

MALATTIE TRASMISSIBILI NELLA ASL 4

REPORT ANNI 2002 – 2003 - 2004

A cura di: -U.O. Igiene e Sanità Pubblica

*Nicla Gentileschi, Marco Mattorre, Laura Monselli, Pietro Freda, Vincenzo Patavino,
M.Laura Proietti*

-Servizio Igiene degli alimenti e della Nutrizione

Pietro Felici, Raffaella Pieramati, Luisa Pazzaglia

I dati di morbosità per le malattie infettive derivano dalla rilevazione sistematica dei dati, disciplinata dal DM 15.12.1990, che prevede l'invio della segnalazione da parte del medico curante alla ASL nel cui territorio è stata posta la diagnosi.

Tale obbligo viene spesso disatteso, cosicché i dati disponibili sono sempre considerati delle sottostime. Anche nella nostra ASL il fenomeno della sottotifica è presente, ciò non impedisce tuttavia, attraverso un'analisi critica dei dati delle segnalazioni, integrati dalle informazioni derivanti dalle inchieste epidemiologiche, di individuare le variazioni temporali più importanti nell'andamento delle malattie, di effettuare confronti con i dati regionali e nazionali e di osservare la distribuzione nelle età e nei sottogruppi a rischio.

Dal 1996 presso il Servizio di Igiene Pubblica è attivo un archivio informatizzato delle segnalazioni, nell'ambito del Progetto SIMI (Sistema Informatizzato delle Malattie Infettive), al quale aderiscono 17 regioni italiane, tra cui l'Umbria.

Il sistema di sorveglianza della HIV positività e dell'AIDS non prevede l'invio alla ASL delle segnalazioni, che sono raccolte ed elaborate nell'ambito di un sistema ad hoc.

Anche l'influenza, pur essendo ricompresa tra le malattie soggette a notifica obbligatoria, non è di fatto mai segnalata al Servizio di Igiene Pubblica, dal momento che per la diagnosi è richiesto l'isolamento virale e la malattia è dunque oggetto di un sistema di sorveglianza speciale.

Entrambe queste malattie non saranno pertanto trattate nel presente report.

Tabella 1 - Malattie infettive notificate nella ASL n.4 - Triennio 2002-04

Malattia	2002	2003	2004
Febbre Tifoide	-	1	1
Diarrea infettiva	-	-	4
Epatite A	11	36	3
Epatite B	3	8	1
Epatite nanb	-	1	1
Leptosirosi	-	-	1
Legionellosi	-	-	1
Leishmaniosi cutanea	-	2	-
Meningiti meningococciche	3	2	1
Meningiti virali	2	2	
Morbillo	11	3	2
Parotite epidemica	16	14	7
Pertosse	4	7	10
Rosolia	2	1	47
Salmonellosi	59	59	47
Scarlattina	29	73	110
Varicella	592	226	460
TBC	11	8	12
Sifilide	1	5	11
Scabbia	12	25	23
Malaria	2	1	2

Nella tabella 1 sono illustrati tutti i casi di malattie infettive notificati negli anni 2002, 2003, 2004 nella nostra ASL. In totale nel triennio, risultano registrati 1929 casi, con 5 decessi , 3 per epatite A e 2 per meningite batterica.

La gran parte delle malattie segnalate sono relative alla popolazione infantile : negli anni 2002 – 2004 la proporzione dei casi espressi dalla classe di età 0-14 sul totale è pari all'80%. Dei cinque casi ad esito infausto solo uno ha riguardato un bambino.

Le malattie "residue" nell'infanzia sono quelle non sottoposte a profilassi vaccinale: la varicella è la più frequente, seguita dalla scarlattina, per la quale ogni anno si registra un consistente numero di casi. Anche le salmonellosi minori, pur non essendo caratteristiche dell'infanzia, sono per la gran parte segnalate nei bambini: è probabile che tale fenomeno sia almeno in parte attribuibile alla maggiore frequenza, nell'età infantile, di quadri di maggiore gravità mentre una quota consistente di casi lievi non sono probabilmente notificati.

La tubercolosi è presente nel territorio, con un numero contenuto di casi, quasi esclusivamente adulti e per più della metà relativi a cittadini stranieri, provenienti da zone endemiche.

I cinque casi di malaria sono stati segnalati in soggetti che si erano recati in zone endemiche: 4 provenivano dal centro Africa e 1 dal sud est asiatico.

Due cittadini nigeriani (un adulto ed un bambino) si erano recati nel Paese d'origine; due medici avevano viaggiato per motivi di lavoro; l'ultimo caso era un turista di ritorno dall'Indonesia.

Nessuno dei casi aveva assunto la profilassi farmacologica indicata per la zona di destinazione. Anche l'unico caso di legionellosi era legato ad un viaggio (soggiorno in strutture ricettive in Italia).

I dati relativi alle malattie di interesse dermatologico indicano la necessità che questo settore sia più attentamente presidiato, con l'eventuale supporto specialistico a valle dell'inchiesta epidemiologica.

La sifilide, "assente" dal sistema informativo per anni (nessun caso tra il 1996 e il 2001) a partire dal 2002 si è nuovamente presentata mostrando un andamento in crescita.

La scabbia è pure presente con un consistente numero di casi, in parte raggruppati in focolai (sei nel 2003 e quattro nel 2004), ed in parte in forma sporadica (34 casi).

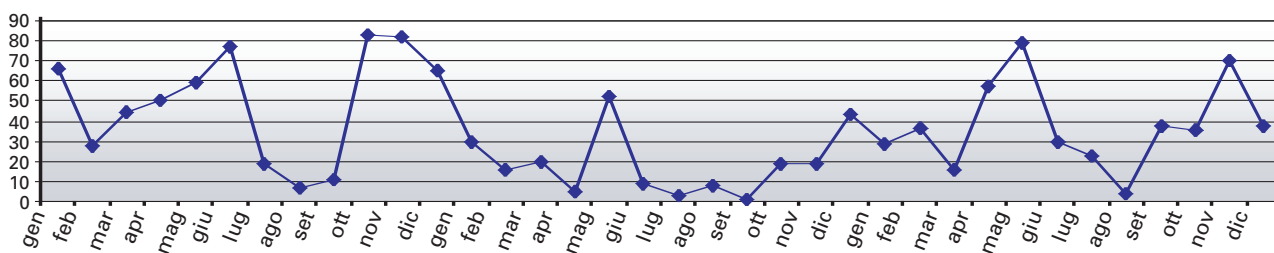
L'evento più rilevante dell'intero periodo è senz'altro l'epidemia di epatite A osservata tra la fine del 2002 ed i primi mesi del 2003, che ha fatto registrare numerosi casi gravi, con ricovero ospedaliero e tre decessi.

Di seguito saranno illustrati i dati di dettaglio relativi ad alcune patologie, ritenute di maggiore interesse in base alla consistenza numerica o alla gravità del quadro clinico o perché target delle vaccinazioni di massa.

VARICELLA

E' la malattia più frequente. Ogni anno si verificano epidemie che interessano tutto l'arco dell'anno, con picchi in primavera e in autunno e minimi nei mesi estivi.

Figura 1 - Casi di Varicella nel periodo Gennaio 2002 - Dicembre 2004
Andamento per mese



I casi notificati per l'87% sono relativi all'età pediatrica (0-14 anni); quasi la metà si verificano prima dei 6 anni. L'incidenza nella popolazione 0-14 anni è risultata pari al 21,0‰ nel 2002, al 7,4‰ nel 2003 e al 15,5‰ nel 2004. La varicella non è al momento oggetto di campagna vaccinale di massa e la malattia esprime il suo andamento naturale.

I casi registrati nel triennio nei soggetti adulti (maggiori di 14 anni) sono distribuiti piuttosto uniformemente in tutte le età e sono stati complessivamente 164, un numero non trascurabile se si considera la maggiore severità della malattia al di fuori delle fasce infantili.

MORBILLO

Nella nostra ASL come nell'intera Regione nel triennio 2002 - 2004 si sono registrati tassi di morbosità per morbillo molto modesti.

Tabella 2 - Andamento del Morbillo nella ASL n.4 e in Umbria nel triennio 2002 - 04

Anni	ASL n.4		Umbria *	
	n. casi	Tasso x 100.000	n.casi	Tasso x 100.000
2002	11	5,00	142	17,19
2003	3	1,35	15	1,82
2004	2	0,9	42	5,09

Il 2002 e, in minor misura il 2003, sono stati anni epidemici per il morbillo nel nostro Paese. La malattia ha colpito prevalentemente il Sud Italia, dove si sono registrati un alto numero di ricoveri, complicanze gravi quali la polmonite e l'encefalite postmorbillosa e anche dei decessi.

Nella nostra ASL sono stati registrati nello stesso periodo pochissimi casi sporadici, nessun cluster epidemico ed un solo ricovero. Pur con la cautela derivante dalla possibilità che alcuni casi non siano stati segnalati, si deve concludere che l'epidemia di morbillo non ha interessato il nostro territorio, grazie all'alta copertura vaccinale conseguita. Anche in confronto al dato regionale la ASL di Terni ha registrato una frequenza bassa.

PERTOSSE

I casi di pertosse segnalati nel triennio sono stati complessivamente 21, con un tasso di incidenza nella popolazione totale che è variato tra 1,8 e 4,5 /100000 (obiettivo OMS per l'anno 2000 <1/100000).

Tabella 3 - Casi di pertosse nella ASL n. 4 nel triennio 2002 – 04.

STATO VACCINALE	ETÀ		
	< 6 MESI	4 ANNI	9 - 13 ANNI
NON VACCINATO	6		6
1 DOSE	2		
3 DOSI		1	4
NON NOTO			2

I 12 casi nella fascia puberale erano raggruppati in due cluster, nel distretto 2 e nel Distretto 3 ed hanno interessato bambini non vaccinati o che non avevano ricevuto il richiamo previsto all'età di 5 - 6 anni (si ricorda che l'immunità da vaccino è stimata perdurare per circa 7 anni). Non sono stati notificati casi nell'adulto.

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI ED ALTRE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI

Tabella 4 – Episodi di tossinfezione alimentare nella ASL n. 4 . Triennio 2002-04

Periodo	Sede/Comunità	N. Esposti	N casi
Novembre 2002	Famiglia	20	2
Agosto 2003	Famiglia	15	9
Agosto 2003	Agriturismo	68	13
Aprile 2004	Ristorante	32	17
Agosto 2004	Famiglia	Non noto	4

Nel 2003 sono stati oggetto di indagini due episodi di tossinfezione, entrambi avvenuti in un pieno periodo estivo.

Nel primo caso relativo ad un pranzo familiare al quale avevano partecipato 15 persone è stato possibile immediatamente correlare l'evento al consumo del tiramisù, tutti i nove soggetti che lo avevano consumato si sono ammalati nessuno di quelli che non l'avevano consumato hanno presentato sintomi. Nel residuo del dolce è stata in effetti rilevata la presenza di salmonella di gruppo D, come nei pazienti sottoposti a coprocoltura, mentre la ricerca nelle materie prime reperite nella rete commerciale ha dato esito negativo.

Nel secondo episodio avvenuto a 15 giorni dal precedente si sono verificati 13 casi di sintomatologia gastrointestinale a rapida insorgenza tra i 68 partecipanti ad una cena nuziale. Sono stati campionati, a circa 20 ore dal consumo dei pasti numerosi residui del banchetto presenti nell'agriturismo ove la cena era stata consumata. Non è stata riscontrata la presenza di germi patogeni nei campioni e l'indagine epidemiologica effettuata non ha consentito di evidenziare nessun nesso di casualità statisticamente significativo per nessuno degli alimenti consumati, anche se gli elementi raccolti deponevano per la presenza di tossina stafilococcica in un alimento deperibile presente nell'antipasto e in particolare servito ad uno dei tavoli del banchetto.

Nell'episodio avvenuto nell'Aprile del 2004 sono state interessate 17 persone di alcuni gruppi familiari (totale 32 persone) che avevano consumato un pranzo pasquale presso un ristorante. Si è riscontrata una gastroenterite con periodo di incubazione mediano di 36 ore; il germe non è stato individuato nelle feci né è stato possibile campionare residui del pasto in quanto non più disponibili al momento della segnalazione. È stata effettuata un'accurata indagine epidemiologica con calcolo del rischio specifico e dei tassi d'attacco per ogni alimento che non ha consentito di giungere ad identificare il veicolo.

Gli altri 2 episodi di tossinfezione sono relativi a 2 e 4 casi di salmonellosi nei quali il veicolo sospettato è un tiramisù di produzione domestica realizzato con uova di allevamenti familiari.

Tabella 5 - Salmonellosi non tifoidee nella ASL e in Umbria per Fasce di età'. Triennio 2002-04

	0-14	15-24	25-64	>64	TOTALE	ASL TASSO x 100.000	UMBRIA TASSO x 100.000
2002	42	4	8	5	59	26.7	28.2
2003	46	1	10	2	59	26.4	26.9
2004	35	4	6	2	47	20.7	22.4

Dei 165 casi di salmonellosi non tifoidee segnalati nel triennio 91, pari al 55.2 %, risultano ricoverati. È probabile che la proporzione tra casi ricoverati e non sia un effetto della mancata notifica dei casi ad andamento lieve.

Per quanto riguarda le diarree infettive per il caso di infezione da *Cryptosporidium* è stata indagata la presenza nell'acqua di un pozzo e in vegetali coltivati in un orto familiare del *Clostridium perfringens* e relative spore utilizzate come indicatori di rischio di presenza di criptosporidi.

Le segnalazioni di casi di infezione da *Campylobacter* hanno portato alla decisione di inserire la ricerca del germe in causa in alcune matrici oggetto di campionamento nell'ambito del piano di controllo alimenti.

Nel periodo 2002-2004 su 566 campioni di alimenti per indagini microbiologiche, oltre al già citato tiramisù implicato nel caso di tossinfezione si è riscontrato in un solo caso la presenza di salmonella (*anatum*) in un prodotto alimentare crudo e destinato ad essere consumato previa cottura. Le altre non conformità sono relative a germi indicatori e non patogeni.

Nei campioni di acqua destinata al consumo umano non è mai stata riscontrata la presenza di salmonella; la ricerca del parametro è stata comunque inserita nel protocollo per i campioni di verifica concordato con il laboratorio ARPA in aggiunta a quelli previsti dall'allegato 1 parti A e C del Decreto Legislativo 31/2001.

Alla luce di quanto emerso appare particolarmente importante l'educazione all'uso di corrette procedure di manipolazione e conservazione degli alimenti in ambiente domestico.

TUBERCOLOSI

Nel triennio 2002 - 2004 nella ASL sono stati notificati complessivamente 31 casi di Tubercolosi, di cui 27 dell'apparato respiratorio. I casi bacilliferi ad elevata contagiosità (positività dell'esame microscopico diretto) erano 18.

Tabella 6 - Tubercolosi nella ASL n.4: distribuzione per classi di età e nazionalità.

		Triennio 2002-04					
		0-14	15-24	25-64	>64	TOTALE	ASL Tasso x 100.000
2002	Nazionalità Italiana	-		2	5	7	5.0
	Nazionalità Estera	1	1	2	-	4	
2003	Nazionalità Italiana	-	-	-	-		3.6
	Nazionalità Estera	1	3	3	1	8	
2004	Nazionalità Italiana		-	2	3	5	5.3
	Nazionalità Estera	-	1	4	2	7	

Le segnalazioni relative a cittadini di nazionalità estera sono state in tutto 19 (61% del totale) e con l'eccezione di una relativa ad un cittadino tedesco, riguardavano soggetti provenienti da zone endemiche.

I 2 casi pediatrici erano relativi a piccoli stranieri.

L'inchiesta e lo screening dei contatti sono attuati sistematicamente quando il caso indice è contagioso.

Tali provvedimenti sono pure adottati, anche in assenza di dimostrata contagiosità, se si sospetta una primoinfezione recente, per la ricerca della fonte del contagio.

L'iter successivo allo screening di primo livello è curato dal Servizio Pneumologico Territoriale che prende in carico i soggetti che necessitano di approfondimento diagnostico, di terapia o di chemiopprofilassi.

Tutte le prestazioni di diagnosi e cura per la TBC sono completamente gratuite anche per gli stranieri e non c'è obbligo di comunicazione alla autorità dell'eventuale condizione di clandestinità da parte della struttura sanitaria o del medico curante; tuttavia la possibilità che alcuni malati possano non accedere ai servizi sanitari non può essere esclusa.

EPATITE A

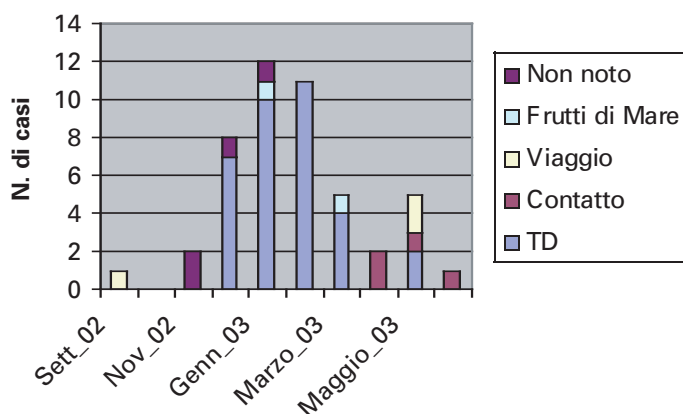
Il territorio della ASL 4 può essere considerato un'area a bassa endemia di Epatite A, con solo pochi casi sporadici notificati ogni anno ed assenza di epidemie dal 1980.

Nell'ultima parte del 2002 e nel primo semestre 2003 nell'area ternana è stata osservata una importante epidemia, con un totale di 47 casi tra i quali si sono verificati 3 decessi. La letalità registrata, pari al 6,4%, è stata dunque eccezionalmente alta, in confronto al valore dello 0.01% evidenziato in Italia nel periodo 1995-2000 dal sistema di sorveglianza nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (Rapporto ISTISAN 03/23).

E' stato osservato un unico caso pediatrico. I restanti 46 pazienti erano adulti, di età compresa tra 20 e 45 anni (mediana 34 anni). L'81% erano di sesso maschile. I ricoveri sono stati complessivamente 39, con un costo di ospedalizzazione stimabile intorno ai 1350000 Euro. Trentacinque dei 47 pazienti (74%) erano tossicodipendenti.

Figura 2

Distribuzione per epoca di esordio e fattori di rischio



I tossicodipendenti sono una sottopopolazione a rischio per l'acquisizione del virus HAV. La trasmissione può essere parenterale, per esposizione al sangue di un soggetto in fase viremica attraverso lo scambio di siringhe; più spesso la trasmissione si verifica per inoculazione percutanea, a seguito della contaminazione fecale degli strumenti usati per la somministrazione delle droghe (filtri, cucchiari, cotone, ecc.) oppure per contatto interpersonale di tipo sessuale o in condizioni di scarsa igiene. E' stato infine ipotizzato che il virus possa essere veicolato dalle stesse sostanze da abuso, contaminate nel luogo di produzione o nella fase del trasporto, ma tale modalità, indagata anche nella epidemia di Terni, non è mai stata dimostrata.

La registrazione di un consistente numero di casi adulti rimanda ad un pattern di circolazione virale proprio di zone a bassa endemia. Nelle zone dove la circolazione del virus dell'epatite A è elevata l'infezione viene contratta generalmente nei primi anni di vita, epoca nella quale si ha una modesta espressività clinica del virus (prevalenza di forme asintomatiche o paucisintomatiche). Nelle aree a bassa endemia invece la condizione di suscettibilità viene conservata oltre l'età infantile, ed il rapporto tra i casi di malattia e le infezioni è considerevolmente maggiore. Sono più spesso colpiti sottogruppi di popolazione a rischio (viaggiatori internazionali, omosessuali, tossicodipendenti) tra i quali possono essere presenti, come nel nostro caso, soggetti con patologie epatiche di base nei quali la superinfezione da HAV ha un'andamento particolarmente severo, fino all'exitus per epatite fulminante.

Una revisione dei risultati dei campioni esaminati presso l'Ospedale di Terni negli anni 1998 - 2002 ha mostrato che la sieroprevalenza di IGG anti HAV aumenta con l'età in maniera relativamente lenta e che nella fascia di età 41-45 anni è ancora al livello del 40% (dati non pubblicati). Per l'analisi ed il controllo dell'epidemia è stato all'epoca costituito un gruppo di lavoro cui hanno partecipato i servizi della ASL (SERT ed Igiene Pubblica), Medici del reparto di Malattie Infettive dell'Ospedale di Terni ed esperti dell'Istituto Superiore di Sanità (Reparto di Epidemiologia Clinica e Laboratorio di Virologia).

Il programma di controllo è stato rivolto ai contatti familiari e sessuali dei casi, con offerta attiva del vaccino anti HAV, sorveglianza sanitaria per i 50 giorni successivi all'esordio della malattia nel caso indice ed educazione sanitaria relativa alle precauzioni per la prevenzione della diffusione della malattia. Il locale SERT ha inoltre condotto, a partire dalla fine di gennaio, una massiccia campagna vaccinale rivolta a tutti i tossicodipendenti, indipendentemente dal rilievo anamnestico di un'esposizione certa. Si ritiene che tali misure di controllo abbiano consentito una rapida clearance dei suscettibili tra la popolazione esposta ed abbiano contribuito al contenimento dell'epidemia.

MENINGITI E SEPSI

Nel triennio sono state notificate 6 meningiti meningococciche . I casi pediatrici erano 2, uno dei quali in un bambino non residente. L'incidenza locale della malattia oscilla nei 3 anni di

osservazione intorno al valore di 1/100000 abitanti. Questo dato è sovrapponibile a quello complessivo umbro per il 2002 e il 2003. Nell'anno 2004 e nel primo semestre 2005 nella Regione si è osservato un incremento della frequenza dei casi che per il 2004 è risultata pari a 2.4/100000 nella popolazione generale.

Tabella 7 - Meningite meningococcica. Distribuzione dei casi per età in Umbria (totale regione) e nella ASL 4 – Anno 2004 e primo semestre 2005.

	Anno 2004		Anno 2005 (I semestre)	
	Totale Umbria	ASL4	Totale Umbria	ASL 4
<1	2	**	2	1
1 – 4	4	**	2	**
5 – 9	1	**	1	**
10 – 14	4	**		**
15 – 24	6	**	6	**
25 – 64	2	1	1	**
> 64	1	**		**
Totale	20	1	16	1

Come dimostra la Tabella 7 tale incremento era sostenuto da casi esterni al nostro territorio, dove, nel 2004 - 2005, si manteneva un tasso inferiore all'unità per 100000 .

I 5 casi di meningite pneumococcica registrati nel triennio, uno dei quali letale, hanno riguardato esclusivamente l'età adulta (range 31 - 67 anni). Nello stesso periodo sono state inoltre segnalate 2 sepsi da streptococco di gruppo B in 2 neonati; una di queste ha avuto esito infu-
sto. Quattro casi di meningite ad eziologia virale hanno riguardato bambini di età compresa tra 5 e 9 anni. Uno di questi era una complicanza della parotite, in un bambino vaccinato.

APPENDICE
TASSI DI COPERTURA PER LE VACCINAZIONI DELL'INFANZIA

ASL 4. Coperture vaccinali a 24 mesi di età. Anni di rilevazione 1999 – 2004.

TIPO DI VACCINO	Rilevazione al 31/12/1999	Rilevazione al 31/12/2000	Rilevazione al 31/12/2001	Rilevazione al 31/12/2002	Rilevazione al 31/12/2003	Rilevazione al 31/12/2004	COPERTURA RACCOMANDATA PIANO NAZIONALE MORBILLO
ANTIPOLIO	99%	98%	99%	99%	97.5%	97%	95%
PERTOSSE	98%	99%	99%	98%	97.48%	97%	95%
DIFTO TETANO	98.7%	99.7%	99.9%	98.8%	97.5%	97.3%	95%
EPATITE B	97%	99%	99%	98%	97.2%	97%	95%
MPR	84%	88%	88%	91%	94.1%	93%	95%
HIB	54%	78%	90%	95%	93.5%	97%	95%

Copertura a 24 mesi di età nella coorte di nascita 2002 .

Tassi nei Distretti sanitari e nella ASL. Rilevazione al 31/12/2004.

Vaccinazione	DISTRETTO N. 1	DISTRETTO N. 2	DISTRETTO N. 3	A.S.L. 4	COPERTURA RACCOMANDATA PIANO NAZIONALE MORBILLO
POLIO	98%	99.8 %	90%	97.3 %	95%
PERTOSSE	98%	99%	89.7 %	97%	95%
DT	98%	99.8 %	90%	97.3 %	95%
EPATITE B	98%	99.8 %	90%	97%	95%
MPR	95%	97%	84%	93.5 %	95%
HIB	97%	99.5 %	89%	96.5 %	95%