

Epidemiologia delle malattie infettive nella ASL Caserta1
Anno 2008
a cura di Domenico. Protano e Crescenzo Bove

INTRODUZIONE

Sorvegliare le malattie infettive è un obiettivo di salute che permette di evitare nuovi casi nella popolazione. Il sistema di sorveglianza permette: a) di rilevare nuovi casi; b) conoscere le fonti del contagio; c) conoscere le modalità di trasmissione; d) individuare la popolazione a maggior rischio; e) mettere in essere misure di prevenzione; f) destinare risorse specifiche in attività di prevenzione.

Il presente report rappresenta uno strumento che ha come obiettivo generale il miglioramento della sorveglianza e della prevenzione delle malattie infettive e degli eventi epidemici.

NORMATIVA/ FLUSSO INFORMATIVO

La lotta alle malattie infettive richiede necessariamente un sistema di sorveglianza adeguato, indispensabile per sorvegliarne l'andamento temporale e per monitorare l'efficacia e l'impatto dei programmi di controllo attivati.

La sorveglianza intesa come sistematica raccolta, elaborazione e analisi dei dati, si basa sulle notifiche dei casi che vanno ad alimentare il flusso informativo delle malattie infettive, disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute del 15/12/90.

Le notifiche costituiscono il presupposto per l'adozione delle misure di profilassi, a tutela sia dei singoli che della collettività, tanto che si giustifica – ancora oggi – il sussistere dell'obbligo per il medico, ex artt. 253 e 254 del testo unico delle leggi sanitarie (approvato con regio decreto del 27 luglio 1934, n. 1265), di “denunciare” all'Autorità sanitaria ogni caso di qualunque “malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione”. Purtroppo non tutti gli Operatori sanitari attribuiscono alla notifica la necessaria importanza, ritenendola alcuni un mero atto burocratico e non un indispensabile presupposto per il controllo delle malattie infettive. Come conseguenza non sempre tali malattie vengono notificate o lo sono con ritardo, vanificando da un lato ogni possibilità di intervenire con misure di controllo e dall'altro determinando una sottostima dell'incidenza.

Il D.M. del 15/12/90 oltre a richiamare l'obbligo della notifica, suddivide le malattie infettive in cinque classi sulla base della gravità, della frequenza, della possibilità di intervenire con azioni di profilassi e/o terapia e/o educazione sanitaria, nonché della loro importanza sul piano sanitario nazionale ed internazionale e ne fissa i tempi e le modalità di segnalazione.

Classe I: sono ricomprese le malattie per le quali si richiede segnalazione immediata, perché soggette al Regolamento Sanitario Internazionale o perché rivestono particolare interesse.

La segnalazione deve essere effettuata all'ASL per le vie brevi (fax, fonogramma, telefono, telegramma), entro 12 ore dalla diagnosi di un caso, anche solo sospetto.

Classe II: comprende le malattie ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo.

La segnalazione deve essere effettuata all'ASL entro 48 ore dalla diagnosi di un caso sospetto o accertato.

Classe III: comprende le malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni e con flussi informativi differenziati.

La segnalazione deve essere effettuata all'ASL entro 48 ore dal riconoscimento del caso anche solo sospetto.

Classe IV (Focolai epidemici): sono comprese in questa classe le malattie per le quali, alla segnalazione del singolo caso, segue la notifica solo quando si verificano in forma di focolai epidemici (due o più casi della stessa malattia).

La segnalazione del focolaio epidemico deve essere effettuata entro 24 ore, ad eccezione dei focolai di malattie di origine alimentare per le quali la segnalazione va effettuata entro 12 ore per le vie brevi.

Classe V: sono comprese in questa classe tutte le malattie infettive e diffuse non comprese nelle classi precedenti, le zoonosi previste dal Regolamento di Polizia Veterinaria, le parassitosi da protozoi ed elminti, la malattia di Lyme.

Sono comprese anche le morsicature di animali sospetti che, pur non rientrando nell'ambito della patologia infettiva, presentano comunque interesse statistico-epidemiologico.

Nell'attuale organizzazione delle aziende sanitarie, il medico che pone diagnosi di malattia infettiva o sospetta di esserlo, la segnala all'unità operativa di prevenzione collettiva (UOPC) competente per territorio che effettua l'indagine epidemiologica e immediatamente adotta le misure di profilassi. Tutte le notifiche vengono raccolte mensilmente dal Servizio Epidemiologia (S.E.) che, oltre a soddisfare il debito informativo con la Regione, periodicamente elabora ed analizza i dati per descriverne l'andamento e la distribuzione delle malattie infettive nella popolazione residente.

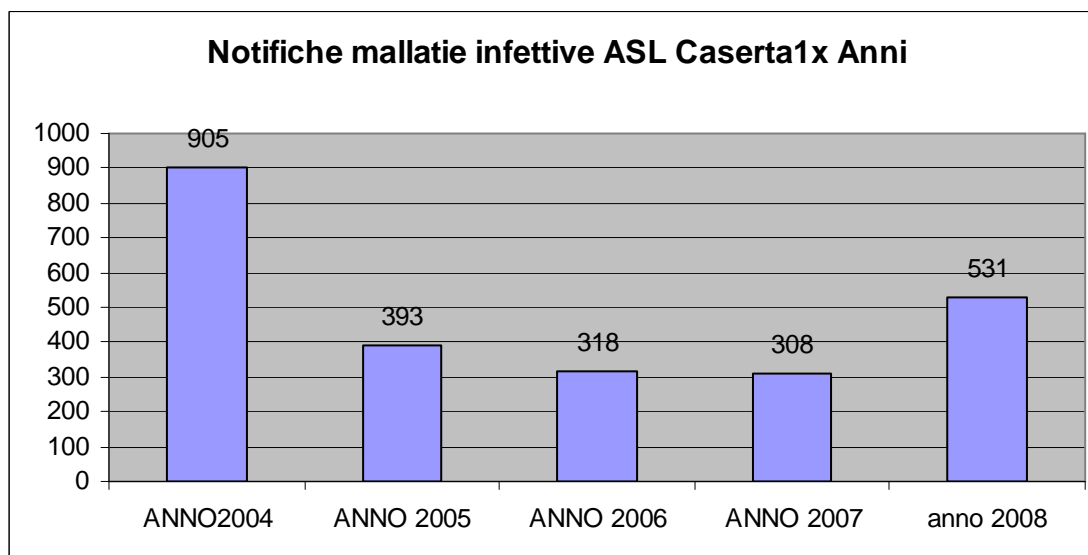
La tabella sottostante riporta i comuni compresi nei Distretti Sanitari dell'Azienda valida per l'anno 2008:

DISTRETTO SANITARIO 25	CASAGIOVE-CASERTA-CASTEL MORRONE-SAN NICOLA LA STRADA
DISTRETTO SANITARIO 26-27	ARIENZO -CERVINO- MADDALONI- SAN FELICE A CANCELLO SANTA MARIA A VICO-VALLE DI MADDALONI
DISTRETTO SANITARIO 28	CAIANELLO-FRANCOLISE-PIETRAVAIRANO-TEANO-VAIRANO PATENORA- PIETRAMELARA-RIARDO-ROCCAROMANA
DISTRETTO SANITARIO 29	CONCA DELLA CAMPANIA-GALLUCCIO-MARZANO APPIO-MIGNANO M.L PRESENZANO-ROCCA D'EVANDRO-ROCCAMONFINA-S.PIETRO INFINE TORA E PICCILLI
DISTRETTO SANITARIO 30-31	AILANO- ALIFE- BAIA E LATINA-CAPRIATI AL VOLTURNO CASTELLO DEL MATESE- CIORLANO- DRAGONI-FONTEGRECA -GALLO M- GIOIA SANNITICA-LETINO- PIEDIMONTE M- PRATA SANNITICA -PRATELLA-RAVISCANINA-SAN GREGORIO M- SAN POTITO SANNITICO- SANT'ANGELO D'ALIFE- VALLE AGRICOLA
DISTRETTO SANITARIO 32	CAIAZZO-CASTEL CAMPAGNANO-CASTEL DI SASSO-FORMICOLA-LIBERI- PIANA DI MONTE VERNA-PONTELATONE-RUVIANO-ALVIGNANO
DISTRETTO SANITARIO 33	CAPODRISE-MACERATA CAMPANIA-PORTICO DI CASERTA-RECALE- SAN MARCO EVANGELISTA

In questo report viene analizzato l'andamento epidemiologico delle malattie infettive notificate in classe II e III (D.M. 15.12. 1990) nella ASL Caserta I nell'anno 2008, inerenti i residenti della stessa ASL. E' importante, per ogni malattia, il confronto con gli anni precedenti in modo che, anche visivamente., è possibile verificare il trend e l'incidenza di ogni patologia infettiva

MALATTIA	DS25	DS26	DS27	DS28	DS29	DS30	DS31	DS32	DS33	ASL
Tubercolosi	4		3	1					4	12
Brucellosi	2			1					1	4
Salmonellosi	5		1	1		1	2	1	2	13
Diarrea infettiva	1			1		12	5			19
Scarlattina	2					1	1		3	7
Morbillo	1	1				1				3
Parotite	3	1		1				1	2	8
Rosolia	2	2	2	72		38	7	9	2	135
Varicella	56	20	52	21		38	5	66	36	294
Meningite batterica	5			1		1			1	9
Meningite virale	2					1				3
Epatite A	9	1							2	12
Epatite B	3			1					1	5
Legionellosi	3									3
Leishmaniosi viscerale	3									3
Rickettsiosi			1							1
Totale	102	25	60	100		93	20	77	54	531

Nell'anno 2008 sono stati notificati 531 casi, per lo più da struttura ospedaliera, e rappresentate per la maggior percentuale dalla varicella, che rappresenta oltre il 50% delle notifiche. Impegno dei Servizi Epidemiologia e Prevenzione dei Dipartimenti di Prevenzione è realizzare una ricognizione delle criticità al fine di adeguare qualitativamente e quantitativamente il flusso informativo, facilitando il percorso per l'incremento della notifica. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta rappresentano il cardine di questa rete informativa. Ad essi il compito di sorveglianza della patologia infettiva per un arricchimento delle informazioni necessarie per un'adeguata prevenzione ed una più congrua programmazione sanitaria



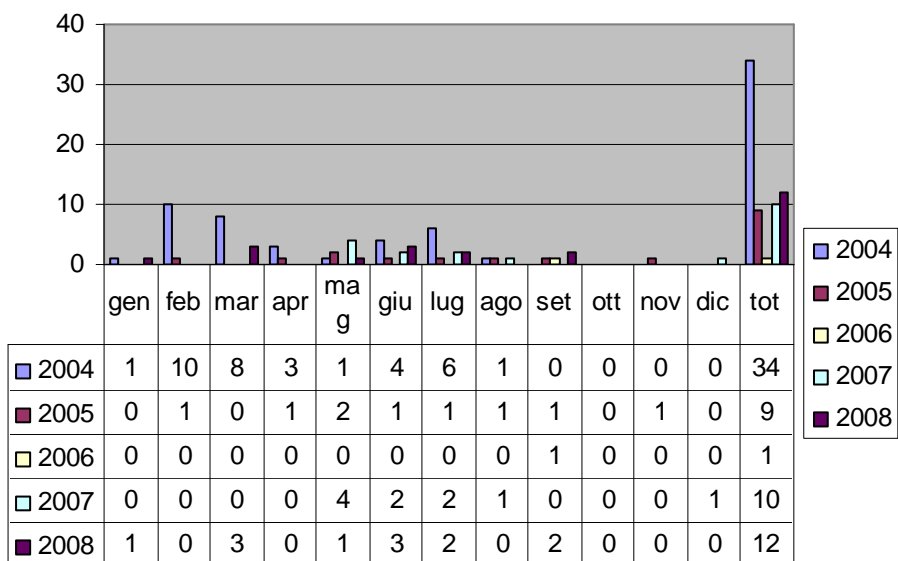
Distribuzione dei casi per fasce di età

Malattia	Classi di età					TOT
	< 1	0-14	15-24	25-64	> 64	
Brucellosi	0	0	0	2	2	4
Diarrea infettiva	0	18	0	0	1	19
Epatite Virale A	0	1	6	5	0	12
Epatite Virale B	0	0	1	4	0	5
Legionellosi	0	0	1	2	0	3
Leishmaniosi Viscerale	0	0	0	2	1	3
Meningite/Sepsi Mening.	0	5	0	1	1	7
Meningite-Encef. Virale	0	0	4	0	0	4
Morbillo	0	2	0	1	0	3
Parotite Epidemica	0	7	1	0	0	8
Pertosse	0	0	0	0	0	0
Rickettiosi	0	0	0	0	1	1
Rosolia	0	64	45	26	0	135
Salmonellosi non tif.	1	10	0	2	0	13
Scarlattina	0	6	0	1	0	7
Varicella	1	218	27	46	2	294
TBC polmonare	0	1	0	7	0	8
TBC extrapolm.	0	2	0	1	0	3

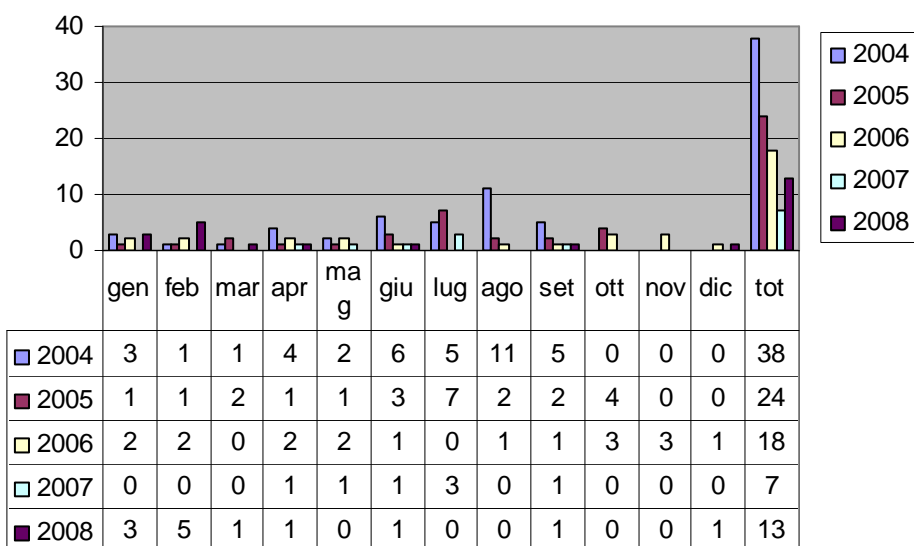
1. Malattie a trasmissione oro-fecale

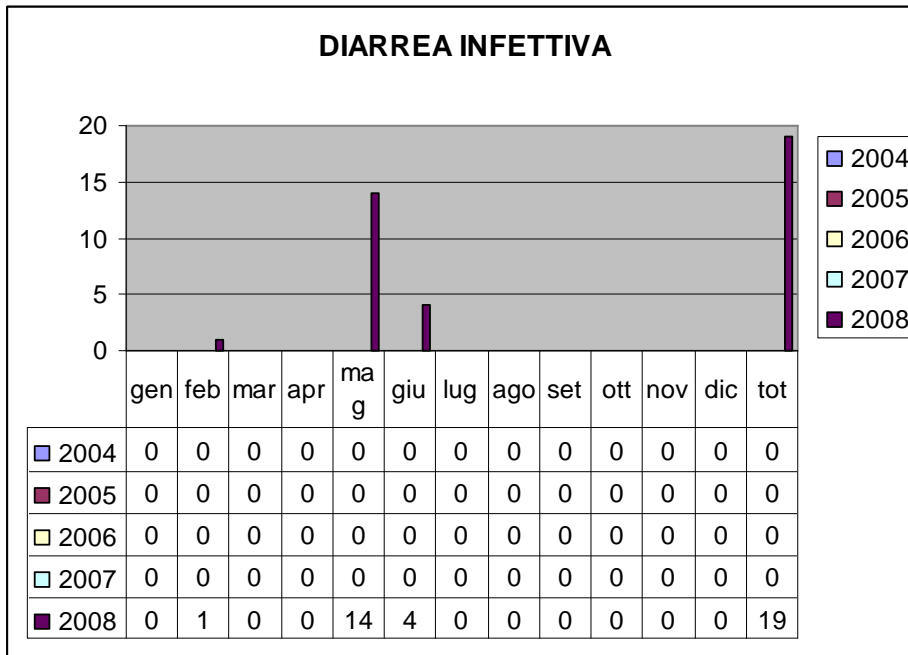
Si è evidenziato che, per le malattie a trasmissione oro-fecale (diarree infettive, epatite virale A e salmonellosi non tifoidee), i tassi di incidenza, anche se in lieve discesa, si mantengono ancora elevati, rispetto alle patologie a trasmissione aerea.

epatite virale A



salmonellosi



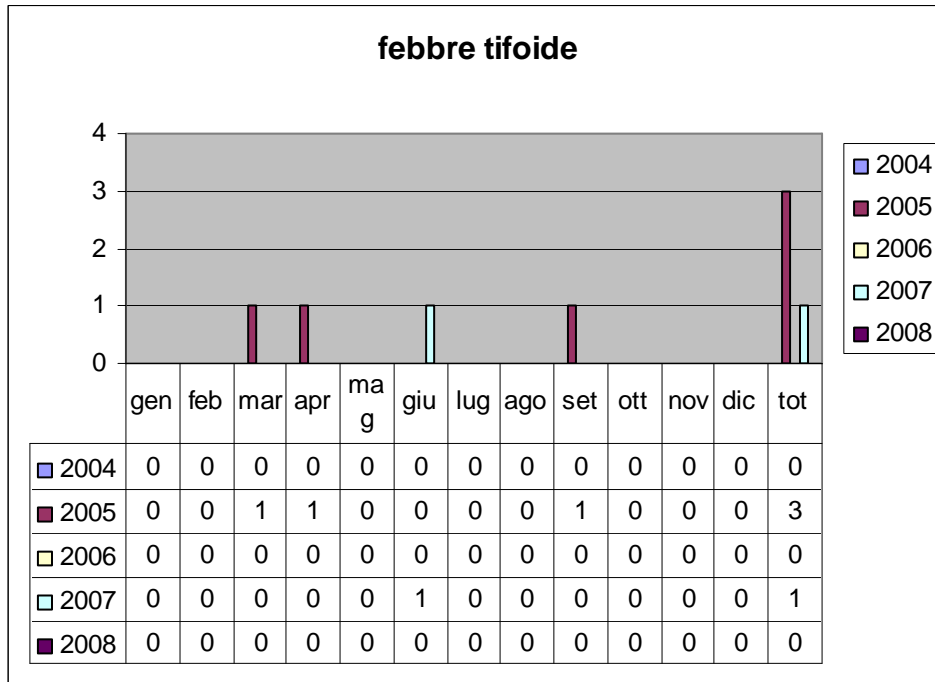


Nel corso dell'anno 2008 si osserva per l'epatite A, una modesta recrudescenza della patologia, confermando il carattere di endemicità della patologia in tutta la Campania, con caratteri più marcati per le AASSLL costiere..

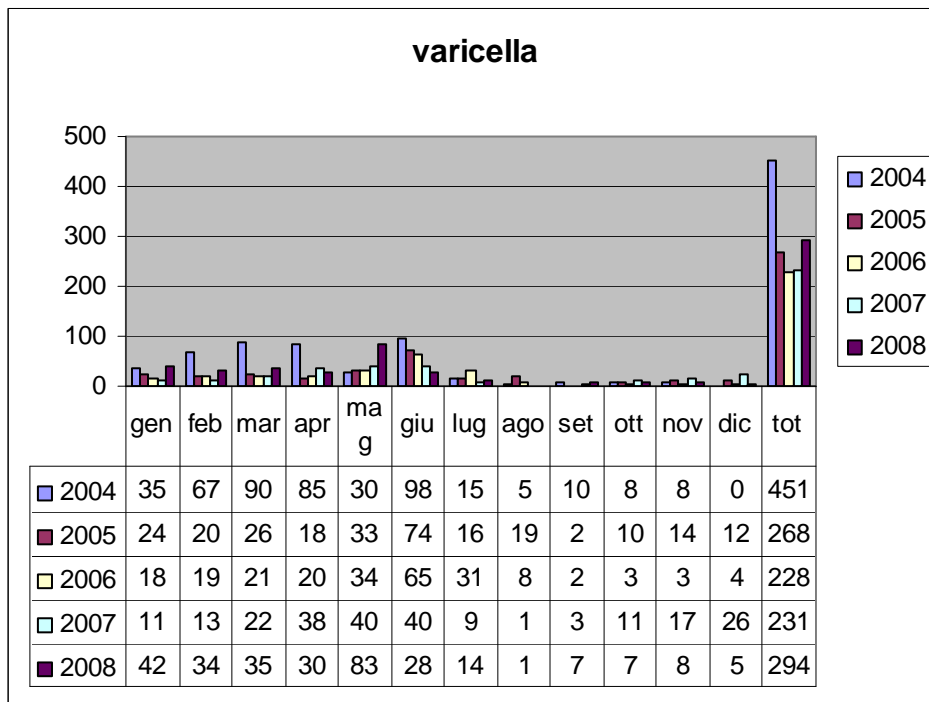
Stesso discorso vale per le Salmonellosi, mentre per la diarrea infettiva si è notato un piccolo epidemico nella tarda primavera soprattutto dei distretti di Piedimonte ed Alife tutti relativi a classe di età inferiori ai 14 anni . Solo un caso si è avuto in un soggetto anziano. Si tratta in questo caso di uno degli eventi a sorveglianza acuti soggetti a sorveglianza speciale per la possibile correlazione degli stessi con l'emergenza rifiuti .

Per limitare le patologie a trasmissione oro-fecale si rende necessario:

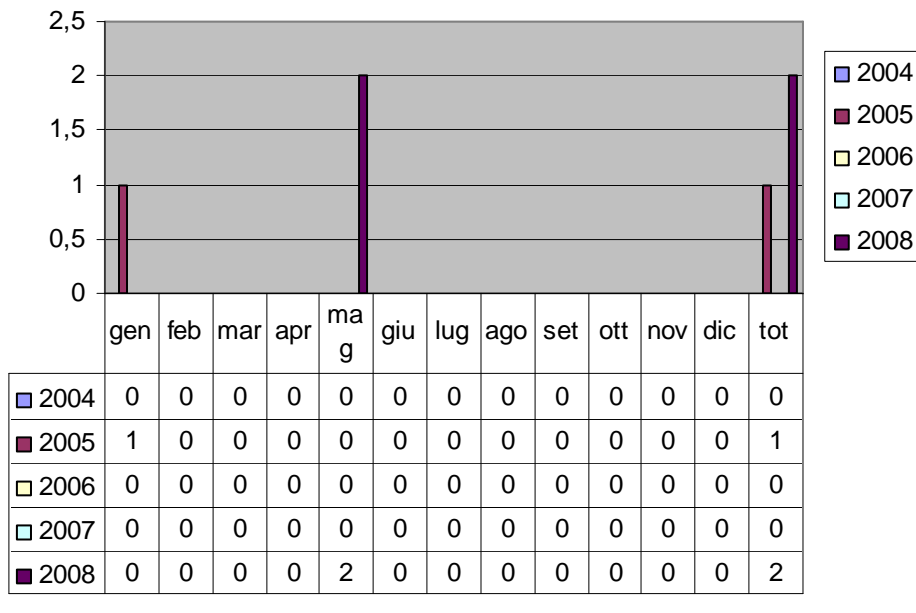
- Intensificare la repressione dei mitili non conforme alle norme di legge;
- Intensificare i controlli sui ristoranti, alimentari e pescherie per verificare se la vendita degli alimenti in genere è conforme alla normativa vigente,
- Informare la popolazione, attraverso i comuni strumenti di comunicazione ed educazione sanitaria sulle norme di profilassi da seguire per evitare il propagarsi delle malattie a trasmissione oro-fecale, con particolare attenzione al lavaggio delle mani
- Continuare a mantenere elevata l'attenzione sul corretto smaltimento dei rifiuti solidi urbani secondo le modalità e gli orari che i singoli Comuni hanno divulgato.



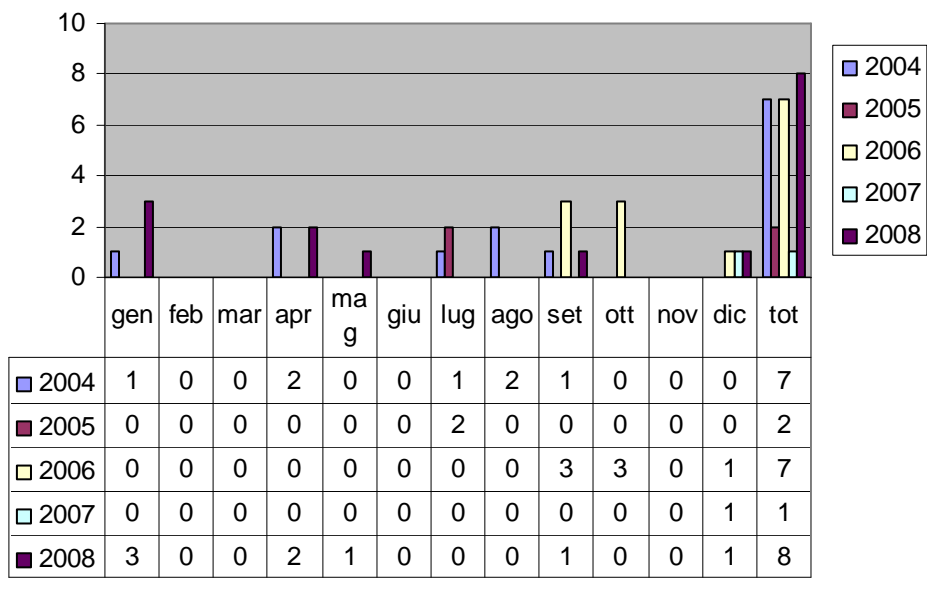
2 Malattie esantematiche



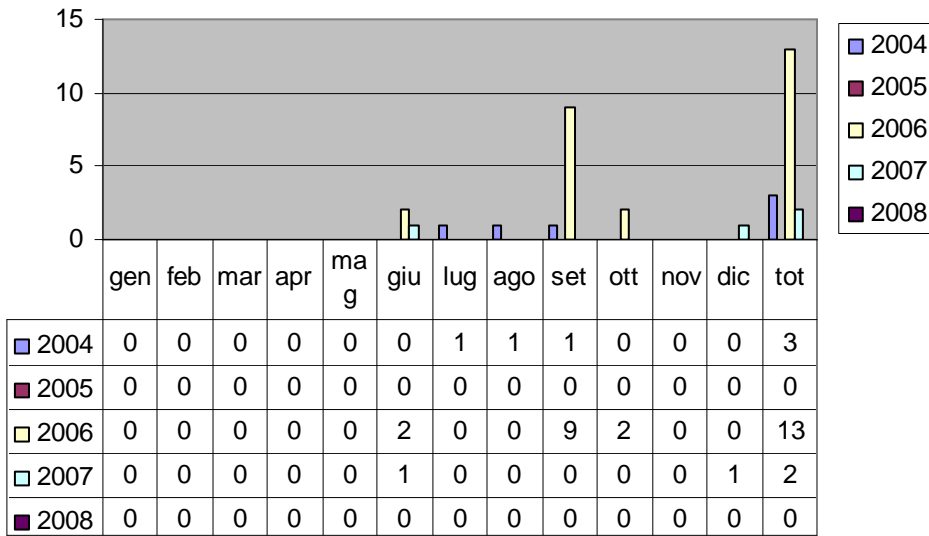
morbillo



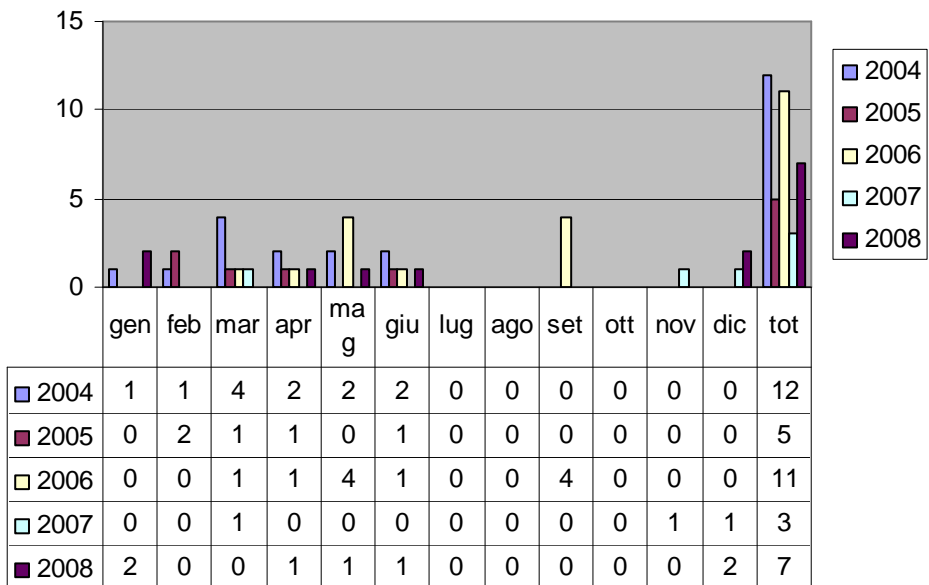
parotite epidemica

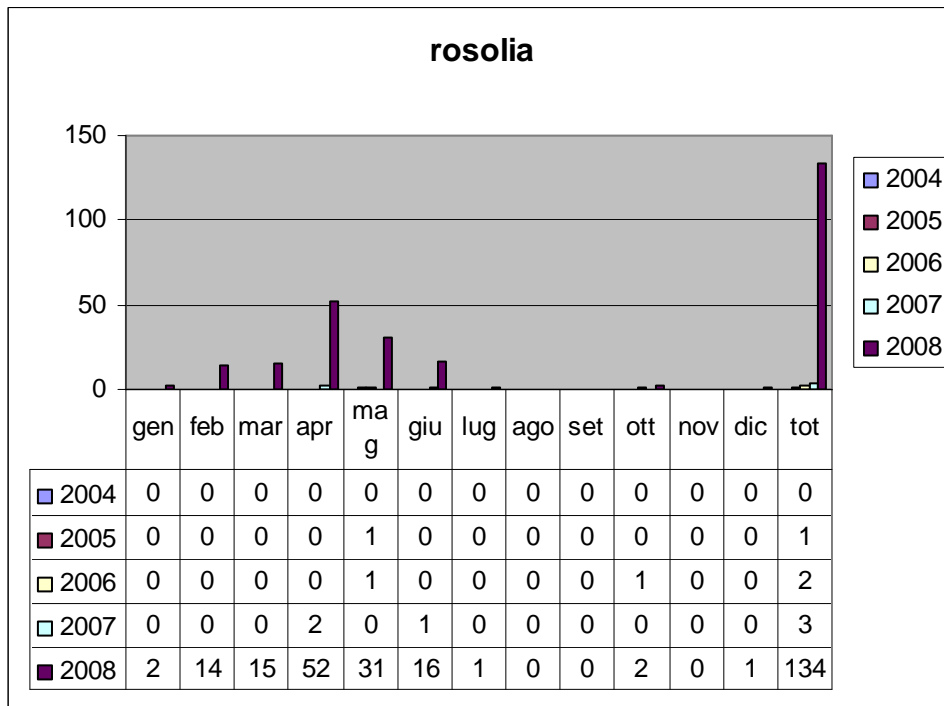


pertosse



scarlattina





Per le malattie infettive esantematiche come già detto l'andamento è condizionato dai picchi epidemici periodici.

Dopo l'epidemia di morbillo del 2002, c'è da evidenziare una ricomparsa della patologia con tre casi avutisi in tre distinti distretti in soggetti non vaccinati di cui 2 di età infantile ed uno in età adulta. Aumentano i casi di varicella, anche perché i pediatri, principalmente denunciano con maggiore attenzione tale patologia.

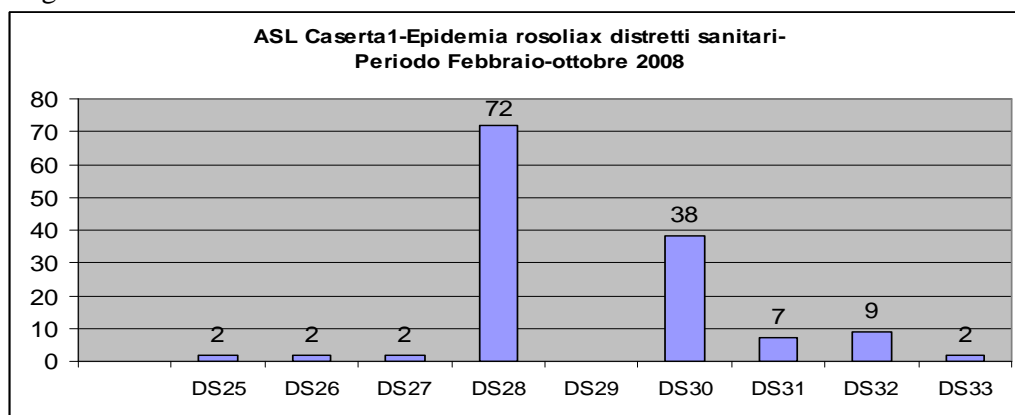
La varicella comunque rimane un problema di Sanità Pubblica, nei confronti della quale sono in corso da parte di questa ASL interventi di profilassi attiva della vaccinazione ai contatti dei casi ed alle categorie a rischio.

Per quanto riguarda la rosolia è necessario effettuare un'analisi specifica.

Epidemia Rosolia ASL Caserta1

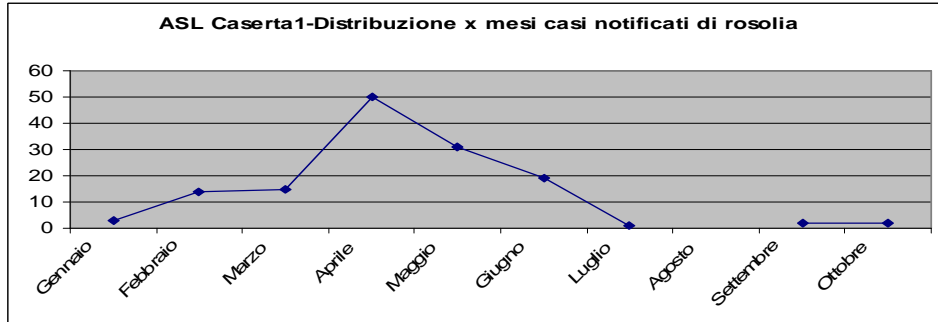
Nell'ASL Caserta1 nel corso del 2008 si è verificata un'epidemia di rosolia che ha visto la notifica di 135 casi. Di questi il 54% ha interessato il Distretto Sanitario 28 di Teano, il Distretto Sanitario 30 di Piedimonte Matese per il 28% ed in minor percentuale gli altri distretti sanitari.

Fig. 1



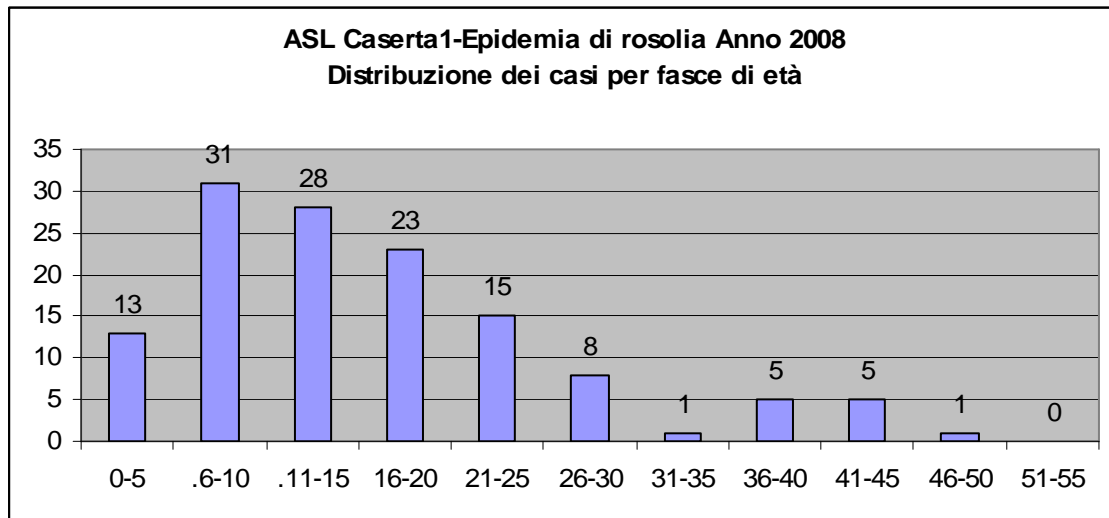
Il picco epidemico coincide con il mese di aprile. Sono stati osservati 5 ricoveri ospedalieri

Fig.2



L'epidemia per il 70% ha interessato il sesso femminile ed il 30% quello maschile, con un'età mediana a 13 anni e con un forte interessamento di spostamento di fasce di popolazione prevalentemente adolescenziali ed adulte.

Fig.3



Questo dato è preoccupante se si considerano le possibili conseguenze dell'infezione contratta durante la gravidanza. Il virus della rosolia è capace di superare la barriera placentare e provocare anomalie embrio-fetale; quindi se la rosolia viene contratta da una donna in corso di gravidanza si possono verificare aborto spontaneo, morte intra-uterina del feto, o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita) e ritardo della acquisizione delle tappe dello sviluppo.

Le più comuni e gravi malformazioni sono i difetti dell'udito su base neurosensoriale, i difetti oculari,(ad es glaucoma, cataratta, retinopatia pigmentosa) e cardiaci.

Nella nostra ASL nel corso dell'epidemia sono stati osservati 4 casi di rosolia congenita di cui tre nel distretto sanitario 28 ed uno nel distretto sanitario 31 per i quali , tuttora, sono in corso le indagini epidemiologiche.

Prevenzione della rosolia

Il principale obiettivo dei programmi vaccinali contro la rosolia è la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e , quindi, della rosolia congenita. In Italia il vaccino antirosolia è stato introdotto nel 1972 e inizialmente la vaccinazione è stata raccomandata solo per le ragazze in età pre-pubere. Dagli anni '90, con l'introduzione dei vaccini combinata contro morbillo-parotite-rosolia (MPR), la raccomandazione è stata estesa a tutti i bambini di entrambi i sessi al di sotto dei due anni di vita.

Attualmente il calendario vaccinale nazionale prevede la vaccinazione MPR per tutti i nuovi nati all'età di 12-15 mesi e nelle occasioni previste dal Piano di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Continua comunque ad essere valida la raccomandazione di vaccinare le adolescenti ancora suscettibili, ma non esistono dati nazionali di copertura riferiti a questa fascia di età.

Le coperture vaccinali raggiunte nei nuovi nati anno 2006(copertura aziendale del 87% con un range dal 66% al 98% tra i vari distretti) hanno solo ridotto la circolazione del virus della rosolia, ma non l'hanno interrotta, e le donne in gravidanza non sono tutte protette.

Fig.4

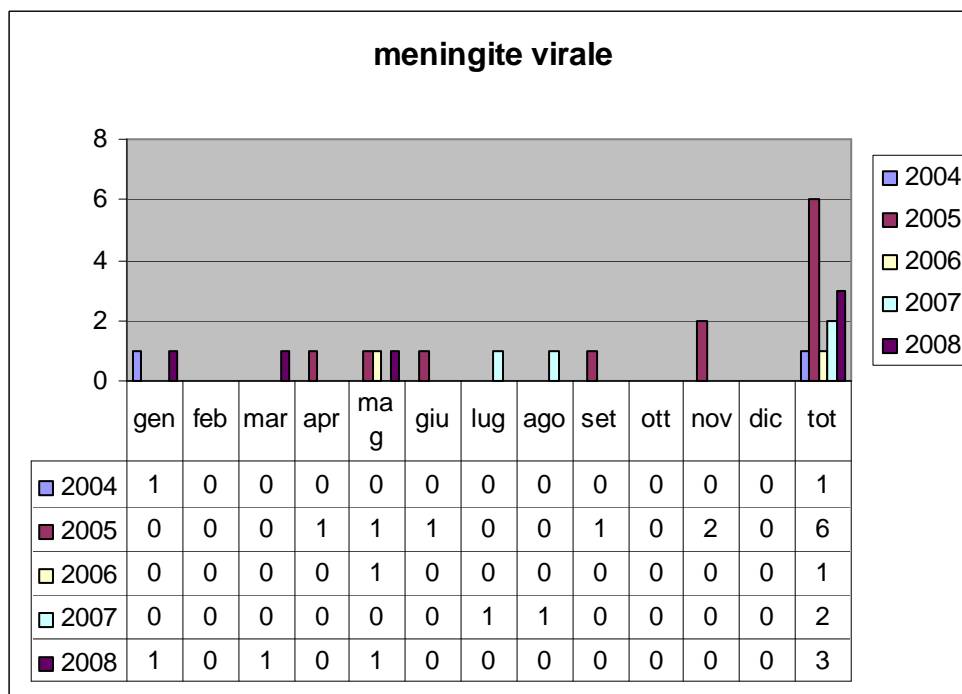
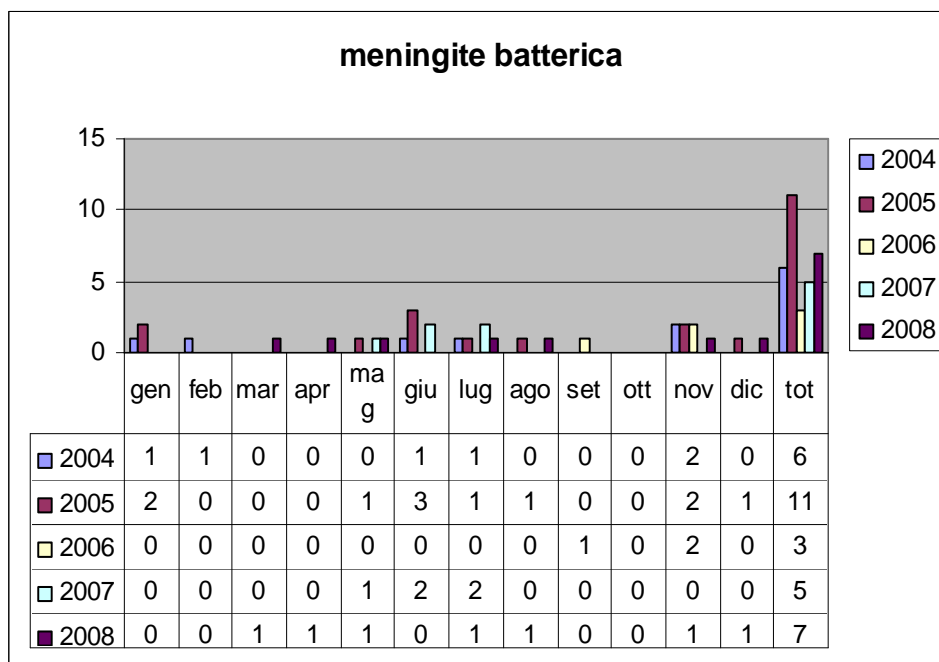
Nati	Copertura vaccinale per MPR al 31-12-2008 PRIME DOSI																		
	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988
DS 25	89%	100%	99%	100%	100%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	15%
DS 26-27	91%	96%	95%	99%	99%	99%	98%	99%	97%	96%	89%	84%	74%	73%	58%	51%	40%	33%	26%
DS 28	80%	80%	80%	75%	78%	71%	60%	61%	50%	51%	40%	44%	31%	26%	42%	28%	6%	5%	4%
DS 29	93%	95%	88%	89%	94%	88%	80%	80%	62%	34%	21%	27%	25%	20%	10%	3%	2%	0%	0%
DS 30-31	81%	88%	93%	92%	97%	91%	88%	91%	86%	69%	59%	56%	54%	46%	39%	30%	14%	0%	0%
DS32	95%	90%	89%	88%	90%	89%	85%	79%	73%	85%	82%	75%	45%	45%	40%	39%	21%	20%	16%
DS 33	98%	100%	95%	97%	99%	100%	96%	93%	80%	96%	85%	66%	57%	49%	56%	61%	69%	64%	0%
ASL CE1	93%	99%	97%	97%	99%	98%	87%	94%	90%	92%	86%	79%	70%	69%	64%	64%	59%	51%	8%

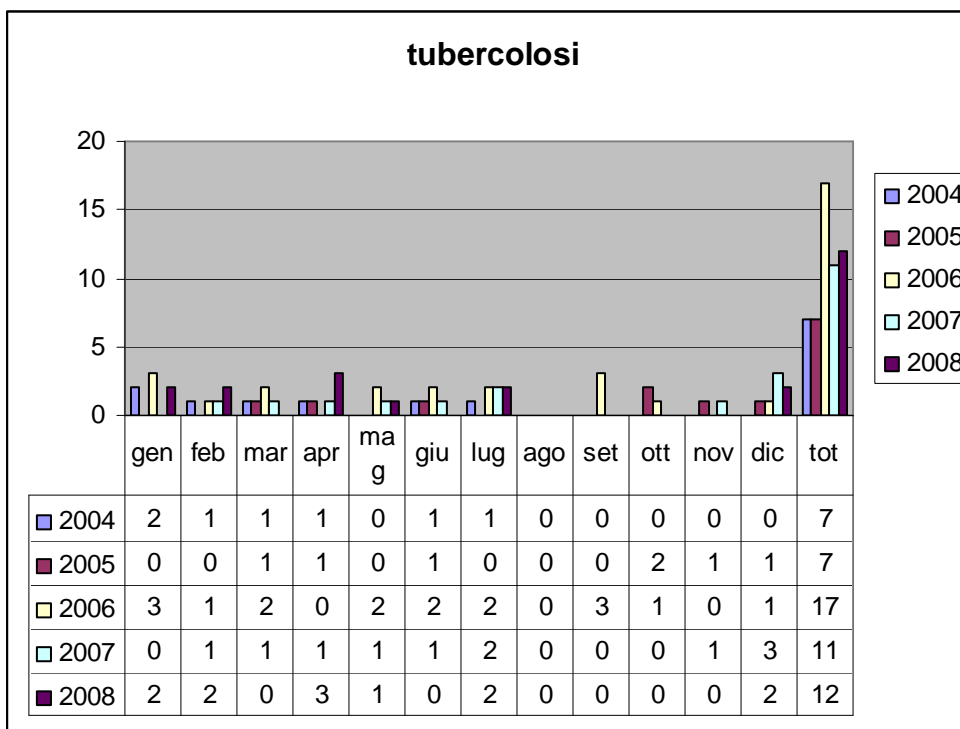
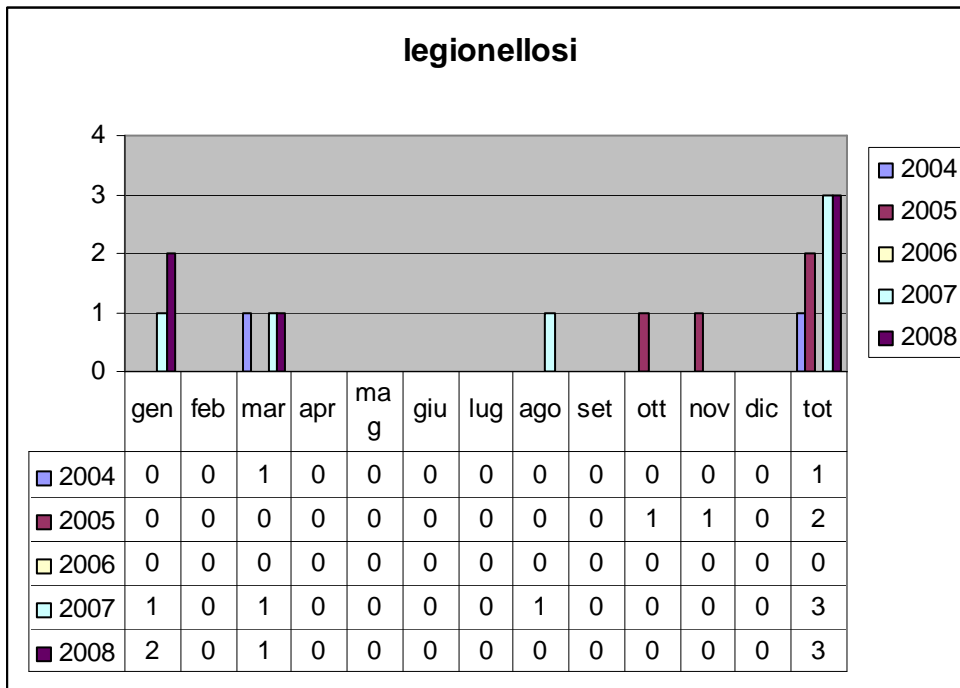
Lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) per la Vaccinazione antirosolia ha rilevato che il numero di donne suscettibili alla rosolia risulta essere decisamente superiore al 5% necessario per eliminare la rosolia congenita; infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 38%.

L'osservazione di 4 casi di rosolia congenita in epoca vaccinale impone l'adozione urgente di particolari misure di sanità pubblica con il coinvolgimento di più attori.

Riveste particolare importanza la valutazione di esecuzione della vaccinazione per la rosolia e per la varicella in adulti di sesso femminile che per lo svolgimento della loro professione (insegnanti, bidelli, operatrici sanitarie) sono esposte al rischio di contrarre tali patologie, che risultano severe se contratte in gravidanza. Si rimarca l'importanza degli interventi di prevenzione da mettere in essere per alcune patologie esantematiche quali morbillo e rosolia e varicella.

3. Malattie a trasmissione aerea

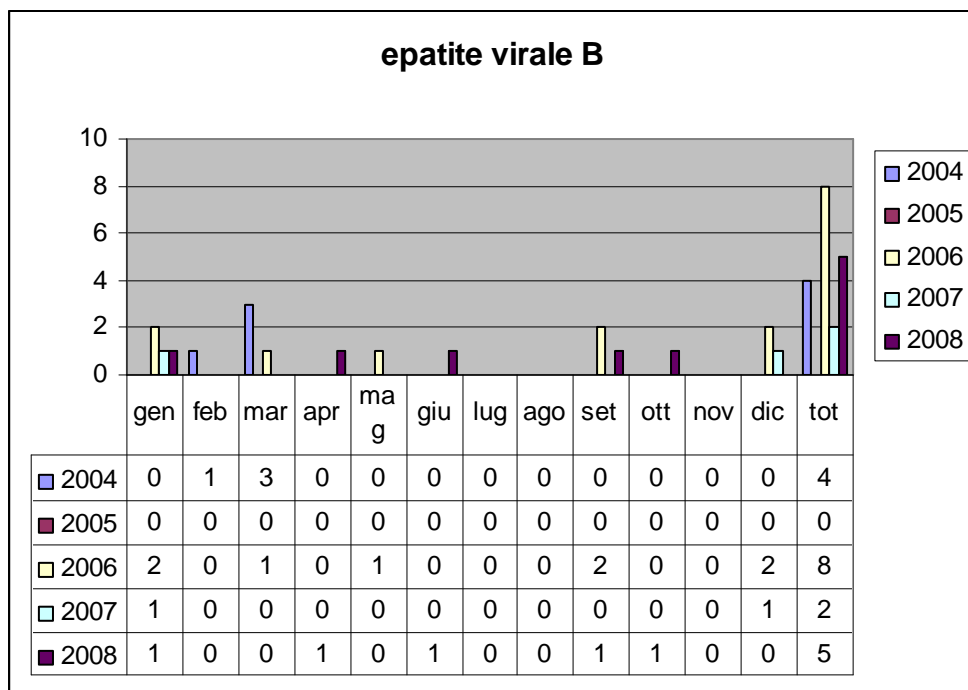




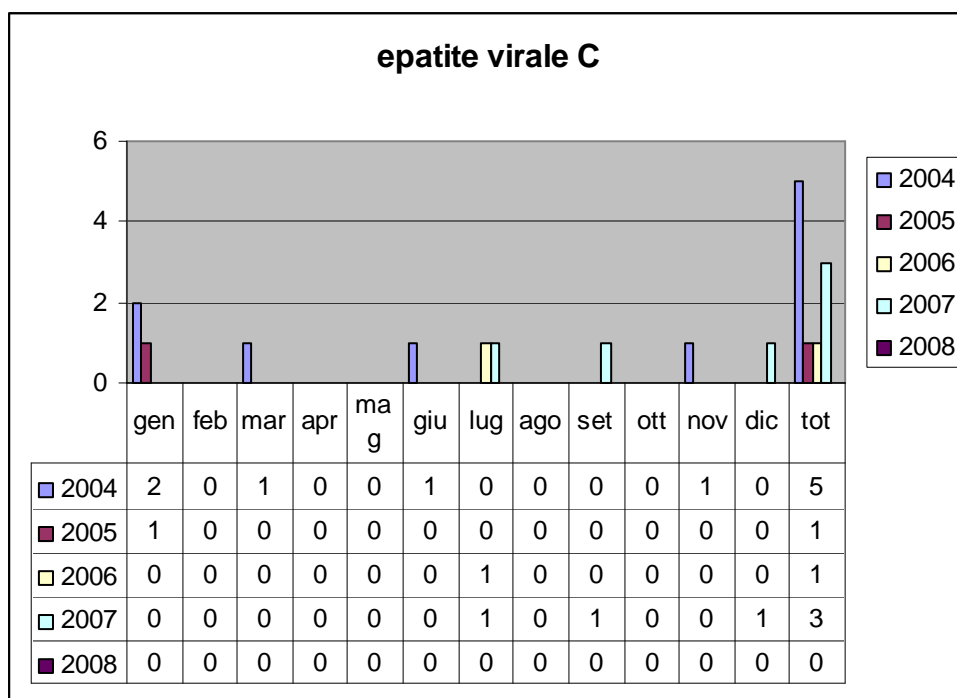
Per tutte le malattie a trasmissione aerea analizzate si registra un andamento stazionario delle meningiti sia batteriche che virali .

In particolare per la TBC si sono verificati 12 casi in residenti secondo la distribuzione distrettuale e temporale riportata nei grafici; trattasi di casi esclusivamente polmonari, tranne tre. La patologia interessa quasi in modo esclusivo la popolazione immigrata, proveniente da Paesi africani (Senegal) e dei paesi dell'est (Ucraina, Romania).

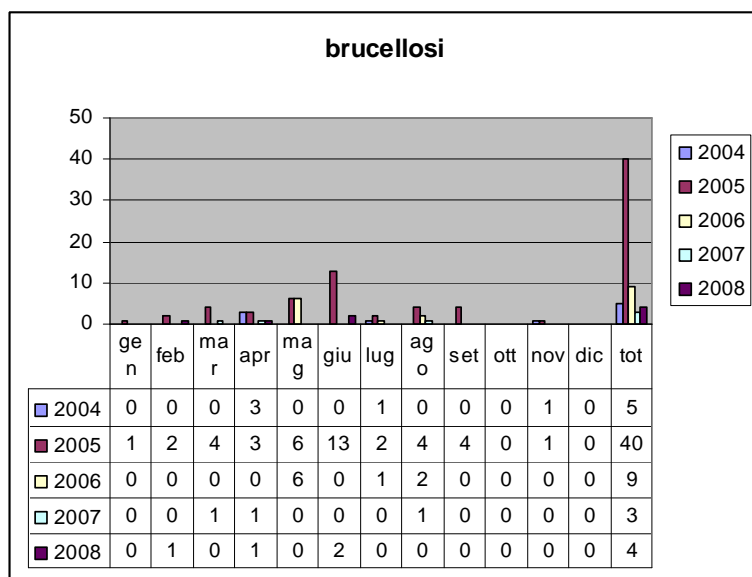
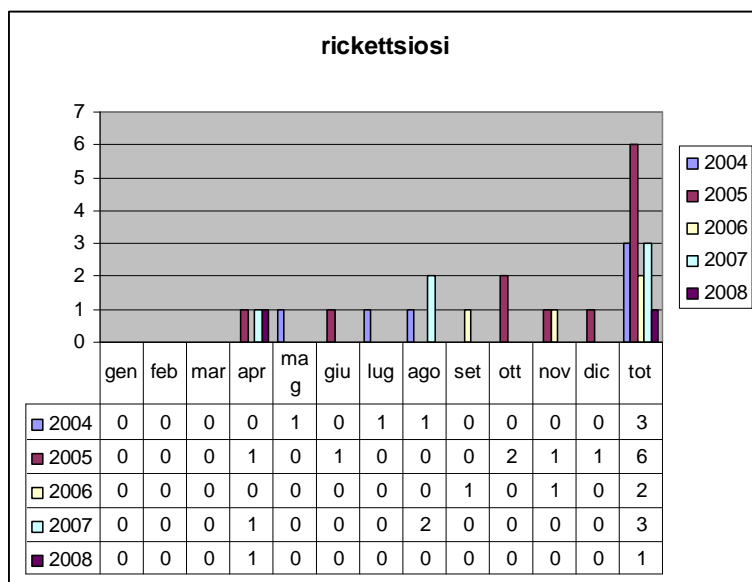
4. Malattie a trasmissione ematica

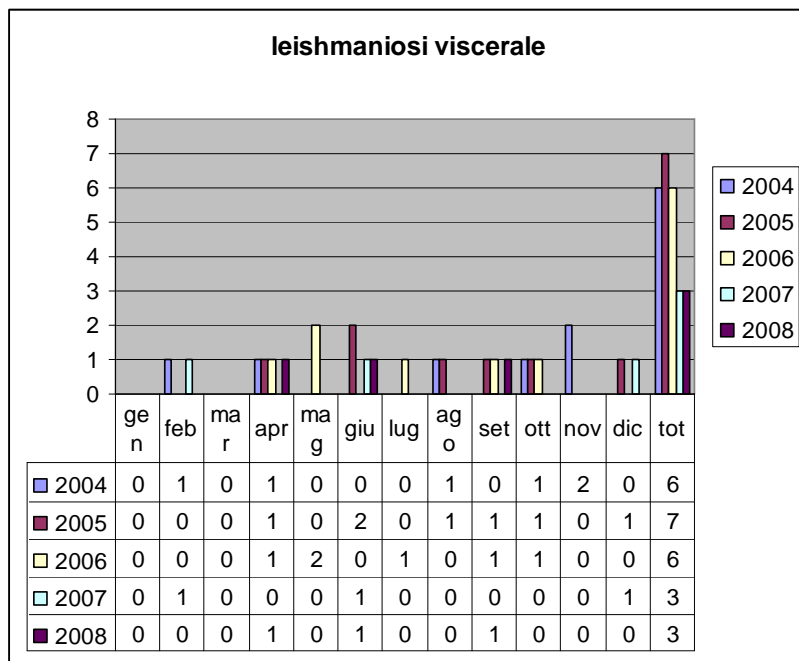


Sono evidenti i benefici della vaccinazione antiepatite B di massa; nessun caso per le epatiti C.



5. Zoonosi





Tra le zoonosi si registrano una riduzione dell'incidenza dei casi rispetto agli anni precedenti, principalmente per la brucellosi. Le indagini relative agli sporadici casi fanno sospettare tale patologie in soggetti che consumano formaggi freschi pecorini prodotti a livello domestico o provenienti da vendita non controllata; si registra 1 caso di rickettsiosi.

Rimane costante l'andamento della Leishmaniosi Viscerale. Tale patologia rimane ancora un problema di Sanità Pubblica, che richiede interventi congiunti medici e veterinari.

Permane ancora alto il fenomeno del randagismo con i numerosissimi casi di ferite all'uomo con richiesta di profilassi antirabbica ed antitetanica. tuttavia non sono stati registrati nell'anno preso in considerazione casi di tetano.

Conclusioni

La conoscenza della distribuzione della patologia infettiva ha un senso solo se è propedeutica ad interventi attivi per il contenimento dei casi. A tal proposito è necessario:

- 1) Favorire l'offerta attiva vaccinale per tutte le patologie per le quali è disponibile un vaccino efficace
- 2) Monitorare l'andamento epidemico delle patologie in un lavoro sistematico che veda coinvolti Medici di famiglia, Unità Operative di Prevenzione Collettiva, Materno infantile-Centri Vaccinali e popolazione generale, attraverso la predisposizione di una lista dei contatti da poter in tempi brevi vaccinare (varicella, morbillo, meningiti etc)
- 3) Predisporre norme comportamentali da parte del Dipartimento di Prevenzione per tutti i casi in cui la modalità trasmissiva è impedita da corrette norme igienico sanitarie
- 4) Sorvegliare attivamente le patologie a trasmissione aerea per la corretta gestione dei casi, dei loro contatti e per la supervisione dei trattamenti terapeutici
- 5) Collaborare fortemente con i Servizi Veterinari al fine di riorganizzare gli interventi per un migliore contenimento delle antropozoonosi e del randagismo.
- 6) Contrastare la sottotifica con interventi finalizzati a favorire la denuncia da parte di tutti i medici.

