio temi di attualità relativi, ad esempio, all'uso in età pediatrica di vaccini contenenti tiomersale.

Riferimenti bibliografici

1. Salmaso S, Bella A, D'Ancona F, et al. SIMInews n. 2. Not Ist Super Sanità 2000; 13(3): 1-12.

Sorveglianze nazionali

DIABETE: UN PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA

**Maria Fenicia Vescio¹,
Simona Giampaoli¹
e Diego Vanuzzo²**
a nome del Gruppo di ricerca
dell'Osservatorio Epidemiologico
Cardiovascolare

¹ Laboratorio di Epidemiologia
e Biostatistica, ISS

² Centro Malattie Cardiovascolari,
ASL Medio Friuli, Udine

Esistono due tipi di diabete: il tipo 1 si riscontra più frequentemente nei bambini e negli adolescenti, il tipo 2, che è più frequente dopo i 40 anni, costituisce il 90-95% di tutto il diabete. Le persone colpite da diabete hanno minore capacità di produrre o utilizzare insulina. L'insulina facilita l'ingresso del glucosio nelle cellule e la trasformazione degli alimenti in energia.

Gli screening per l'identificazione del diabete non diagnosticato sono stati favorevolmente supportati da diverse organizzazioni, incluso il WHO (1-3). È stato più volte suggerito di implementarne la ricerca nelle visite richieste per altri scopi. In una di queste occasioni, durante lo screening della popolazione arruolata nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (4), è stata offerta l'opportunità di valutare la glicemia a digiuno e di raccogliere qualche informazione sull'eventuale storia diabetica.

Scopo di questo contributo è quello di descrivere la prevalenza del diabete e l'intolleranza al glucosio in un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta.

La metodologia di arruolamento del campione è stata ampiamente descritta nel già citato lavoro (4) e in questa sede viene brevemente riportata solo la metodologia utilizzata per la raccolta delle informazioni sulla storia del diabete e la determinazione della glicemia.

Le informazioni sulla diagnosi di diabete, sulla terapia a base di insulina o antidiabetico orale al momento dell'esame e sulla dieta sono state raccolte attraverso un questionario somministrato al momento della visita da personale adeguatamente addestrato.

La glicemia è stata determinata con prelievo capillare, a digiuno da almeno 12 ore, su sangue intero con apparecchio Reflotron utilizzando le strisce Accutrend Glucose.

Sono stati considerati diabetici tutti i soggetti che presentavano glicemia uguale o superiore a 126 mg/dl oppure che erano al momento sotto trattamento antidiabetico (antidiabetici orali o insulina); sono stati considerati intolleranti al glucosio i soggetti che presentavano glicemia compresa fra 110 e 125 mg/dl. Su un campione di 8 030 soggetti, 4 032 uomini e 3 998 donne, di età compresa fra 35 e 74 anni, sono risultati diabetici il 9,2% degli uomini e il 6,6% delle donne; il 53% dei diabetici non era soggetto a trattamento specifico, mentre il 35% non sapeva di avere il diabete. L'8,2% degli uomini e il 4,2% delle donne risultavano intolleranti al glucosio. La Tabella, che riporta i

Tabella - Prevalenza (%) di intolleranza al glucosio e diabete per sesso e classi di età

Classi di età (anni)	Uomini		Donne	
	Intolleranza al glucosio	Diabete conclamato	Intolleranza al glucosio	Diabete conclamato
35-44	6%	3%	2%	2%
45-54	8%	6%	4%	4%
55-64	9%	11%	5%	8%
65-74	10%	16%	5%	12%

dati relativi alla prevalenza dell'intolleranza al glucosio e del diabete conclamato distribuiti per classi di età e sesso, mostra come il diabete aumenta con l'avanzare dell'età e la proporzione è maggiore negli uomini rispetto alle donne.

I dati rilevati costituiscono un'informazione importante per la salute pubblica, in quanto sono gli unici disponibili relativamente a un intervallo di tempo recente (dal 1998 al 2000) su un campione nazionale di popolazione rappresentativo. I precedenti studi epidemiologici condotti sul diabete, e ormai relativi a una decina di anni fa, sono limitati ad aree circoscritte come quelle di Cremona (5) e Napoli (6).

Non è possibile fare confronti con questi studi per valutare il trend temporale a causa delle differenti definizioni di diabete e di intolleranza al glucosio. In questo studio è stata seguita la definizione proposta dall'American Diabetes Society (1).

È noto che il diabete di tipo 2 è una malattia cronico-degenerativa legata al sovrappeso corporeo e all'inattività fisica, che provoca gravi complicazioni, tutte a elevato costo: cecità, insufficienza renale, amputazione degli arti, complicazioni della gravidanza, infezioni polmonari.

Pertanto, è indispensabile adottare le azioni rivolte all'identificazione, attraverso screening opportunistici, dei soggetti diabetici e di coloro che sono intolleranti al glucosio. È necessario, infine, rivolgere maggiore attenzione alla prevenzione primaria, attraverso la promozione dell'attività fisica e della scelta di un'alimentazione meno ricca e più sana.

Riferimenti bibliografici

1. American Diabetes Association. Diabetes Care 2000; 23:S20-3.
2. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20: 1183-97.
3. World Health Organization. Study Group on Prevention of Diabetes Mellitus. Prevention of Diabetes Mellitus. Tech Rep Ser 1994; 844.
4. Giampaoli S, Vanuzzo D, Gruppo di ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. G Ital Cardiol 1999; 29: 1463-71.
5. Gallus G, Garancini P. Epidemiol Prev 1991; 48-49: 55-8.
6. Vaccaro O, Imperatore G, Ferrara A, et al. Clinical Epidemiol 1992; 45: 835-9.

In breve

WWW.EPICENTRO.ISS.IT: I PRIMI CENTO GIORNI

Donato Greco

Laboratorio di Epidemiologia
e Biostatistica, ISS

Un'analisi dei primi dati di utenza del sito web Epicentro offre interessanti spunti di riflessione: in cento giorni (dal 10 ottobre 2001 al 20 gennaio 2002) abbiamo ricevuto 6 100 accessi con oltre 15 000 pagine consultate.

In questi primi cento giorni, l'andamento delle visite e delle pagine consultate è caratterizzato da un trend in crescita che non è diminuito neppure durante le festività natalizie.

Il numero di accessi singoli a Epicentro e il numero di pagine visitate hanno avuto un aumento superiore al 500%, passando dai 632 contatti nel mese di ottobre 2001 a

più di 4 000 accessi singoli e oltre 11 000 pagine consultate nel mese di gennaio 2002.

L'utenza è stata prevalentemente di tipo professionale: in questi primi 100 giorni, la maggior parte delle visite si è verificata durante le ore di lavoro: 42% tra le 8.00 e le 13.00, 39% tra le 13.00 e le 18.00, il resto durante le ore serali.

Il sito Epicentro, gestito dal Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (LEB) dell'Istituto Superiore di Sanità, mira a fornire un servizio a quanti operano nell'ambito della sanità pubblica del Paese, gestito e costruito da ricercatori epidemiologi *in house*. Per mantenere un contatto quanto più possibile stretto tra il sito e il Laboratorio, i ricercatori del LEB sono stati affiancati da personale in possesso di competenze specifiche in campo sia informatico che grafico.

Epicentro, inoltre, si avvale di una redazione giornalistica professionale che aggiorna settimanalmente il sito, sviluppando argomenti di attualità utili agli operatori di sanità pubblica. Epicentro è infatti stato progettato per essere un sito vivo e dinamico, che si sviluppa continuamente. Recentemente il sito è stato arricchito grazie all'inserimento di una rubrica bibliografica, della mappa dell'epidemiologia e della sanità pubblica in Italia.

Cento giorni sono insufficienti per una seria e attenta valutazione di impatto, tuttavia il trend in forte crescita dell'utenza offre stimoli opportuni per proseguire lungo questa strada. Siamo comunque consapevoli che ancora ci sia molto da fare e per questo motivo la redazione sarà grata a quanti vorranno dare suggerimenti e consigli all'indirizzo: epicentro@iss.it

**Donato Greco,
Nancy Binkin, Paolo D'Argenio,
Paola De Castro, Carla Faralli**

Comitato editoriale BEN

Full English version is available at:
www.ben.iss.it
e-Mail: ben@iss.it