

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 12 - BIELLA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Via Don Sturzo, n. 20 – 13900 Biella ☎ 015-3503655 - fax 015-8495222

e-mail : prevenzione@asl12.piemonte.it



SESTO BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO DELLE MALATTIE INFETTIVE ANNI 2001-2004

E RIEPILOGO DECENNIO 1995-2004

elaborazione dati e relazione

a cura di **Giovanni ARA**

archiviazione informatizzata dei dati a cura di:

Giovanni Ara, Adriano Paganin e Gina Roselli

INDICE

MALATTIE DI CLASSE I - Tetano.....	4
MALATTIE DI CLASSE II - TABELLA RIEPILOGATIVA.....	5
MALATTIE DI CLASSE V - TABELLA RIEPILOGATIVA.....	6
PROVENIENZA DELLE NOTIFICHE.....	7
ELENCO MEDICI NOTIFICATORI 2001-2004.....	8
CASI DOPPI/SOSPETTI.....	9
NOTIFICHE DEI PEDIATRI CONVENZIONATI.....	9
MALATTIE DI CLASSE II :	
VARICELLA.....	10
SCARLATTINA.....	11
PERTOSSE	12
MORBILLO.....	13
PAROTITE.....	14
SALMONELLOSI.....	15
COPERTURE VACCINALI.....	16
MENINGITI-MENINGOENCEFALITI.....	17
EPATITI:	
EPATITE A.....	20
EPATITE B.....	21
EPATITE C.....	23
MALATTIE DI CLASSE V	
SCABBIA.....	24
QUINTA MALATTIA.....	25
FOCOLAI EPIDEMICI.....	26
MALATTIE DI CLASSE III	
AIDS.....	27
MALARIA.....	29
TUBERCOLOSI.....	32
UN CASO PARTICOLARE DI TRASMISSIONE DEL MICOBATTERIO...34	

Nel corso del quadriennio 2001-2004 sono pervenute al Servizio Igiene e Sanità Pubblica 3.380 notifiche di malattie infettive, oltre a 868 segnalazioni di morsi di cani ed altri animali.

MALATTIE DI CLASSE I – QUADRIENNIO 2001 - 2004

TETANO

Tre i casi di tetano nel corso del quadriennio 2001-2004: 2 casi in residenti nella nostra ASL, più un caso in una residente in un'altra ASL ma ricoverata a Biella. Nessun paziente è deceduto.

Interessanti i 2 casi tra i nostri residenti.

Nel primo la paziente si era punta con una spina, un cui frammento era stato ritenuto in una mano, con successiva reazione infiammatoria locale.

Essendo comparso un edema, il giorno seguente si era rivolta alla guardia medica, che aveva prescritto antinfiammatori ed antibiotico. Recatasi dal curante, era poi stata sottoposta, dopo 3 giorni dalla puntura, a vaccinazione antitetanica.

Dopo 27 giorni dalla puntura con la spina, la paziente ha sviluppato un tetano conclamato, con ricovero in Rianimazione. La paziente non ricordava precedenti somministrazioni di vaccino. Sicuramente la dose somministrata dal curante ha contribuito a rendere meno grave il quadro clinico, ma non è stata sufficiente ad impedire l'insorgenza della malattia.

Il secondo caso ha riguardato un paziente di età inferiore a 50 anni, che ha sviluppato un tetano localizzato post chirurgico (l'intervento era stato eseguito fuori ASL). Il paziente era stato regolarmente sottoposto al ciclo vaccinale di base in età infantile, e ad almeno 2 richiami successivi. Era stato tuttavia sottoposto a chemioterapia antitumorale, che ha molto probabilmente ridotto la concentrazione di anticorpi antitossina a livelli tali da non impedire un tetano localizzato.

Dal 1988 a fine 2004 si sono verificati 9 casi di tetano in residenti nella nostra ASL (8 donne ed 1 uomo). L'età delle persone era rispettivamente di 36, 57, 62, 63, 69, 74, 77, 81 e 85 anni. Si sono verificati 3 decessi.

Questi dati concordano con quelli nazionali: la maggior parte dei casi di tetano in Italia (circa 80 - 120 all'anno) si verificano in donne ultrasessantenni che non si sono mai vaccinate o che da troppi anni non si rivaccinano.

Ricordo che il D.P.R. 7 novembre 2001, n. 464 ("Regolamento recante modalità di esecuzione delle rivaccinazioni antitetaniche, a norma dell'articolo 93, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388"), in Gazzetta Ufficiale n. 7 del 9 gennaio 2002, ha previsto, per le categorie di soggetti per le quali la rivaccinazione antitetanica è obbligatoria, la necessità di un richiamo ogni 10 anni (dopo il ciclo di base).

In caso di ferite (anche banali), qualora lo stato vaccinale del soggetto non sia noto e non sia possibile eseguire in tempi brevi un dosaggio degli anticorpi anti-tetano, è indicato eseguire non solo un richiamo dell'antitetanica, ma anche la somministrazione delle gammaglobuline anti-tetaniche.

La vaccinazione antitetanica va di norma somministrata in associazione all'antidifterica.

MALATTIE DI CLASSE II – QUADRIENNIO 2001 - 2004

Le notifiche di malattie in classe II sono quelle che devono essere trasmesse mensilmente alla Regione (e da questa al Ministero della Salute e all'ISTAT).

E' perciò importante che il loro invio al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, da parte dei medici che effettuano la diagnosi, sia tempestivo, anche al fine di consentire l'esecuzione delle indagini epidemiologiche.

MALATTIA	TOTALE 2001-2004	RESIDENTI NELLA ASL 12 BIELLA	RESIDENTI IN ALTRE ASL
VARICELLA	1709	1.703	6
SCARLATTINA	538	536	2
SALMONELLOSI NON TYPHI	96	92	4
DIARREA INFETTIVA	75	73	2
EPATITE A	45	39	6
PAROTITE	39	39	0
ROSOLIA	38	38	0
MORBILLO	23	22	1
PERTOSSE	22	22	0
EPATITE B	21	18	3
EPATITE C	12	10	2
LEGIONELLOSI	11	10	1
LISTERIOSI	3	3	0
EPATITE NON A NON B NON C	2	2	0
MENINGITE MENINGOCOCCICA	2	1	1
FEBBRE TIFOIDE	1	1	0
MENINGOENCEFALITE VIRALE	1	0	1
TOTALI	2.638	2.609	29

MALATTIE DI CLASSE V – QUADRIENNIO 2001 - 2004

MALATTIA	TOTALE 2001- 2004	RESIDENTI NELLA ASL 12 BIELLA	RESIDENTI IN ALTRE ASL
PEDICULOSI DEL CAPO	137	127	10
QUINTA MALATTIA	99	97	2
SCABBIA	78	73	5
MONONUCLEOSI	66	65	1
INFEZIONI DA STREPTOCOCCO	40	38	2
SESTA MALATTIA	32	32	0
MENINGITI- MENINGO/ENCEFALITI BATTERICHE	18	15	3
MALATTIA MANI PIEDI BOCCA	11	11	0
HERPES ZOSTER	10	10	0
TINEA	8	8	0
GIARDIASI	5	5	0
IMPETIGINE	5	5	0
MENINGITI- MENINGO/ENCEFALITI VIRALI	4	3	1
PEDICULOSI DEL PUBE	4	4	0
ASPERGILLOSI POLMONARE	2	1	1
CONGIUNTIVITE DA SERRATIA	2	2	0
INFEZIONI DA CITOMEGALOVIRUS	2	2	0
SHIGELLOSI	2	2	0
STOMATITE	2	2	0
TOXOPLASMOSI	2	2	0
AMEBIASI	1	1	0
CONGIUNTIVITE DA NEISSERIA MENINGITIDIS	1	1	0
MOLLUSCO CONTAGIOSO	1	1	0
OSSIURIASI	1	1	0
OTITE ESTERNA	1	1	0
PITIRIASI ROSEA	1	1	0
POLMONITE E CONGIUNTIVITE DA NEISSERIA MENINGITIDIS	1	1	0
SCHISTOSOMIASI	1	1	0
SEPSI DA STAFILOCOCCO	1	1	0
TOTALE	538	513	25

PROVENIENZA DELLE NOTIFICHE

La ripartizione delle notifiche per provenienza è stata la seguente:

PROVENIENZA DELLE NOTIFICHE 2001-04	N.
MEDICI CONVENZIONATI/ LIBERI PROFESSIONISTI	2.659
MALATTIE INFETTIVE OIB	257
PEDIATRIA OIB	168
DERMATOLOGIA OIB	79
PNEUMOLOGIA OIB	64
MEDICINA SCOLASTICA	34
CASA DI CURA "LA VIALARDA"	12
ANEST. RIANIMAZIONE OIB	9
MEDICINA OIB	9
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA	4
GUARDIA MEDICA BIELLA	3
NEFROLOGIA OIB	3
OSTETRICIA E GINECOLOGIA OIB	2
CHIRURGIA OIB	1
DEA OIB	1
LABORATORIO ANALISI OIB	1
NEUROLOGIA OIB	1
OSPEDALE DI TRIVERO	1
UROLOGIA OIB	1
MEDICI ALTRE ASL	71
TOTALE	3.380

Nel corso del quadriennio 2001-2004 sono inoltre pervenute anche 868 segnalazioni di morsi di cani e altri animali (sospetto caso di rabbia).

La provenienza di queste notifiche è stata la seguente:

PROVENIENZA DELLE NOTIFICHE DI MORSI DI CANE E ALTRI ANIMALI 2001-04	N.
DEA OIB	759
OSPEDALE DI TRIVERO	46
MEDICI FUORI ASL	42
MEDICI CONVENZIONATI/LIBERI PROFESS.	21
TOTALE	868

Le segnalazioni, quando l'animale morsicatore era reperibile, sono state trasmesse al Servizio Veterinario e al Sindaco del comune di residenza del proprietario dell'animale, per l'attivazione delle procedure di legge relative all'osservazione dell'animale.

ELENCO MEDICI NOTIFICATORI QUADRIENNIO 2001-2004

ACQUADRO CRISTINA 1, ACQUADRO PATRIZIO 12, AIMONE NICOLA MAURIZIO 12, AMOSSO ETTORE 148, ANDREONI MASSIMO 29, ANTONINI MORENO 5, ARA GIOVANNI 4, BACCALARO ANNA MARIA 2, BAIETTO GISELLA 3, BAJARDI PIETRO 1, BARBERA CESARE 7, BARBERIS RONDONE PAOLO 22, BARIOGLIO ANTONIO 1, BENFANTE ANNA 39, BERTOLA ANTONELLA 13, BERTOLETTI MASSIMO 31, BERTONE CATHERINE 7, BEUERMANN ANKE 212, BIANCHINI FRANCO 3, BIOLCATI ANDREA 1, BISOFFI ZENO 1, BODO ENRICO 12, BOLLANI ELISABETTA 1, BONZANO LUIGI 2, BORRI BRUNETTO DOMENICO 23, BOSIO UMBERTO 15, BOTTINO CLAUDIO 5, BRASCHI STEFANO LORENZO 1, BROVARONE FRANCO 5, BUFFA IOSEPH 208, BULLIO DOMENICO 55, BUZZO PIER FLAVIO 30, CALABRESE VINCENZO 5, CARPANO MAGLIOLI PAOLO 1, CHIEPPA FRANCO 2, CHIORBOLI ELENA 41, CICORIA GREGORIA 1, CIMMINELLI LINA 3, CODA ROBERTO 2, COLAGEO UMBERTO 5, COLOMBINO GUIDO 1, CORDARA AURELIO 1, CORTESE CLAUDIO 7, CORTESE PAOLA 6, CREMONA ROSANNA 10, CROSA FLAVIO 1, D'ALLIO GIORGIO 1, DE ALBERTI ENEA 2, DE BENEDICTIS CECILIA 9, DE GRANDE CARLO 1, DE MITRI LUIGI 2, DE SARACA MASSIMO 54, DEBERNARDI FRANCO 7, DELLAROLE CARLO 1, DELMASTRO PIERFELICE 1, DI PAOLI VALTER 12, DODARO LUCIO 17, ESHRAGHY MOHAMMAD REZA 12, FAGGIO ANNAMARIA 18, FALLONI MAURIZIO 4, FERRARA ALDO 1, FERRARO MONICA 15, FERRAROTTI GABRIELLA 8, FERRERO MONICA 1, FLECCHIA GIANPAOLO 2, FLECCHIA GIUSEPPE 3, FOGLIO STEFANO 11, FORMAGNANA PIER LUIGI 15, FRANCHINO EUSEBIO 1, FUMAGALLI GIANFRANCO 11, FURNO MARCHESE CARLA 2, GALLIGANI LEO 4, GAMBAROVA FRANCO 2, GARIZIO MASSIMO 6, GERACE ENRICA 43, GIOVAGNINI FRANCA 1, GIRELLI GIULIANA 9, GOZZELINO FELICE 4, GUARAGLIA LOREDANO 1, IPPOLITO PIETRO 2, LANZA GABRIELE 1, LAPORTA ROSANNA 10, LATTUADA MARINA 1, LIBURNO ROBERTO 2, LINGUA ANNA 42, LOPERFIDO BRUNA 10, MAFFEI GABRIELLA 10, MAGLIANO CATERINA 4, MALABAILA AURELIO 1, MALFITANA ANTONINO 10, MANZONI ROBERTO 14, MARCUZZI ROBERTO 10, MASI FABIO 19, MINARI REMO 13, MINERO GUIDO 2, MODINA ENRICO 20, MOLLICA MARIA CLELIA 13, MONACO ANTONINO 1, MONDIN GIORGIO 4, MONGILARDI GIANMARIO 2, MONICA FERRARO 1, MONTALDI MICHELA 2, MONTELEONE RENZO 7, MORANO FRANCO 9, MOSCA BOGLIETTI ROBERTO 3, MOSCA MARIA FRANCESCA 9, MOTTO PIER GIUSEPPE 1, NELVA ANNA 3, NICCOLO GIAN CARLO 13, ORTENSIO ANGELA 2, PALUMBO FRANCESCO 2, PANDULLO ELEONORA 65, PANICCIA PATRIZIA 1, PAOLINI PIERO 13, PATTI ALFIO 3, PAVIGNANO GIORGIO 12, PELLA PAOLO 23, PERONA ANNA 17, PESSINA LAURA 6, PESSINA ROMANO 1, PETRI GIORGIO 43, PETROCINI SERGIO 60, PIANA GRAZIANO 3, QUARANTA SABINO 1, RANDAZZO UGO 9, REZZUTO ALDO 1, RICCARDI GIANNA 18, ROBERTO MANZONI 1, ROSA CLAUDIO 15,

ROSIA PAOLO 32, ROTA MARINELLA 405, SALATINO AURELIANO 130, SANDIGLIANO FRANCA 20, SATARIANO MARIA IRENE 1, SCHINTONE EMANUELA 1, SCRIBANTI ANDREA 1, SERAFINI ISABELLA 449, SERVO CORRADO 3, SIZZANO EZIO 30, SOLA GABRIELLA 10, SPAGNOLELLO SEBASTIANO 1, SQUILLACI GIOVANNA 1, SULPIZIO GIUSEPPE 5, TONSO ANNA 2, TRAVAGLINO FRANCO 1, TUROTTI MARCO 11, VALLESE GIAN CARLO 1, VALLIVERO PAOLA 10, VALZ PIER GIORGIO 6, VERCELLINO SILVANO 8, VIVENZA CLAUDIA 25, ZAFFALON RICCARDO 10, ZANIERATO GIUSEPPINA 3, ZANINI ROSELLA 314, ZOCCO SILVIA 6, MEDICI ALTRE ASL 27, FIRMA ILLEGGIBILE 15.

CASI DOPPI/SOSPETTI

In 35 casi la stessa malattia infettiva è stata notificata da 2 medici (ad es. il medico di famiglia ed il medico ospedaliero); il sistema informatizzato è in grado di identificare i casi doppi di notifica, quindi in questo caso viene segnalato al Ministero della Salute un solo caso di malattia, mentre la notifica viene comunque attribuita ad entrambi i medici.

In altri 62 casi è stata segnalata una sospetta malattia infettiva poi non confermata (in questo caso la malattia non viene notificata al Ministero, ma il nominativo del medico segnalatore viene comunque inserito nell'elenco).

E' da notare che oltre la metà di tutte le notifiche sono state inviate da solo 7 medici (di cui 6 pediatri): Isabella Serafini (449 notifiche), Marinella Rota (405), Rosella Zanini (314), Anke Beuermann (212), Ioseph Buffa (208), Ettore Amosso (148) e Aureliano Salatino (130).

NOTIFICHE PEDIATRI CONVENZIONATI 2001-2004:

PEDIATRA	N. NOTIFICHE 2001-2004
SERAFINI ISABELLA	449
ROTA MARINELLA	405
ZANINI ROSELLA	314
BEUERMANN ANKE (*)	212
BUFFA IOSEPH	208
AMOSSO ETTORE	148
PANDULLO ELEONORA	65
GERACE ENRICA (*)	43
BENFANTE ANNA	39
CHIORBOLI ELENA (*)	41
BORRI BRUNETTO DOMENICO	23
MOLLICA MARIA CLELIA	13
GIRELLI GIULIANA	9
BAGNO MASSIMO (*)	0
CALIGARIS GIORGIO	0

(*): convenzionato solo per una parte del quadriennio.

COMMENTO

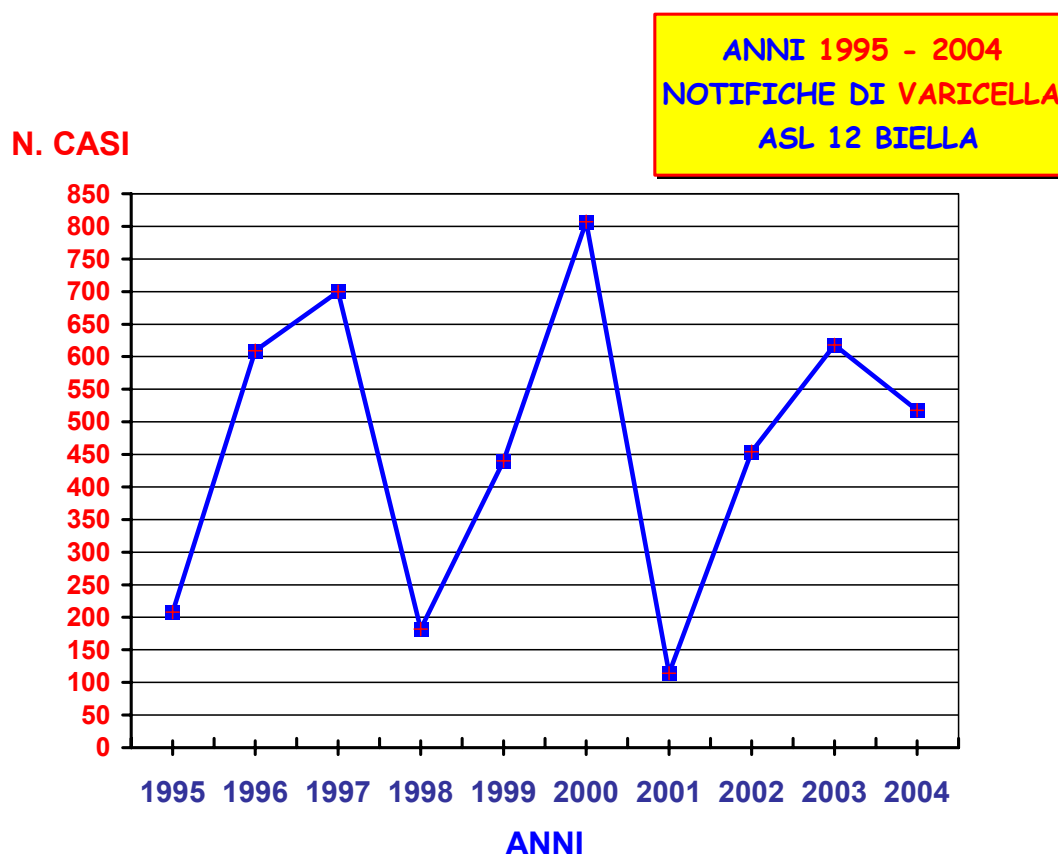
Prima di iniziare, mi sia consentito esprimere un sincero ringraziamento a tutti i colleghi che hanno contribuito con il loro impegno a farci conoscere la situazione epidemiologica delle malattie infettive.

MALATTIE DI CLASSE II

Anche nel corso del quadriennio 2001-2004 si è avuta una incidenza molto bassa delle malattie prevenibili con la vaccinazione, come pertosse, morbillo, parotite e rosolia. Diverso il caso della varicella.

VARICELLA

Il 2000 era stato un anno epidemico per la varicella; nel 2001 i casi notificati sono scesi a 116, per salire a 455 nel 2002 e a 620 nel 2003; 518 nel 2004 (vedi grafico).



Questi dati includono i casi notificati nella nostra ASL + i casi diagnosticati in altre ASL in residenti nella nostra ASL.

L'incidenza media nel periodo è stata di 239/100.000 persone/anno.

Per tale malattia molto contagiosa non esiste attualmente un programma di vaccinazione di massa; quindi l'andamento è quello tipico endemo-epidemico delle malattie non sottoposte a controllo.

La fascia di età più colpita è stata quella tra i 3 ed i 5 anni (picco ai 4 anni); oltre il 3% dei casi sono stati notificati in neonati di età inferiore ad un anno e l'8% in persone di oltre 14 anni.

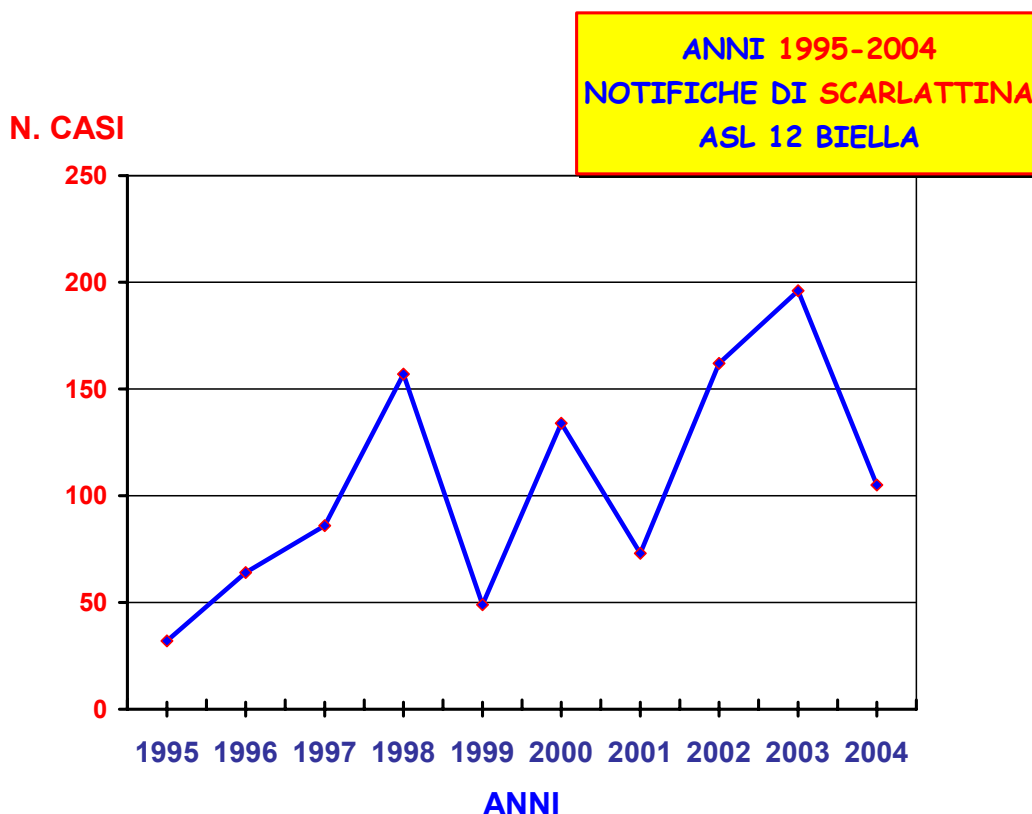
Dei 1.709 casi notificati, 10 (0,58%) sono stati ricoverati in ospedale: 2 neonati sotto l'anno, 2 bambini di 2 e 7 anni, e 6 adulti di età tra i 21 ed i 40 anni. Come atteso, il tasso di ricovero nei soggetti di età inferiore all'anno e superiore a 14 anni è stato più elevato che nell'età intermedia (vedi tabella).

RICOVERI PER VARICELLA IN BASE ALL'ETA' – QUADRIENNIO 2001-2004			
ETA' :	numeri ricoveri	numero notifiche	% di ricoveri /notifiche
inferiore a 1 anno	2	57	3,50%
tra 1 e 14 anni	2	1.506	0,13%
maggiore di 14 anni	6	146	4,10%

Ci è stato segnalato un ricovero per cerebellite varicellosa in un bimbo di 7 anni.

SCARLATTINA

Per la scarlattina il tasso di incidenza nel quadriennio 2001-2004 è stato decisamente più basso rispetto alla varicella; l'incidenza è andata aumentando, passando dai 73 casi del 2001 ai 198 del 2003. Nel 2004 i casi sono scesi a 105.



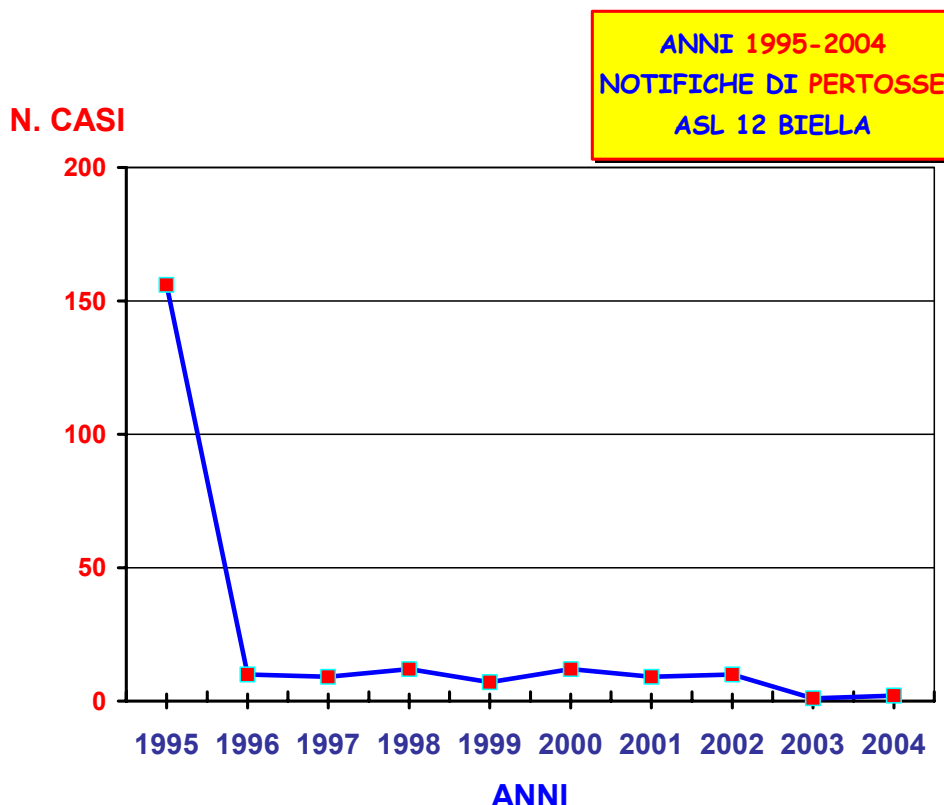
L'incidenza media nel periodo è stata di 75/100.000 persone/anno.

La fascia di età più colpita è quella tra i 3 ed i 4 anni; segnalati solo 2 casi sotto l'anno; i ricoveri segnalati sono stati solo 2, in 2 bimbi di 3 e 4 anni.

PERTOSSE

Nella nostra ASL, il tasso di copertura vaccinale nei confronti della pertosse è tra i più alti del Piemonte. Questa elevata copertura impedisce ormai dal 1995 la comparsa di epidemie; tuttavia è necessario continuare una attenta sorveglianza, per identificare precocemente eventuali focolai.

Nel quadriennio 2001-2004 sono stati notificati solo 22 casi di pertosse; 3 in neonati sotto l'anno e 19 in bambini di età compresa tra i 2 ed i 12 anni.



L'incidenza media nel periodo è stata di 3,1/100.000 persone/anno.

La percentuale di casi con ricovero è stata del 14% (3 casi su 22): due neonati di 2 mesi ed un bimbo di 6 anni.

Dei 22 casi di pertosse, 5 erano stati vaccinati con un ciclo completo di antipertosse, mentre uno dei neonati di 2 mesi ricoverato aveva appena ricevuto la prima dose di esavalente.

Considerata l'elevata copertura vaccinale, con il cosiddetto "metodo di screening" possiamo stimare una efficacia del vaccino antipertosse superiore al 95%.

La diagnosi di pertosse, in periodi di bassissima endemia, è molto difficile, soprattutto qualora manchi l'elemento anamnestico di un contatto con un caso clinicamente manifesto.

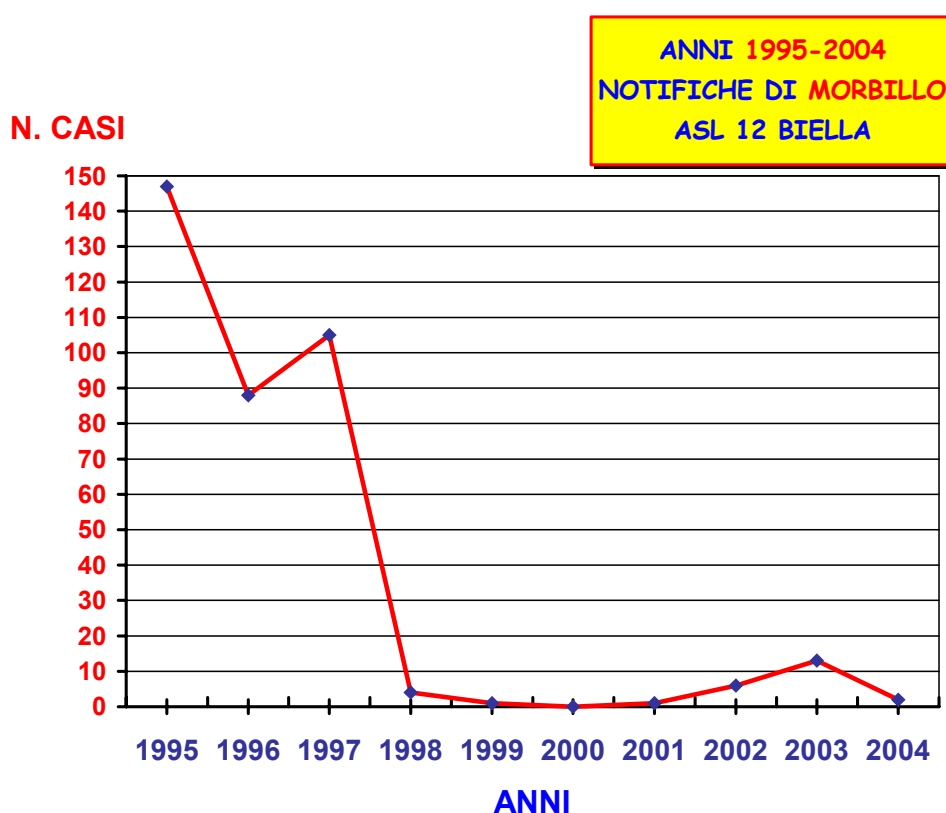
La diagnosi di certezza si può avere infatti solo con l'isolamento colturale della *B. pertussis* dal muco del naso-faringe o con la positività della PCR, con negatività della ricerca per la *B. parapertussis*; la sierologia è di scarso aiuto, soprattutto in una popolazione altamente immunizzata come quella costituita dai bimbi sotto i 10 anni

residenti nella nostra ASL (il semplice riscontro di una positività degli anticorpi antitossina su un singolo prelievo non ha alcun significato diagnostico); a ciò aggiungasi che i casi in vaccinati sono spesso con sintomatologia più attenuata.

Richiamiamo l'attenzione sull'importanza del richiamo DTP a 5-6 anni di età, per mantenere nel tempo la protezione acquisita, ridurre la percentuale di portatori e mantenere la malattia sotto controllo.

MORBILLO

Tra il 2001 ed il 2004 sono stati notificati 23 casi di morbillo (22 in residenti nella nostra ASL e 1 in un residente fuori ASL). L'incidenza media nel periodo è stata di 3,2/100.000 persone/anno.



(Si noti la differente scala rispetto alla varicella)

Il 50% dei casi aveva un'età superiore a 8 anni; 2 casi sono stati notificati in neonati di 7 e 8 mesi. Addirittura un caso in un paziente di 61 anni!

Dei 22 casi di morbillo residenti nella nostra ASL, 6 sono stati ricoverati (27% dei casi). Su 23 soggetti, 4 erano stati vaccinati.

Attualmente è in atto non solo nella nostra Regione ma anche in tutt'Italia una campagna straordinaria di vaccinazione antimorbillo, che si prefigge il recupero del maggior numero di bambini non vaccinati fino a 14 anni di età e la somministrazione di una seconda dose a quelli già vaccinati. La campagna è programmata sulla durata

di 3 anni, e per ogni anno sono state scelte delle classi di età a cui offrire la vaccinazione tramite apposito invito.

A seguito dell'epidemia di morbillo verificatasi soprattutto nell'Italia meridionale nel 2002-2003, si è avuto un incremento dei casi in regione Piemonte; anche nella nostra ASL si è avuto un lieve aumento dei casi nel 2003, per quanto contenuto.

Sul Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità (numero di dicembre 2004) è stato pubblicato un report sui ricoveri per morbillo in Italia nel 2002; questi in sintesi i risultati:

RICOVERI IN ITALIA PER MORBILLO – ANNO 2002	
TOTALE RICOVERI:	3.072
CON SOLA DIAGNOSI DI MORBILLO	1.328
CON DIAGNOSI DI POLMONITE	391
CON DIAGNOSI DI ENCEFALITE	81

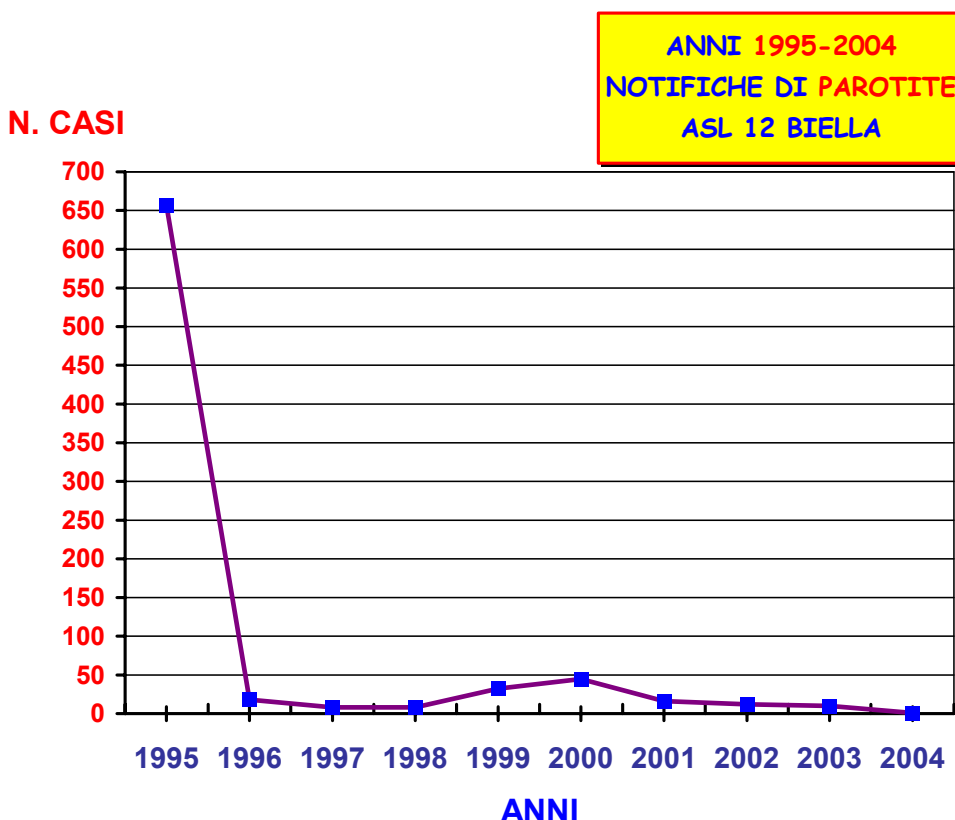
E' stato calcolato che il costo della sola epidemia di morbillo del 2002 in Italia sia stato di circa 15 milioni di euro: **con tale cifra si sarebbero potuto immunizzare contro il morbillo quasi 3 coorti di nascita in tutt'Italia!**

La vaccinazione contro il morbillo, oltre ad impedire migliaia di ricoveri, di complicanze e almeno 50 decessi ogni anno, consente un risparmio economico fino a 15 volte il costo del vaccino stesso.

PAROTITE

Nel corso del quadriennio 2001-2004 abbiamo ricevuto 39 notifiche di parotite in residenti nella nostra ASL.

L'incidenza media nel periodo è stata di 5,5/100.000 persone/anno.



La metà dei casi aveva più di 6 anni. Ciò è in correlazione alla copertura vaccinale, più elevata nella prima infanzia, che sposta l'età media di insorgenza verso l'alto. Più della metà dei casi (21) sono stati notificati nel solo comune di Gaglianico, e sono quasi tutti bambini della scuola elementare.

Dei 39 casi di parotite, 22 erano stati vaccinati:

16 con Triviraten (vaccino che non abbiamo mai usato nel nostro Servizio per la sua nota scarsa efficacia protettiva nei confronti della parotite);

1 con Morupar;

1 con MMRII;

1 con Trimovax;

3 con vaccino non noto.

Due bambini, di età 3 e 6 anni, risultano essere stati ricoverati (5,1% dei casi notificati).

SALMONELLOSI

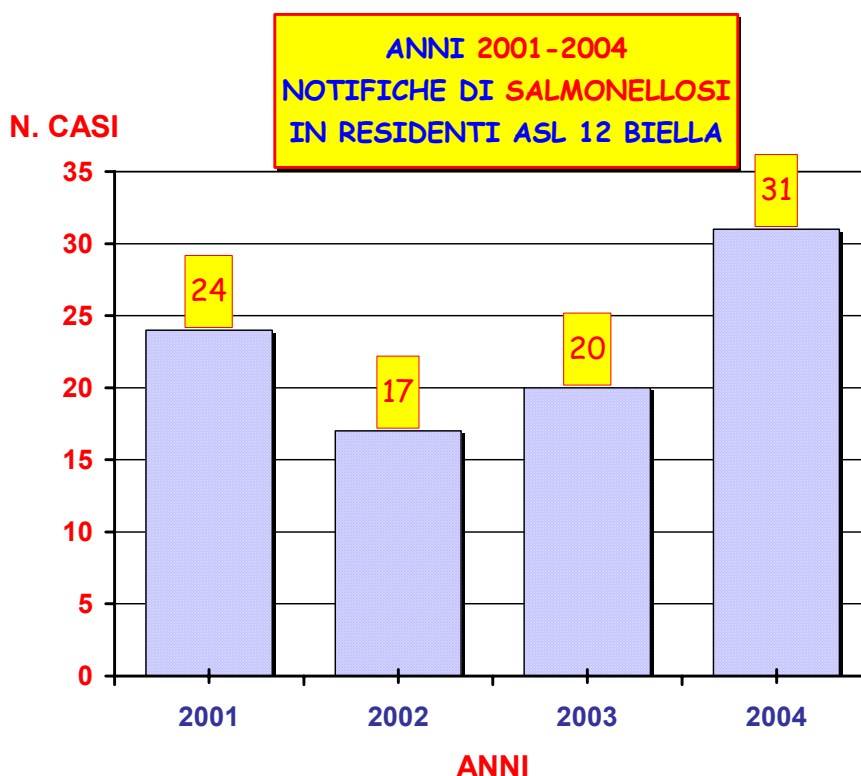
Nel quadriennio 2001-2004 sono state notificate ben 96 salmonellosi: 92 residenti nella nostra ASL e 4 in altre ASL.

L'incidenza media nel periodo è stata di 13,4/100.000 persone/anno.

Il 50% dei casi è stato notificato in bambini di meno di 6 anni.

Nel 2004 c'è stato un incremento delle segnalazioni. Da anni vi è una eccellente collaborazione con il Laboratorio Analisi dell'ospedale di Biella, che ci invia regolarmente tutti gli isolamenti di salmonelle e la successiva tipizzazione.

Il grafico mostra l'andamento dei casi di salmonellosi in residenti nella nostra ASL nel periodo 2001-2004.



COPERTURE VACCINALI

Con periodicità semestrale, le ASL italiane rilevano i tassi di copertura vaccinale relativamente alle vaccinazioni “obbligatorie” e a quelle vivamente raccomandate (come pertosse, emofilo, morbillo-parotite-rosolia =MPR).

I dati sono trasmessi alle Regioni, che a loro volta li trasmettono al Ministero della Salute, che li pubblica sul suo sito.

Al momento in cui scrivo (gennaio 2005) sono stati pubblicati i dati relativi al 2003 (i dati del 2004 vengono elaborati proprio in questi giorni).

Nella tabelle seguente si mettono a confronto le coperture vaccinali in Italia, in Regione Piemonte e nella ASL 12 di Biella.

I DATI SI RIFERISCONO ALLA COORTE DI NASCITA DEL 2001.

COPERTURE VACCINALI - ANNO 2003					
	POLIO (3 DOSI)	DTP (3 DOSI)	EMOFILO (3 DOSI)	EPATITE B (3 DOSI)	MPR (1 DOSE)
ITALIA	96,7 %	95,8 %	90,4 %	95,3 %	83,9%
PIEMONTE	97,1 %	95,9%	79,7 %	96,7 %	84,2 %
ASL 12 BIELLA	99,0 %	97,8 %	97,6 %	98,7 %	91,0 %

Come si nota, la nostra ASL ha tassi di copertura vaccinale superiori al 95% per tutte le vaccinazioni obbligatorie e anche per emofilo e pertosse.

MENINGITI / MENINGO-ENCEFALITI

Nel corso del quadriennio 2001-2004 ci sono stati notificati 20 casi di meningite/meningo-encefalite in residenti nella nostra ASL:

ANNO	NUMERO DI CASI
2001	4
2002	2
2003	10
2004	4
TOTALE	20

Dal 1995 non ci venivano segnalate meningiti da emofilo di tipo b; l'elevata copertura vaccinale nella prima infanzia ha prodotto molto probabilmente una netta riduzione della circolazione del batterio.

Nel 2004 ci è stata segnalata una meningite da emofilo in un adulto.

MENINGITI - MENINGOENCEFALITI IN RESIDENTI ASL 12 BIELLA ANNI 2001-2004	N. CASI
MENINGITE PNEUMOCOCCICA	6
MENINGO-ENCEFALITE PNEUMOCOCCICA	2
MENINGITE BATTERICA DI N.D.D.	3
MENINGITE DA COXSACKIE B	1
MENINGITE DA EMOFILO b	1
MENINGITE DA LISTERIA M.	1
MENINGITE VIRALE	1
MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	1
MENINGITE MENINGOCOCCICA	1
MENINGO-ENCEFALITE DA STREPTOC. AGALACTIAE	1
CEREBELLITE POST-VARICELLOSA	1
MENINGO-ENCEFALITE DA PEPTOSTREPTOCOCCO	1
TOTALE	20

A questi casi va aggiunta una sepsi da Neisseria Meningitidis in una persona anziana, con polmonite, congiuntivite ed insufficienza renale acuta; il paziente è deceduto.

La distribuzione per età dei casi 2001-2004 è stata la seguente:

DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI CASI DI MENINGITI/MENINGOENCEFALITI 2001-2004 IN RESIDENTI ASL 12 BIELLA	ETA'
MENINGITE PNEUMOCOCCICA	3 mesi, 66, 72, 77 e 81 anni
MENINGO-ENCEFALITE PNEUMOCOCCICA	9 mesi, 49 e 67 anni
MENINGITE BATTERICA DI N.D.D.	7, 22 e 55 anni
MENINGITE DA COXSACKIE B	4 anni
MENINGITE DA LISTERIA M.	76 anni
MENINGO-ENCEFALITE DA STREPTOC. AGALACTIAE	1 mese
MENINGITE DA EMOFILO b	47 anni
MENINGITE VIRALE	24 anni
MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	16 anni
MENINGITE MENINGOCOCCICA (SIEROGROUPPO C)	6 anni
MENINGO-ENCEFALITE DA PEPTOSTREPTOCOCCO	25 anni
CEREBELLITE POST-VARICELLOSA	7 anni

Si sono verificati 5 decessi, 4 per pneumococco e 1 per la sepsi da meningococco:

- 1) un neonato di 3 mesi (da pneumococco);
- 2) 4 pazienti di 67, 72, 79 e 81 anni.

La meningite da pneumococco nell'anziano è spesso mortale.

Nelle 2 tabelle seguenti è presentato un quadro riassuntivo delle meningiti/meningo-encefaliti nel decennio 1995-2004.

CASI DI MENINGITI/MENINGO-ENCEFALITI IN RESIDENTI NELL'ASL 12 BIELLA NOTIFICATI DAL 1/1/1995 al 31/12/2004						
DISTRIBUZIONE DEI CASI PER EZIOLOGIA ED ETA' DEI PAZIENTI						
	ETA'					
TIPO DI MENINGITE O MENINGO-ENCEFALITE	< 1 anno	1-14 anni	15-24 anni	25-59 anni	= e > 60 anni	TOTALI
MENINGOCOCCICA	0	1	1	0	0	2
PNEUMOCOCCICA	2	0	0	1	10	13
EMOFILO b	0	2	0	1	0	3
BATTERICHE A EZIOLOGIA NOTA	1	0	0	1	1	3
BATTERICA A EZIOLOGIA IGNOTA	0	1	1	1	1	4
VIRALE	0	5	2	0	1	8
CEREBELLITE POST VARICELLOSA	0	2	0	0	0	2
TUBERCOLARE	0	0	0	2	1	3
TOTALI	3	11	4	6	14	38

**CASI DI MENINGITI/MENINGO-ENCEFALITI IN RESIDENTI
NELL'ASL 12 BIELLA NOTIFICATI DAL 1/1/1995 al 31/12/2004
DISTRIBUZIONE DEI CASI PER EZIOLOGIA ED ANNO DI NOTIFICA**

TIPO DI MENINGITE O MENINGO- ENCEFALITE	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
MENINGOCOCCICA	1 CASO								1 CASO	
PNEUMOCOCCICA				3 CASI	1 CASO	1 CASO	2 CASI	1 CASO	5 CASI	
EMOFILO b	2 CASI									1 CASO
BATTERICHE A EZIOLOGIA NOTA							1 CASO		1 CASO	1 CASO
BATTERICHE A EZIOLOGIA IGNOTA						1 CASO		1 CASO		2 CASI
VIRALE	1 CASO	1 CASO	1 CASO (*)		1 CASO (**)	1 CASO	1 CASO		2 CASI	
CEREBELLITE POST VARICELLA			1 CASO						1 CASO	
TUBERCOLARE				2 CASI		1 CASO				
TOTALE PER ANNO	4	1	2	5	2	4	4	2	10	4

(*) ENCEFALITE DA HSV-1

(**) MENINGOENCEFALITE DA HSV-1

NOTA:

- 1) per il 2004 va aggiunta una sepsi da Neisseria Meningitidis, con polmonite, congiuntivite ed insufficienza renale acuta; il paziente è deceduto.
- 2) non sono incluse le meningiti/meningoencefaliti in corso di AIDS.

Precedentemente al 1995, risultano, per quanto riguarda la meningite meningo-coccica, i seguenti altri casi:

1994: 1 caso, età 2 anni;

1993: 1 caso (diagnosi non certa), età 26 anni;

1992: 1 caso, età 13 anni

1990: 2 casi, età 17 anni e dato non disponibile nel secondo caso.

EPATITI

Nella tabella seguente vengono riportati i casi di epatite virale notificati nel corso del quadriennio 2001-2004 in soggetti residenti nella nostra ASL.

ANNO DI NOTIFICA	EPATITE A	EPATITE B	EPATITE C	EPATITE NON - A NON - B NON - C	TOTALI
2001	7	5	2	1	15
2002	12	7	3	0	22
2003	13	4	2	1	20
2004	7	2	3	0	12
TOTALI	39	18	10	2	69

EPATITE A

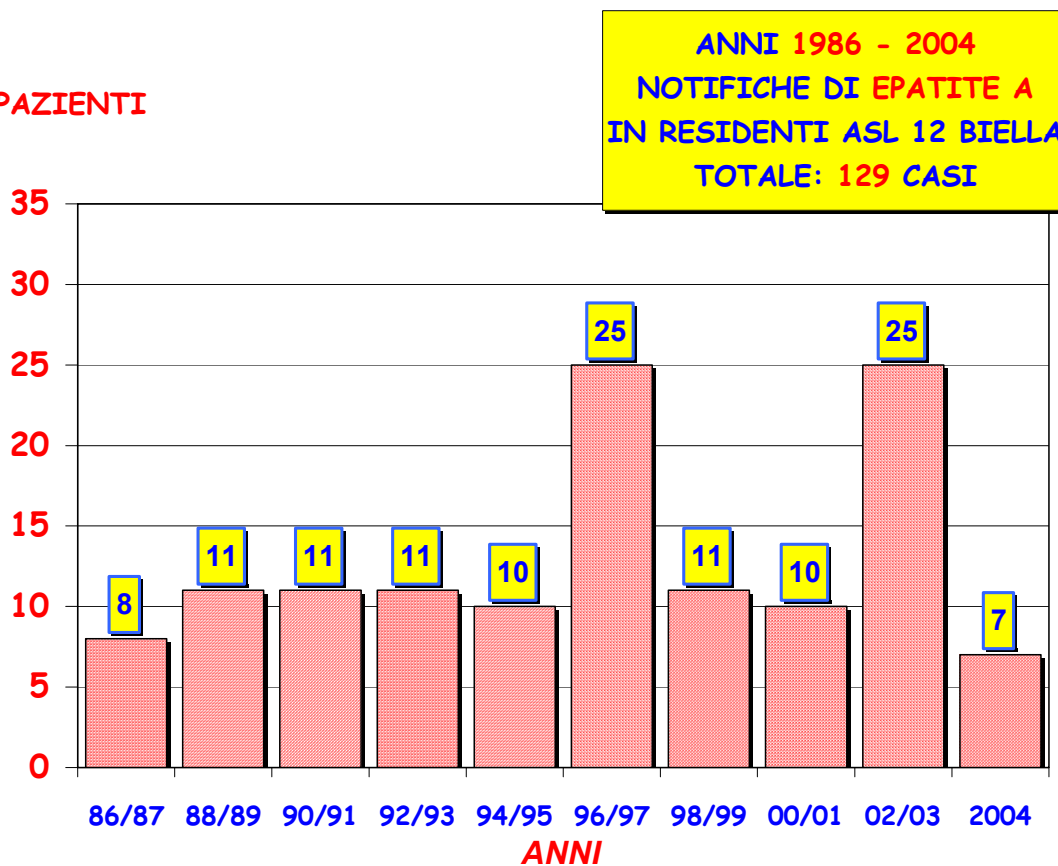
L'epatite A costituisce la maggioranza dei casi di epatite del quadriennio.

Solo nel biennio 2002-2003 sono stati notificati ben 25 casi.

L'incidenza media del quadriennio è stata di 5,5 casi/100.000 persone/anno.

Il grafico mostra l'andamento delle notifiche dei casi di epatite A in residenti nella nostra ASL dal 1986 al 2004.

N. PAZIENTI



Circa l'85% dei casi di epatite A sono stati notificati in persone al di sotto dei 40 anni.

Un fenomeno evidenziatosi nel periodo 2001-2004 è stato l'aumento considerevole dei casi di epatite A in bambini di nazionalità estera (9 casi). Essi hanno contratto l'infezione durante un viaggio nel paese d'origine dei genitori (4 casi) o con contatti con casi asintomatici o con infezione sintomatica nell'ambito scolastico o familiare (5 casi).

Per questo motivo, dato che questo trend è stato evidenziato in tutta la Regione Piemonte, a seguito di pressante richiesta di molti referenti SIMI (tra cui lo scrivente),

è stata disposta per tutta la regione Piemonte la somministrazione gratuita del vaccino contro l'epatite A per tutti i minori di 14 anni diretti in zone a rischio. Parimenti è stata decisa l'offerta gratuita di tutti i vaccini necessari al bambino viaggiatore (fino all'età di 14 anni).

Pertanto nei mesi di giugno e luglio 2004 è stata condotta una campagna di vaccinazione anti-epatite A soprattutto tra i figli di immigrati marocchini in partenza per il loro Paese; il risultato è stato che al ritorno dalle vacanze non si è verificato nemmeno un caso di epatite A in figli di immigrati, bensì in una bambina italiana che aveva trascorso le vacanze estive nell'Italia meridionale, consumando frutti di mare (e che non era stata vaccinata).

La maggioranza dei pazienti ha contratto l'infezione in Italia: solo 15 dei 39 casi di epatite A avevano effettuato un viaggio all'estero nelle 6 settimane precedenti.

Il consumo di frutti di mare è stato riferito solo da 10 pazienti su 38 (26%).

In ben 14 casi il paziente era stato a contatto con un pregresso caso di epatite A (probabile caso secondario); da segnalare un caso contratto da una partecipante alla fiera del Levante di Bari, facente parte di un focolaio di almeno 20 casi riconducibile ad un operatore di un punto vendita panini affetto da epatite A acuta.

In alcuni rari casi è ipotizzabile una trasmissione di tipo sessuale.

Si sono verificati 5 focolai epidemici.

EPATITE B

Oramai i casi si sono stabilizzati con una incidenza media nel triennio di 2,5/100.000 persone/anno.

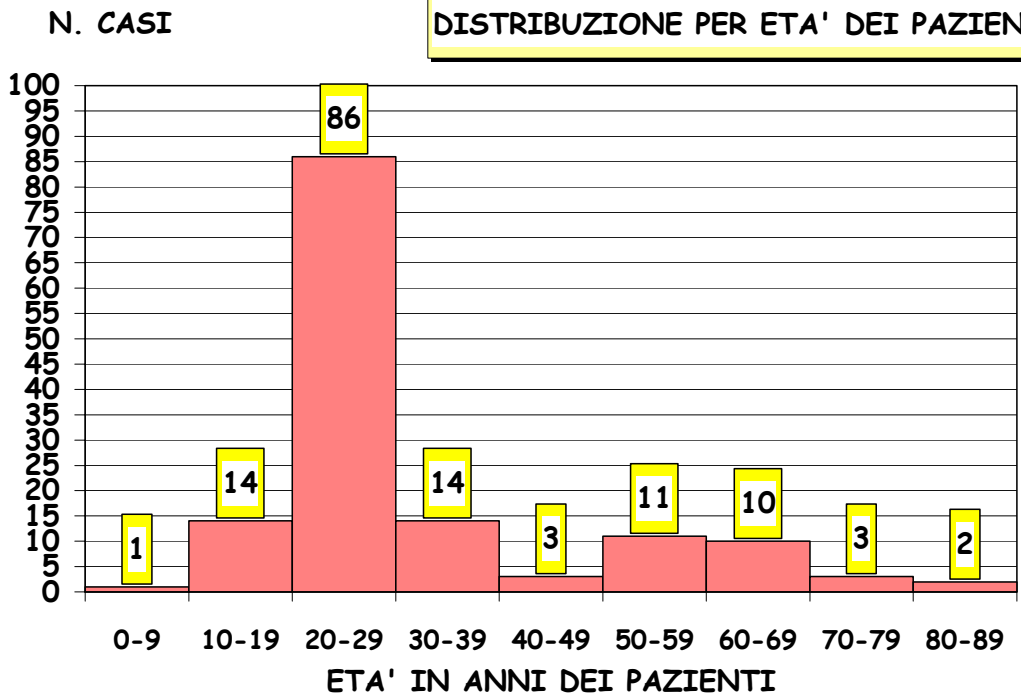
Degno di nota il fatto che nessun caso di epatite B si sia verificato in soggetti vaccinati; l'età media di infezione negli ultimi 10 anni è andata aumentando, e ormai si vede l'effetto della campagna vaccinale anti-epatite B iniziata nel 1991.

Infatti, dato che la campagna di vaccinazione di massa anti-epatite B è iniziata dai nati nel 1980, ormai la stragrande maggioranza dei soggetti fino a 24 anni è vaccinata.

Questo ha prodotto negli ultimi anni nella nostra ASL la scomparsa dei casi di epatite B sotto i 20 anni e si vede già l'effetto sui soggetti di età tra i 20 ed 30 anni: prima del 2000 ben il 70% dei casi di epatite B si manifestava in soggetti di età inferiore a 30 anni; nella fascia 20-29 si concentrava il 60% di tutti i casi. Dal 2000 solo il 23% dei casi si è manifestato sotto i 30 anni, e tutti nella fascia 20-29 anni.

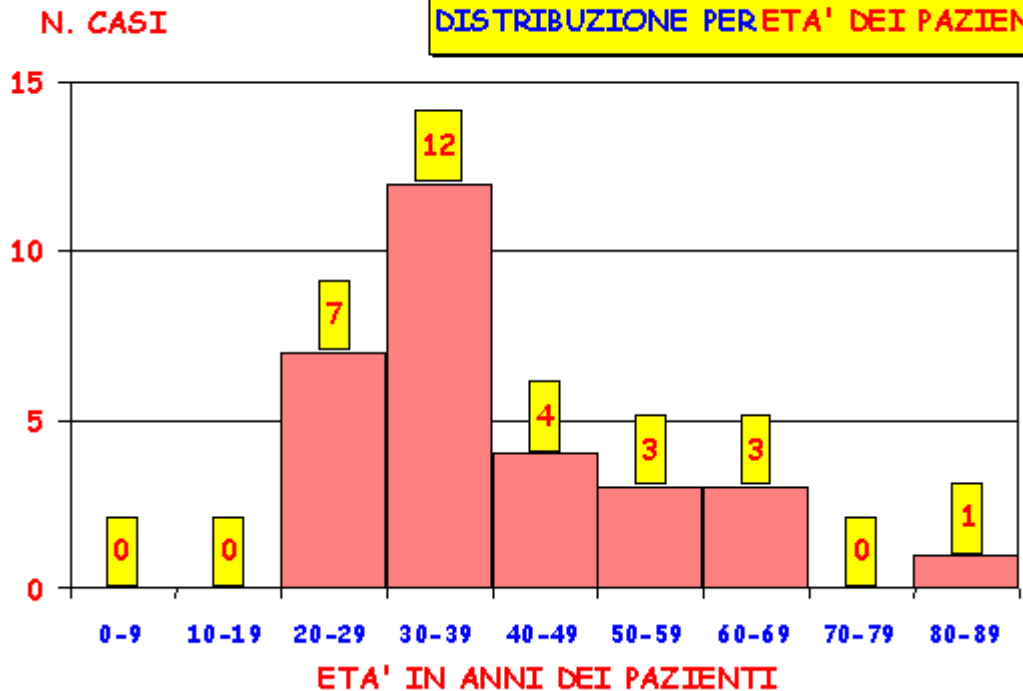
I 2 grafici seguenti illustrano questo cambiamento nell'epidemiologia della malattia, grazie alla vaccinazione.

ANNI 1986 - 1999
CASI DI EPATITE B ASL 12 BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI

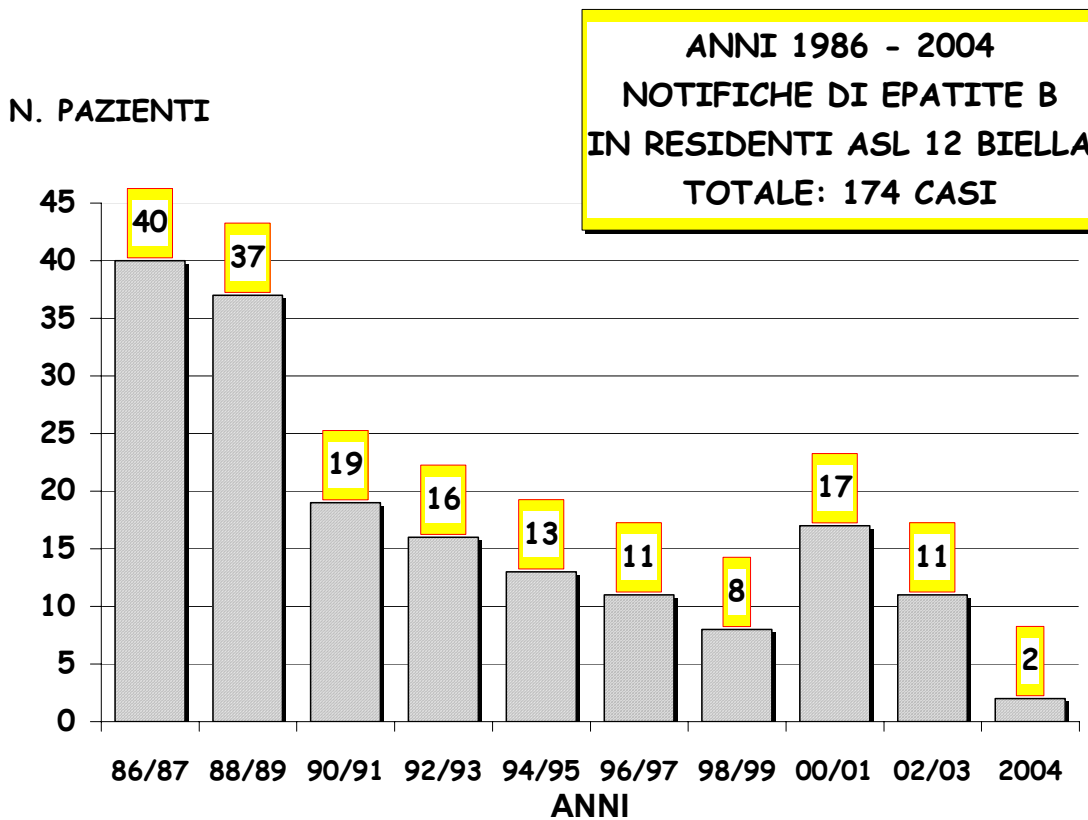


L'EFFETTO DELLA VACCINAZIONE: SCOMPARSI I CASI SOTTO I 20 ANNI, IN NETTA RIDUZIONE QUELLI TRA I 20 E 29 ANNI:

ANNI 2000 - 2004
CASI DI EPATITE B ASL 12 BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI

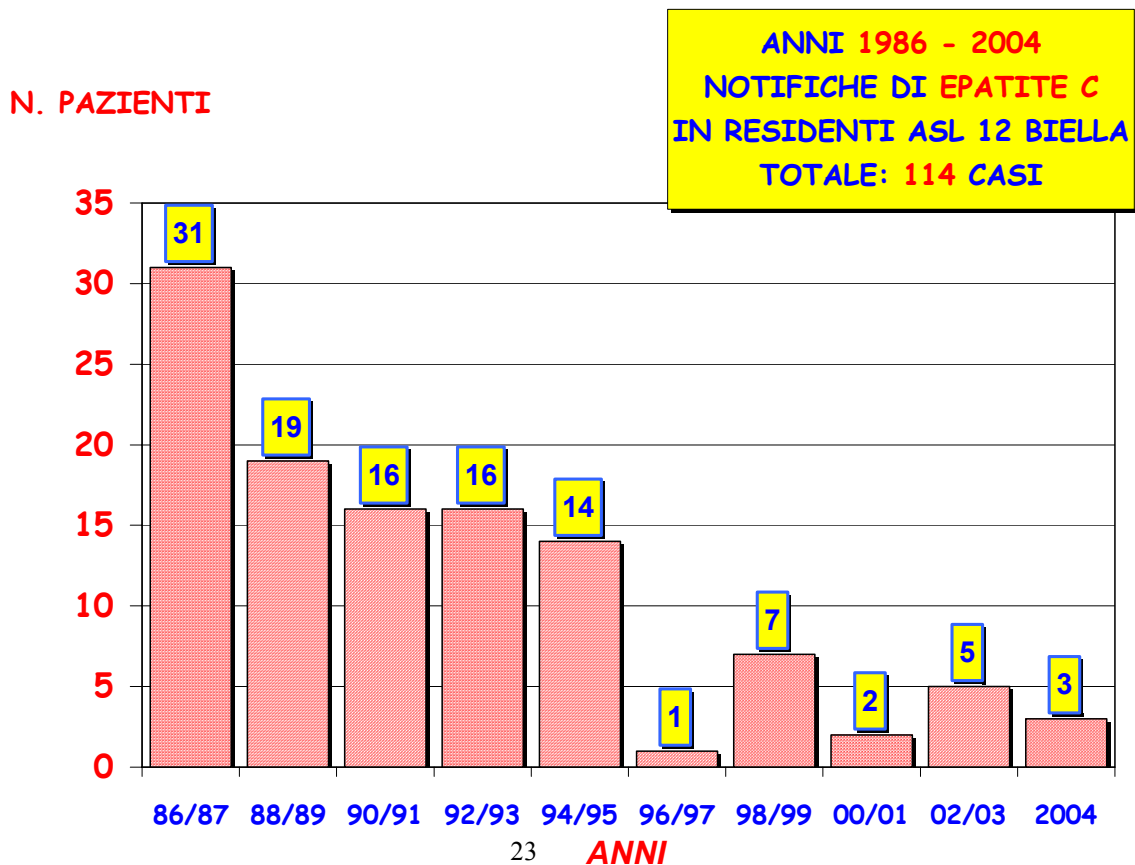


La figura mostra l'andamento delle notifiche dei casi di epatite B nella nostra ASL dal 1986 al 2004.



EPATITE C

Situazione stabile, con una media di 2-3 casi all'anno.



MALATTIE DI CLASSE V

SCABBIA

Dopo il progressivo aumento dei casi verificatosi dal 1990 al 1998, la situazione sembra essersi stabilizzata dal 1999, con una media di circa venti notifiche all'anno, un numero sostanzialmente stabile da 6 anni.

Va considerato ovviamente che in pratica le notifiche di scabbia pervengono solo dall'OIB, pertanto non si hanno dati sui casi diagnosticati dai dermatologi privati, che solitamente non ci inviano notifiche di scabbia.

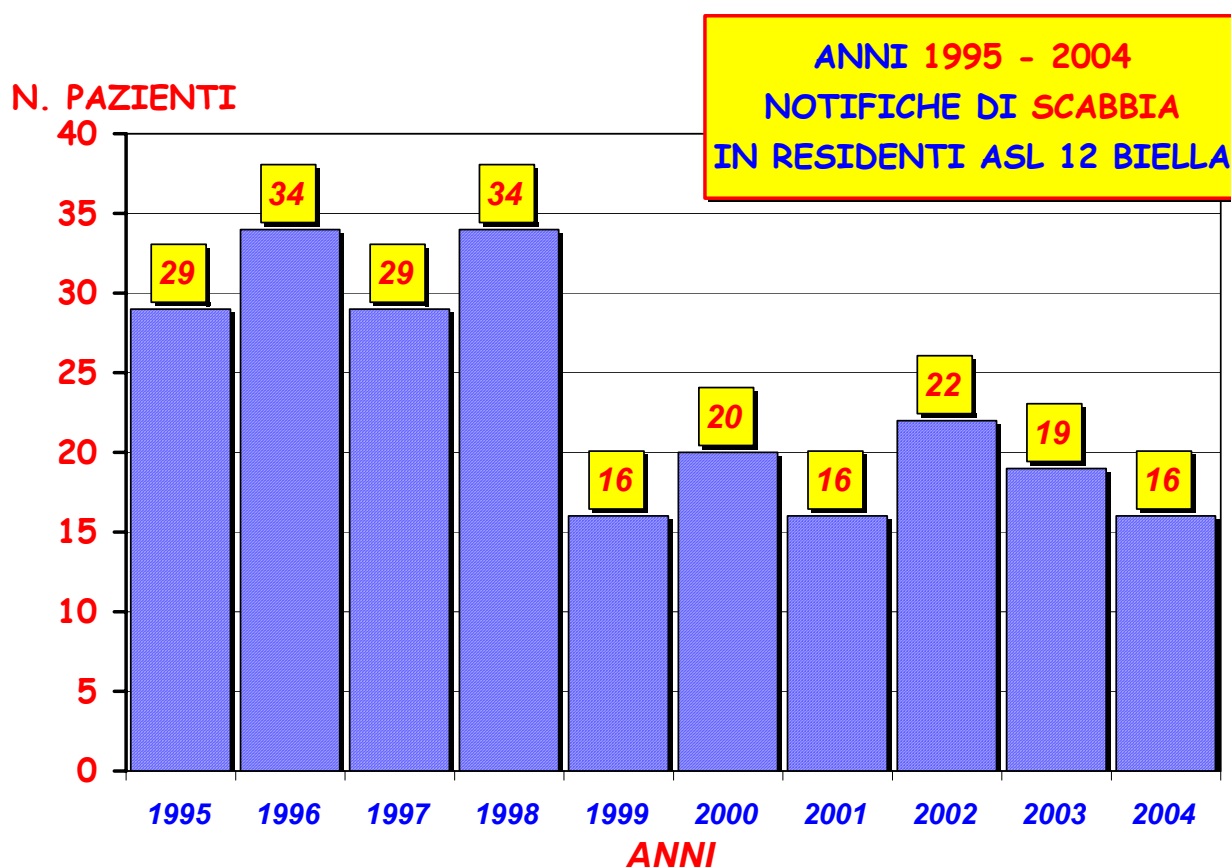
Nel quadriennio 2001-2004 i casi notificati sono stati 78 (73 in residenti nella nostra ASL e 5 fuori ASL).

L'età è variata da pochi mesi agli 81 anni (la scabbia è una delle malattie con il range di età più ampio); circa un quinto dei casi si sono verificati in minori di 15 anni; il 59% dei casi sono stati notificati in persone con cittadinanza straniera.

Si sono verificati 8 focolai epidemici, tutti in ambito familiare.

Nessun focolaio identificato in asili e scuole (vedi nota più avanti).

Il grafico riporta i casi di scabbia notificati in soggetti residenti nella nostra ASL dal 1995 a fine 2004.

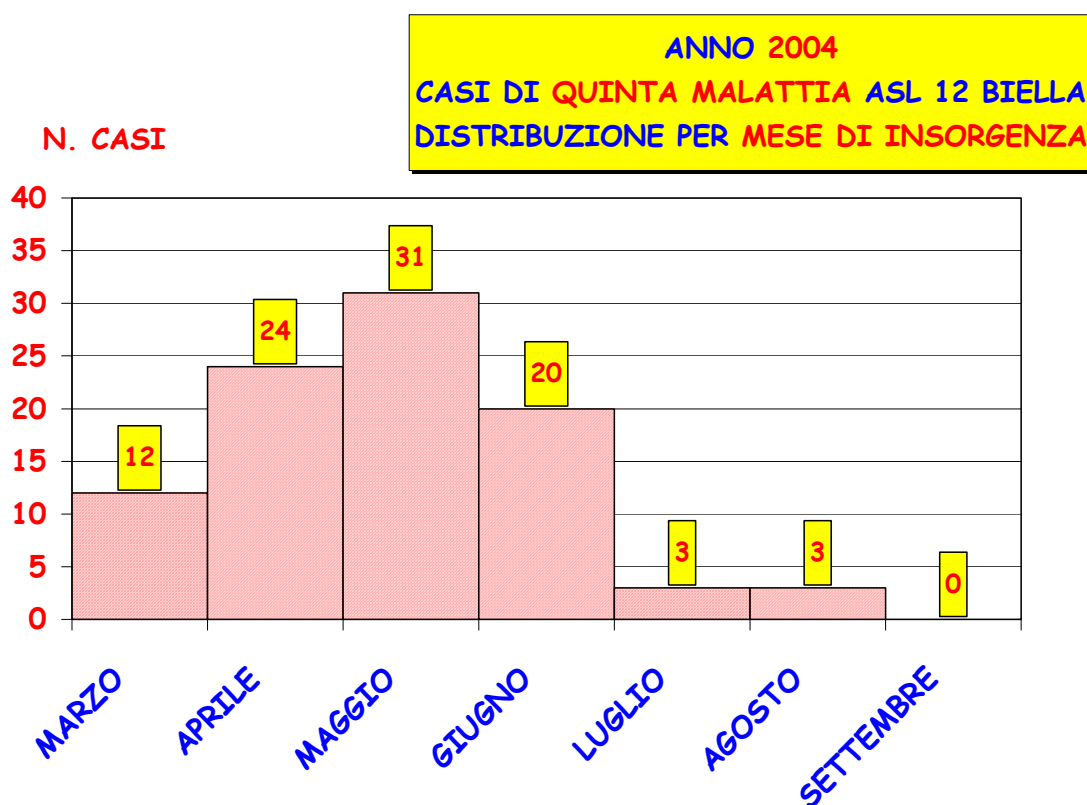


QUINTA MALATTIA

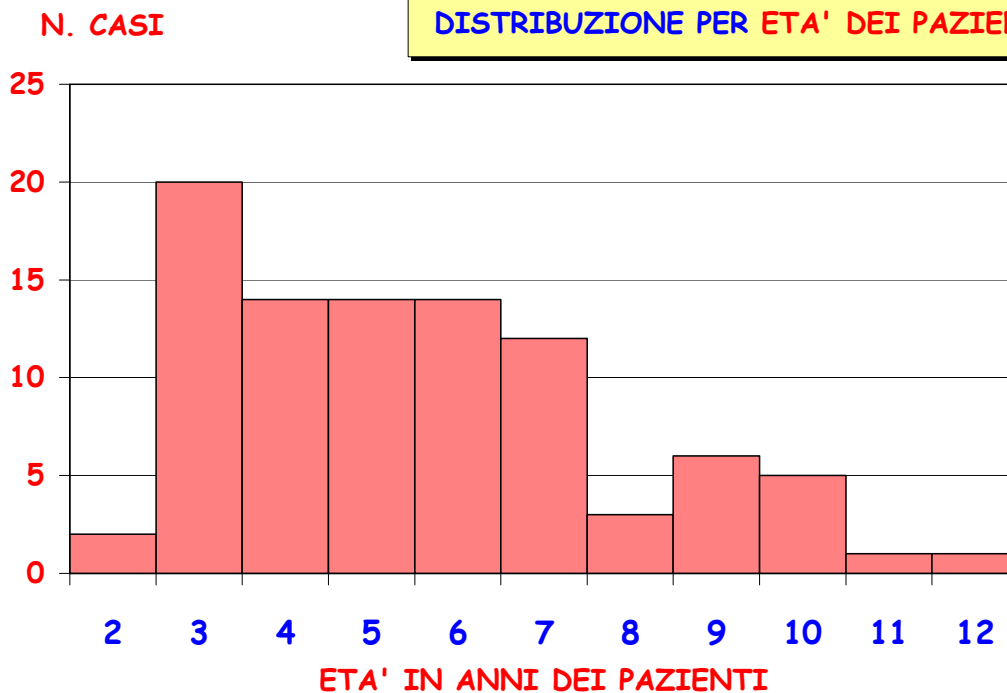
La quinta malattia, o megaloeritema infettivo, è una malattia infettiva provocata dal Parvovirus B19. Essa è una delle tante manifestazioni cliniche dell'infezione da questo virus, che può provocare anche la crisi aplastica transitoria, l'ipoplasia midollare cronica, una sindrome artropatica nell'adulto e, se contratta in gravidanza, l'idrope fetale.

Nei soggetti immunocompetenti il quadro clinico della quinta malattia è piuttosto variabile, e può essere caratterizzato da astenia, febbre, faringodinia; successivamente compare il classico esantema eritematoso al volto, con distribuzione "a farfalla", seguito dopo 1-4 giorni dalla comparsa di maculo-papule di colore rosso vivo, dapprima sulle superfici estensorie delle braccia e delle cosce, poi anche sulle superfici flessorie degli arti, alle natiche, mentre il tronco è meno interessato. Caratterizzano questo esantema anche la simmetria bilaterale e la tendenza alla confluenza delle lesioni, che tendono ad impallidire al centro. L'origine dell'esantema è con ogni probabilità immunitaria (formazione di immunocomplessi). L'epidemia del 2004 (che ha interessato diverse parti d'Italia) ci è stata segnalata soprattutto dai pediatri (circa la metà dei casi dalla sola dr.ssa Isabella Serafini); purtroppo essa è coincisa con la campagna di vaccinazione anti-morbillo-parotite-rosolia che stavamo attuando proprio in quel periodo; è successo così che alcuni bimbi abbiano avuto l'eruzione alcuni giorni dopo la vaccinazione, inducendo nei genitori l'erronea convinzione che si trattasse di una reazione al vaccino.

I 2 grafici seguenti riportano la distribuzione per mese dei casi nel corso del 2004 e l'età dei pazienti. Ci è stato segnalato un caso in un soggetto di 51 anni, non riportato nel grafico.



ANNO 2004
CASI DI QUINTA MALATTIA ASL 12 BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI



FOCOLAI EPIDEMICI - CLASSE IV

Nel quadriennio 2001-2004 abbiamo identificato 48 focolai epidemici, così suddivisi:

FOCOLAI EPIDEMICI 2001-04:	N.
PEDICULOSI	26
TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	13
SCABBIA	8
TINEA	1
TOTALE	48

I focolai di pediculosi si sono verificati soprattutto nelle scuole e in ambito familiare. Ovviamente i casi di pediculosi notificati sono molti di meno rispetto a quelli realmente verificatisi. Quando le notifiche di pediculosi pervengono al nostro Servizio in tempi diversi, il focolaio viene identificato attraverso l'analisi dell'indirizzo (per i casi familiari) e della comunità frequentata (per i casi nelle scuole).

Tutti i focolai epidemici di scabbia si sono verificati in ambito familiare, nonostante vi siano stati anche numerosi casi in bambini frequentanti scuole pubbliche (i casi sono rimasti singoli, senza casi secondari tra i compagni di scuola).

Nel 2001 ci è stato segnalato un focolaio di scabbia in una scuola elementare, ma in questo caso ci è pervenuta la notifica relativa ad un solo caso, pertanto il caso non è stato considerato focolaio epidemico.

Le tossinfezioni alimentari sono state provocate da:

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI 2001-04:	N.
VIRUS DELL'EPATITE A	5
SALMONELLOSI	5
STAFILOCOCCO	1
AGENTE EZIOLOGICO IGNOTO	2
TOTALE	13

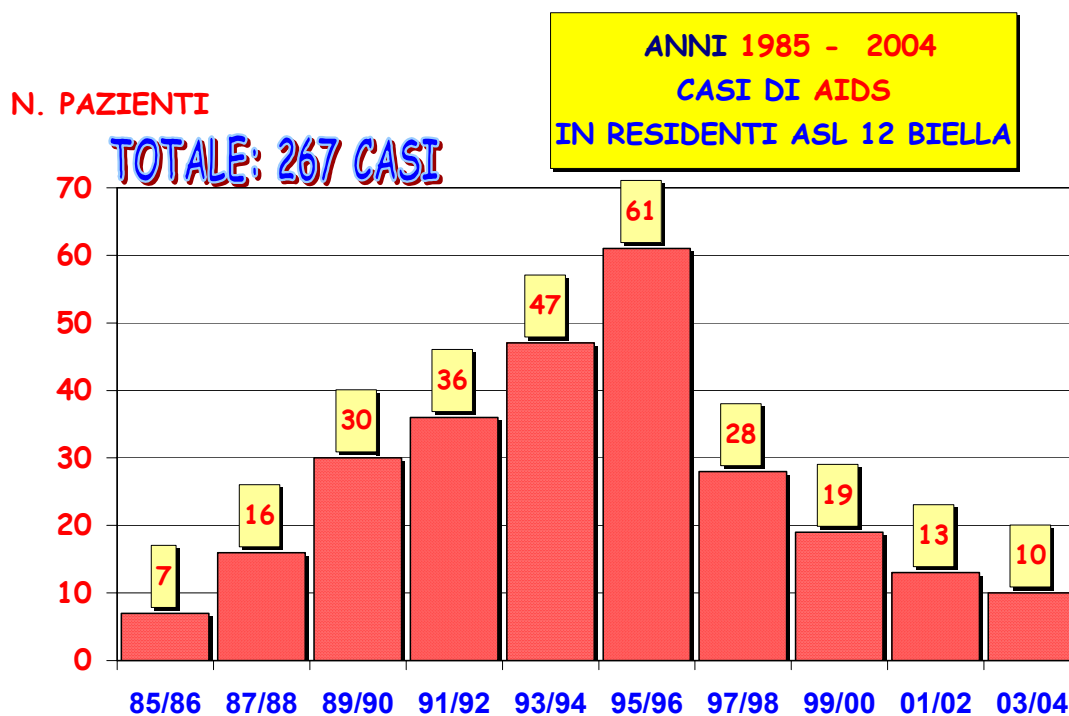
MALATTIE DI CLASSE III

AIDS

Continua a livello nazionale la riduzione dei nuovi casi di AIDS; ciò è avvenuto negli ultimi anni soprattutto per il miglioramento della terapia (introduzione degli inibitori delle proteasi e della trascrittasi inversa) e della profilassi delle infezioni opportunistiche.

Nel corso del 2001-2004 il dott. Massimo Andreoni mi ha trasmesso 23 notifiche di nuovi casi di AIDS in persone residenti nella nostra ASL; un caso del 2001 non è stato inserito in casistica in quanto ospite temporaneamente della casa circondariale; un altro caso si è aggiunto nel 2003 diagnosticato fuori ASL.

Dall'inizio dell'epidemia i casi notificati in persone che al momento della diagnosi risiedevano in Biella ammontano a 267:

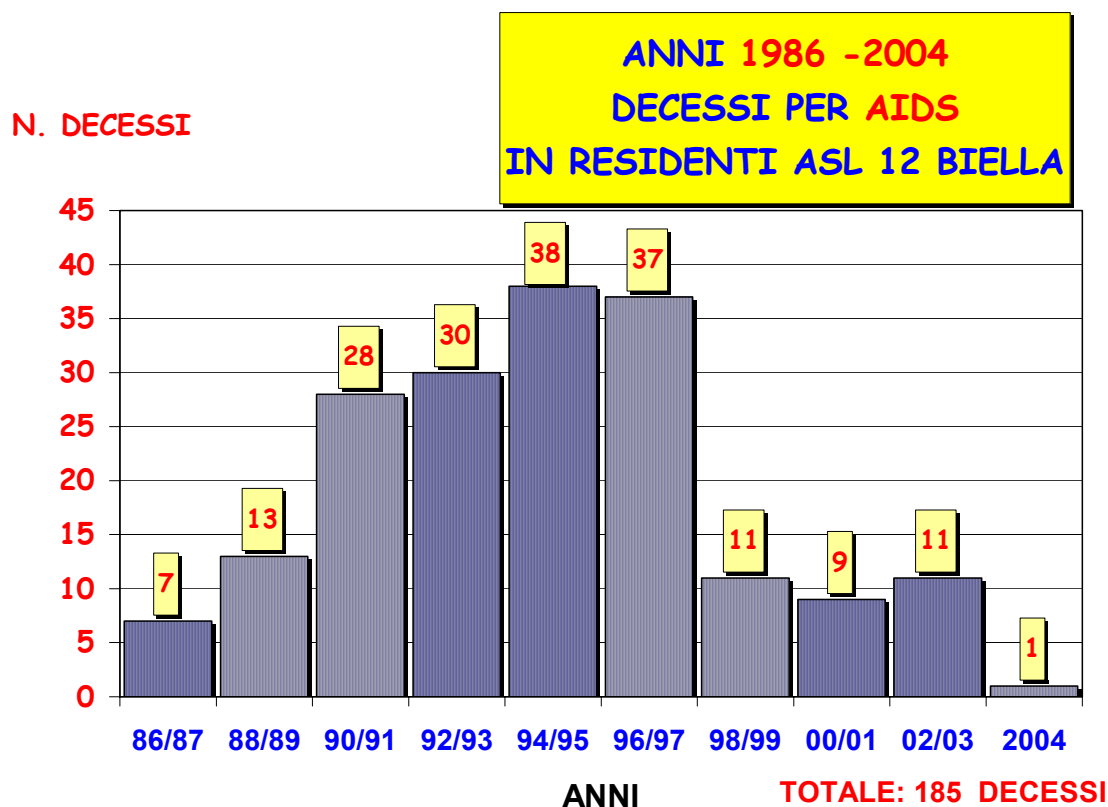


ANNO	NUMERO DI DIAGNOSI DI AIDS
2001	8
2002	5
2003	4
2004	6
TOTALE	23

Il grafico riporta solamente l'andamento del numero dei casi; se esso viene rapportato, anno per anno, alla popolazione residente, si nota come l'ASL di Biella sia stata una delle più colpite in Regione Piemonte, assieme a Novara e Verbanico-Cusio-Ossola.

Per quanto riguarda i decessi, l'impatto delle nuove terapie è stato ancora più impressionante, aumentando notevolmente il periodo di sopravvivenza delle persone con diagnosi di AIDS.

Nel grafico seguente sono riportati i decessi per AIDS in residenti nella nostra ASL nel periodo 1986 – 2004.



Nota: il dato relativo ai decessi dell'anno 2004 può essere soggetto ad aggiornamenti.

Nel grafico non sono incluse le persone decedute per cause diverse dall'AIDS, pur avendo una pregressa diagnosi di AIDS. In questi soggetti (18 dal 1986) nella maggioranza dei casi il decesso è avvenuto per complicanze di un'epatite cronica HCV correlata.

Nel corso del periodo 2001-2004 sono state 5 le persone affette da AIDS decedute per cause diverse dall'AIDS.

MALARIA

I casi notificati di malaria nel quadriennio 2001-2004 sono stati 12; nessuno è deceduto.

La tabella seguente riassume alcune caratteristiche dei casi di malaria notificate negli anni 2001-2004.

CARATTERISTICHE DEI CASI DI MALARIA 2001-2004

SESSO	NAZIONALITA'	RANGE ETA'	MOTIVO DEL VIAGGIO
6 MASCHI 6 FEMMINE	9 ITALIANI 3 STRANIERI	17- 48 ANNI	8 TURISMO 3 RIENTRO PAESE ORIGINE 1 LAVORO

Tutti i casi si sono verificati a seguito di un viaggio in Africa.

I paesi in cui è stata contratta la malaria (anni 2001-2004) sono stati i seguenti:

KENYA	3
NIGERIA	3
MADAGASCAR	2
MALI	2
SENEGAL	1
ZANZIBAR	1

E' da notare che ben 4 dei 12 casi avevano già avuto in anni precedenti la malaria (2 italiani e 2 stranieri); in 3 casi mentre erano residenti in Africa, e in un caso durante un precedente viaggio per turismo in Africa (errare humanum est, sed in errore perseverare dementis.. Seneca).

I sintomi sono insorti:

- in 2 casi già durante il soggiorno nel paese estero (rispettivamente 7 e 3 giorni prima del rientro in Italia);
- in 9 casi, tra 0 e 12 giorni dopo il rientro in Italia (in un caso la sintomatologia è insorta lo stesso giorno del rientro);
- in 1 caso, 81 giorni dopo il rientro.

Il ricovero dei pazienti è avvenuto nella maggior parte dei casi entro 3 giorni dall'insorgenza dei sintomi; in un caso il ricovero è avvenuto ben 28 giorni dopo il primo attacco febbrile. Questo paziente ha rischiato di morire.

Tutti e 12 i pazienti hanno contratto la malaria maligna da *P. Falciparum*; in un caso era presente una co-infezione con il *P. Malariae*.

CHEMIOPROFILASSI DEI PAZIENTI CON MALARIA 2001-2004:

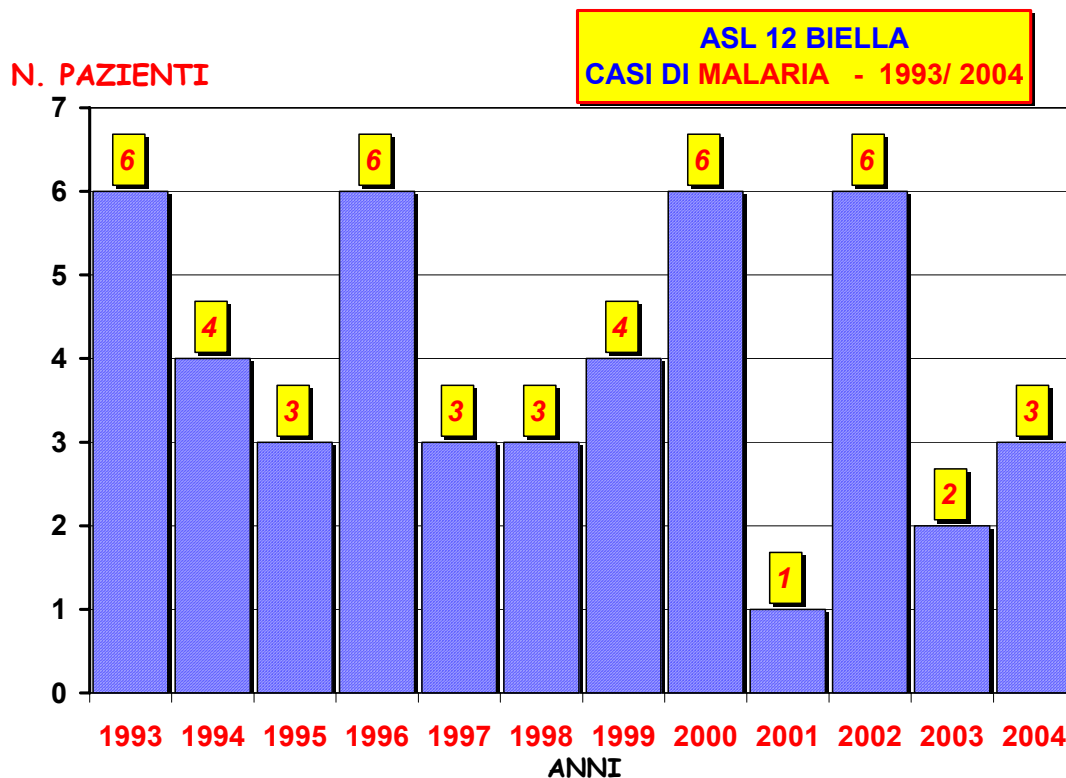
Nessun paziente ha eseguito correttamente la chemiopprofilassi:

- 9 pazienti non hanno eseguito nessuna chemiopprofilassi;
- 1 paziente ha assunto cloroquina, ma tale profilassi (autoprescritta dal paziente) era inadeguata, considerato che viaggiava in un paese con malaria clorochino-resistente;
- un paziente ha assunto cloroquina + paludrine, ma solo per i primi giorni di soggiorno;
- infine un paziente ha assunto meflochina, ma ne ha interrotto l'assunzione appena rientrato a casa, invece di proseguire per le 4 settimane prescritte. In questo paziente la sintomatologia è insorta 81 giorni dopo il rientro a casa.

Tutti i pazienti sono stati trattati con successo, senza recidive; 11 con l'associazione doxiciclina + chinino, 1 con meflochina.

CASI DI MALARIA 1993-2004 - ASL 12 BIELLA

Dal 1993 al 2004 sono pervenute al nostro Servizio 47 notifiche di malaria in soggetti residenti o domiciliati nella nostra ASL: 36 in italiani e 11 in stranieri.



Da notare che le notifiche sono 47, ma i pazienti 44, in quanto 3 pazienti sono riusciti a contrarre la malaria una seconda volta.

**PAESI IN CUI E' STATA CONTRATTA LA MALARIA
(RESIDENTI NELL'ASL 12 BIELLA, ANNI 1993-2004):**

NIGERIA	12
KENYA	7
MALI	3
CAMEROON	2
CONGO (EX ZAIRE)	2
ETIOPIA	2
GABON	2
GUINEA EQUATORIALE	2
MADAGASCAR	2
SENEGAL	2
SOMALIA	2
BELIZE	1
COSTA D'AVORIO	1
GHANA	1
GUINEA	1
PAKISTAN	1
RWANDA	1
SRI LANKA	1
ZAMBIA	1
ZANZIBAR	1
TOTALE	47

CONTINENTE IN CUI E' STATA CONTRATTA LA MALARIA (1993-2004):

AFRICA	44
ASIA	2
CENTRO-AMERICA	1
TOTALE	47

Quasi la metà dei casi di malaria negli anni 1993-2004 è stata diagnosticata in turisti (tutti italiani).

Presso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica di Biella è attivo l'ambulatorio di profilassi per i viaggiatori internazionali (tel. 3503656), dove è possibile eseguire anche la vaccinazione contro la febbre gialla.

TUBERCOLOSI

Nel periodo 2001-2004 sono pervenute 50 notifiche di tubercolosi in residenti nella ASL 12 di Biella; a queste vanno aggiunti altri 13 casi di micobatteriosi non tubercolari.

I casi di TBC sono stati diagnosticati in 45 casi nella nostra ASL e in 5 casi in ospedali siti fuori ASL.

Va segnalato che per 1 caso diagnosticato alla fine del 2004 non è ancora pervenuta la tipizzazione del micobatterio e pertanto questo caso potrebbe essere riclassificato.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEI CASI DI TUBERCOLOSI NEL QUADRIENNIO 2001-2004

Dei 50 casi notificati, 37 (74%) sono occorsi in italiani e 13 (26%) in persone con cittadinanza straniera; 31 casi in maschi e 19 in femmine.

L'età è variata dai 2 agli 84 anni.

Tra gli italiani l'età media è stata di 59 anni; più del 60% dei casi sono stati diagnosticati in persone con oltre 60 anni.

Tra gli stranieri l'età media è stata di 37 anni; il 70% dei casi sono stati diagnosticati in persone con meno di 40 anni.

TIPO E SEDE DELLE MICOBATTERIOSI

Dei 50 casi notificati di TBC, 35 erano solo polmonari, 15 extrapolmonari e 4 con localizzazione sia polmonare che extrapolmonare.

La tabella seguente riporta le localizzazioni extrapolmonari della TBC, nel periodo 2001-2004:

LOCALIZZAZIONE TBC EXTRAPOLMONARE ANNI 2001-2004	NUMERO CASI
GENITO-URINARIA	7
LINFOGHIANDOLARE	6
CUTANEA	2
OSSEA	2
MILIARE	2
TOTALE	19

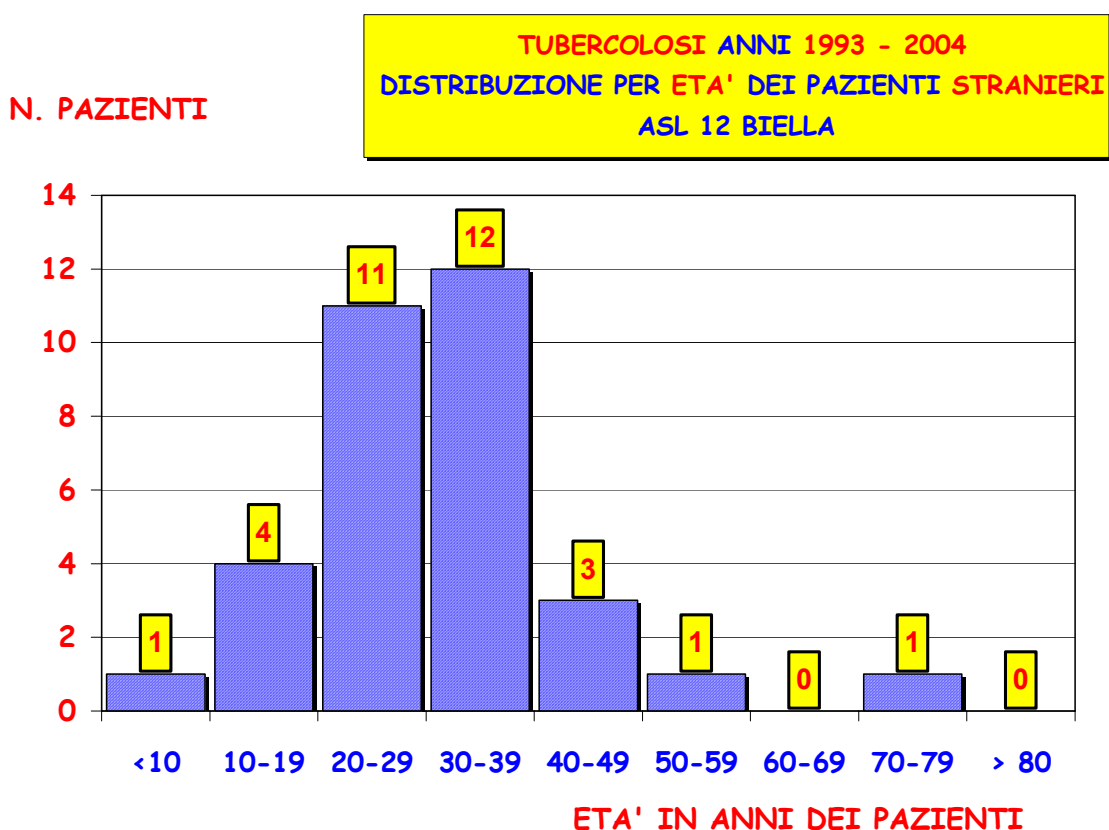
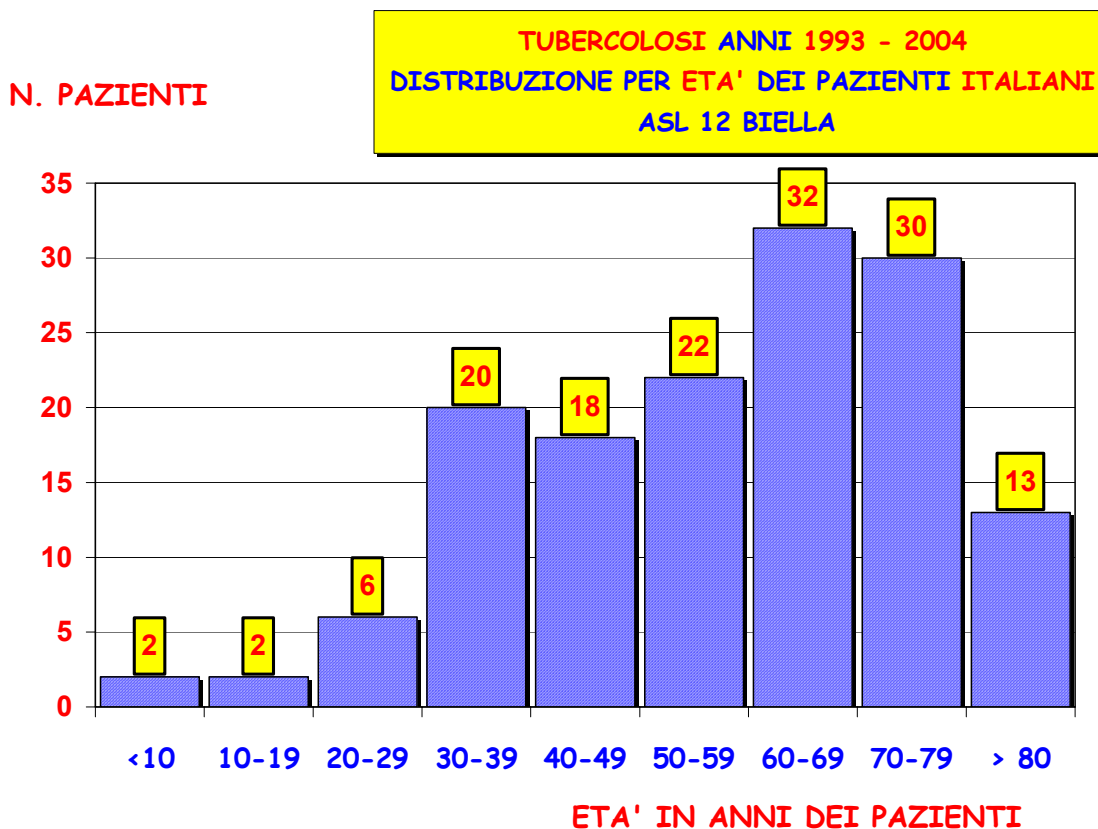
In 22 delle 35 forme a localizzazione polmonare il BK è stato riscontrato direttamente nell'escreato. La presenza del bacillo di Koch nell'escreato è indice di maggiore contagiosità del paziente.

Due pazienti sono deceduti.

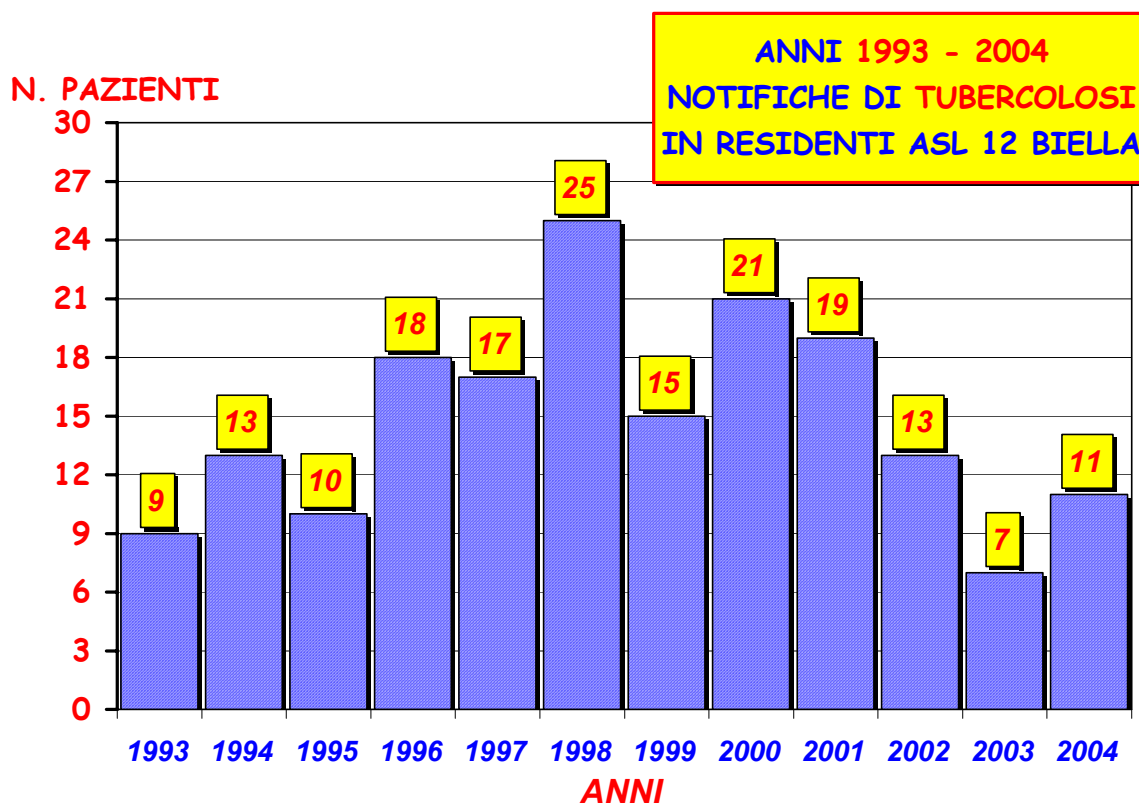
Quattro casi di TBC si sono verificati in lavoratori in comunità; in 3 di questi casi il diretto dell'escreato era positivo, pertanto è stato necessario informare i compagni di

lavoro, con la collaborazione del medico competente, e sottoporli agli accertamenti necessari.

I 2 grafici seguenti mettono a confronto le diverse caratteristiche demografiche dei casi di tubercolosi in pazienti italiani e stranieri dal 1993 al 2004 residenti nella nostra ASL al momento della diagnosi.



Nella figura seguente è riportato l'andamento delle notifiche di tubercolosi (da M. tb. complex) dal 1993 al 2004 in residenti nella nostra ASL, suddivise in base all'anno di notifica.



Delle 13 forme da micobatteri non tubercolari notificate tra il 2001 e il 2004, 11 sono state a localizzazione polmonare, una cutanea e una linfoghiandolare.

UN CASO PARTICOLARE DI TRASMISSIONE DEL MICOBATTERIO

Il nostro Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, in base alle disposizioni regionali del protocollo operativo per il controllo della tubercolosi, ricevette il giorno 5 luglio 2001 la segnalazione, da parte del Laboratorio di Analisi dell'Ospedale di Biella, che l'esame diretto dell'escreato effettuato su di un paziente aveva dato esito positivo per micobatteri acido-alcool resistenti.

Il giorno seguente ricevemmo dalla S.C. di Pneumologia dell'Ospedale di Biella la notifica del caso di tubercolosi polmonare escavata, con positività del diretto dell'escreato, dell'intradermoreazione tubercolinica e delle indagini radiologiche.

Vennero avviate le indagini epidemiologiche del caso sui conviventi e ne fu data comunicazione ai colleghi del Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria, dato che il paziente era un allevatore di bovini.

La coltura dell'escreato diede esito positivo e la successiva tipizzazione, eseguita a Novara, confermò trattarsi di un ceppo di M. Tuberculosis Complex.

Al paziente vennero prescritti i farmaci antitubercolari del caso e al termine dei 6 mesi di terapia i colleghi dalla UOA di Pneumologia dell'Ospedale di Biella ci inviarono il modello B (scheda per la sorveglianza degli esiti del trattamento dei casi

di tubercolosi), dove ci veniva comunicato che il trattamento era stato completato. La pratica venne quindi archiviata.

Pochi mesi dopo, il 1° agosto del 2002 il Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria ci informò del riscontro della positività alla prova tubercolinica in 2 capi bovini provenienti dall'allevamento del paziente.

Il paziente venne quindi invitato a presentarsi al più presto presso l'ambulatorio di Pneumologia dell'Ospedale di Biella, per essere sottoposto a nuova visita e ricerca del micobatterio nell'escreato e nelle urine. Il 12 agosto 2002 il Laboratorio di Analisi dell'Ospedale di Biella riscontrò nel paziente una nuova positività per micobatteri acido-alcool resistenti all'esame diretto dell'escreato. La coltura risultò positiva il 2/9/2002.

C'è da segnalare che il Mycobacterium Complex isolato la seconda volta sul paziente (cioè nel 2002) risultò sensibile a tutti e 4 i farmaci anti-tubercolari testati (streptomina, isoniazide, rifampicina, etambutolo), come era avvenuto nel 2001. Pertanto il paziente non risultò affetto da un ceppo MDR (Multi Drug Resistant).

Il paziente, eseguiti gli altri necessari accertamenti, venne nuovamente posto in terapia antitubercolare il 23 agosto 2002.

La coltura del paziente venne inviata al dott. Stefano Bonora del Laboratorio della Clinica Universitaria dell'ospedale Amedeo di Savoia di Torino per l'esecuzione del fingerprinting; successivamente il campione venne inviato all'Istituto Zooprofilattico di Torino e confrontato con quello isolato dalle due vacche; i due campioni confrontati con la metodica detta SPOLIGOTYPING risultarono provenire dallo stesso ceppo; la specie venne identificata come BOVIS.

In questo caso quindi si è verificato quanto segue:

- 1) con ogni probabilità, il paziente, che fin da giovane si era occupato di allevamento di bovini, venne infettato durante la sua vita lavorativa dal M. Bovis, con una infezione rimasta asintomatica per molti anni;
- 2) con l'avanzare dell'età, l'infezione ha prodotto la malattia tubercolare, che la terapia non è riuscita a curare completamente, dato che l'escreato è ritornato ad essere positivo; il paziente ha così "restituito" l'infezione alle vacche, che hanno sviluppato la malattia tubercolare;
- 3) solo la tempestiva segnalazione del Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria ci ha consentito di sospettare la recidiva della malattia nell'uomo, poi confermata dai colleghi ospedalieri.

Questo è un esempio di proficua collaborazione tra il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica e il Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria.

(Ha collaborato alla raccolta delle notifiche la dr.ssa Anna Musso)

Ringraziamo tutti i colleghi notificatori; restiamo a disposizione per ogni eventuale ulteriore chiarimento.