



**A.S.L. BI**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Biella*

SEDE LEGALE

Via Marconi, 23 – 13900 Biella

Tel. 015-35031 Fax. 015-3503545

[www.aslbi.piemonte.it](http://www.aslbi.piemonte.it)

## **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**Servizio Igiene e Sanità Pubblica**

*Direttore: Dr. Franco PIUNTI*

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

e-mail : [prevenzione@aslbi.piemonte.it](mailto:prevenzione@aslbi.piemonte.it)

**OTTAVO BOLLETTINO  
EPIDEMIOLOGICO  
DELLE MALATTIE INFETTIVE  
ANNO 2009  
E RIEPILOGO 1995-2008**

**elaborazione dati e relazione  
a cura di Giovanni ARA**

**archiviazione informatizzata dei dati a cura di:  
Giovanni Ara, Biagia Roselli,  
Graziella Cavalli e Adriano Paganin**

<b>INDICE</b>	<b>Pag.</b>
<b>NOTIFICHE 2009 ASL BIELLA</b>	<b>3</b>
<b>MALATTIE DI CLASSE I – Tetano</b>	<b>3</b>
<b>MALATTIE DI CLASSE II - TABELLA RIEPILOGATIVA</b>	<b>4</b>
<b>MALATTIE DI CLASSE V - TABELLA RIEPILOGATIVA</b>	<b>5</b>
<b>PROVENIENZA DELLE NOTIFICHE</b>	<b>5</b>
<b>IL RITORNO DELLA RABBIA ANIMALE IN ITALIA</b>	<b>6</b>
<b>ELENCO MEDICI NOTIFICATORI 2009</b>	<b>7</b>
<b>“TOP TWENTY” DEI MEDICI NOTIFICATORI 2009</b>	<b>9</b>
<b>NOTIFICHE DEI PEDIATRI CONVENZIONATI</b>	<b>9</b>
<b>CASI DOPPI/SOSPETTI</b>	<b>10</b>
<b>MALATTIE DI CLASSE II</b>	
<b>COMMENTO E CRITERI ELABORAZIONE STATISTICHE</b>	<b>10</b>
<b>VARICELLA</b>	<b>12</b>
<b>SCARLATTINA</b>	<b>13</b>
<b>PERTOSSE</b>	<b>14</b>
<b>MORBILLO</b>	<b>15</b>
<b>ROSOLIA</b>	<b>16</b>
<b>PAROTITE</b>	<b>16</b>
<b>SALMONELLOSI</b>	<b>18</b>
<b>MENINGITI-MENINGOENCEFALITI</b>	<b>20</b>
<b>EPATITI</b>	
<b>EPATITE A</b>	<b>22</b>
<b>EPATITE B</b>	<b>27</b>
<b>EPATITE C</b>	<b>30</b>
<b>MALATTIE DI CLASSE III</b>	
<b>AIDS</b>	<b>33</b>
<b>TUBERCOLOSI</b>	<b>37</b>
<b>MALARIA</b>	<b>48</b>
<b>SCABBIA</b>	<b>51</b>
<b>FOCOLAI EPIDEMICI</b>	<b>58</b>
<b>NUOVA INFLUENZA A(H1N1)v</b>	<b>59</b>
<b>ZOONOSI</b>	<b>61</b>

## NOTIFICHE ASL BIELLA ANNO 2009

Nel corso del 2009 sono pervenute al Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL di Biella **773** notifiche di malattie infettive, oltre a **172** segnalazioni di morsi di cani ed altri animali. In seguito alla sorveglianza della epidemia del nuovo virus influenzale AH1N1, sono inoltre pervenute altre **79** segnalazioni (casi sospetti, esecuzione di tamponi nasofaringei per la ricerca del virus).

A seguito di queste notifiche di malattie infettive, complessivamente nel 2009 sono state eseguite 196 indagini epidemiologiche.

<b>Notifiche ASL BIELLA 2009</b>	
<b>Malattie di classe 1</b>	<b>0</b>
<b>Malattie di classe 2</b>	<b>503</b>
<b>Malattie di classe 5</b>	<b>230</b>
<b>TBC</b>	<b>17</b>
<b>AIDS</b>	<b>3</b>
<b>MALARIA</b>	<b>1</b>
<b>MENINGITI</b>	<b>9</b>
<b>Notifiche doppie</b>	<b>5</b>
<b>casi sospetti non confermati</b>	<b>5</b>
<b>TOTALE</b>	<b>773</b>

### MALATTIE DI CLASSE I - ANNO 2009

#### TETANO

Nel corso del 2009 non sono pervenute al SISP notifiche di casi di tetano.

La maggior parte delle decine di casi di tetano che si verificano ogni anno in Italia vengono diagnosticati 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, è indicato somministrare non solo una dose di vaccino anti-diftericotetanico, ma anche le gammaglobuline anti-tetaniche.

La vaccinazione antitetanica va di norma somministrata in associazione all'antidifterica, come previsto dalla Circolare del Ministero della Sanità n. 16 dell'11 novembre 1996.

## MALATTIE DI CLASSE II – ANNO 2009

Nel corso del 2009 è stata attivata in Piemonte una nuova modalità di invio delle notifiche basata su di una piattaforma web; ciò consente di avere in tempo reale l'andamento delle malattie infettive notificate, in quanto la registrazione è immediata, contestualmente al suo "inserimento" nel data base elettronico, criptato e protetto da password, con accesso riservato agli operatori del Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

Il caso viene registrato e visualizzato dal Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive – SeREMI – dell'ASL di Alessandria all'atto stesso dell'inserimento.

L'elaborazione dei dati del 2009 è stata particolarmente laboriosa in quanto fino al 31/7/2009 le notifiche sono state inserite nel precedente software denominato SIMI2, mentre dal 1°/8/2009 in quello web. Quindi per ogni malattia è stato necessario estrarre separatamente i dati dai 2 archivi, e poi sommarli.

E' perciò sempre più importante che l'invio delle segnalazioni di malattie infettive 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.

<b>MALATTIE DI CLASSE II</b>	<b>ANNO 2009</b>	<b>RESIDENTI NELLA ASL DI BIELLA</b>	<b>RESIDENTI IN ALTRE ASL</b>
<b>VARICELLA</b>	<b>325</b>	<b>324</b>	<b>1</b>
<b>SCARLATTINA</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>0</b>
<b>DIARREA INFETTIVA</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>3</b>
<b>SALMONELLOSI NON TYPHI</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>3</b>
<b>PAROTITE</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
<b>LEGIONELLOSI</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
<b>PERTOSSE</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>EPATITE B</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>EPATITE A</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>EPATITE C</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>GONORREA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>MORBILLO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ROSOLIA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTALI</b>	<b>503</b>	<b>493</b>	<b>10</b>

## MALATTIE DI CLASSE V – ANNO 2009

Le notifiche di malattie in classe V sono quelle che devono essere trasmesse alla Regione (e da questa al Ministero della Salute e all'ISTAT) a fine anno, in un unico riepilogo. Nella ASL di Biella queste notifiche vengono inserite in un data base elettronico, e ciò consente l'elaborazione di statistiche e la descrizione del loro andamento negli anni.

<b>MALATTIE DI CLASSE V</b>	<b>TOTALE 2009</b>	<b>RESIDENTI NELLA ASL BIELLA</b>	<b>RESIDENTI IN ALTRE ASL</b>
INFEZIONI DA STREPTOCOCCO	143	141	2
SCABBIA	33	33	0
MONONUCLEOSI	17	17	0
PEDICULOSI DEL CAPO	13	13	0
IMPETIGINE	5	5	0
STOMATITE	5	5	0
MENINGITE PNEUMOCOCCICA	5	5	0
HERPES ZOSTER	4	4	0
SESTA MALATTIA	4	4	0
MENINGO ENCEFALITE DA LISTERIA	2	1	1
FEBBRE DA GRAFFIO DI GATTO	1	1	0
EPATITE DA CITOMEGALOVIRUS	1	1	0
GIARDIASI	1	1	0
HERPES SIMPLEX 1	1	1	0
MENINGITE DA ESCHERICHIA COLI	1	1	0
MENINGITE DA CRIPTOCOCCO	1	1	0
TINEA CAPITIS	1	1	0
TRYCHOSTRONGYLIASI	1	1	0
<b>TOTALE</b>	<b>239</b>	<b>236</b>	<b>3</b>

### **PROVENIENZA DELLE NOTIFICHE**

La ripartizione delle notifiche per provenienza è stata la seguente:

<b>PROVENIENZA DELLE NOTIFICHE DI MALATTIE INFETTIVE ANNO 2009</b>	<b>N.</b>
MEDICI CONVENZIONATI/ LIBERI PROFESSIONISTI	<b>622</b>
MALATTIE INFETTIVE OIB	<b>61</b>
PEDIATRIA OIB	<b>32</b>
DERMATOLOGIA OIB	<b>23</b>
PNEUMOLOGIA OIB	<b>16</b>
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA	<b>2</b>
ANESTESIA E RIANIMAZIONE OIB	<b>2</b>
MEDICINA OIB	<b>2</b>
DEA OIB	<b>1</b>
ANATOMIA PATOLOGICA OIB	<b>1</b>
MEDICI ALTRE ASL	<b>11</b>
<b>TOTALE</b>	<b>773</b>

## **IL RITORNO DELLA RABBIA ANIMALE IN ITALIA**

Come detto, nel 2009 sono pervenute anche 172 segnalazioni di morsi di cani e altri animali (sospetto caso di rabbia), inviate quasi tutte dal DEA dell'ospedale di Biella.

Va purtroppo segnalato che nell'ottobre del 2008 la rabbia silvestre ha fatto la sua ricomparsa in Italia, nell'area nord-est della regione Friuli Venezia Giulia, estendendosi successivamente alla regione Veneto e al Trentino Alto Adige.

Il primo caso è stato segnalato in una volpe che in una foresta vicino a Resia (al confine con Slovenia e Austria) ha attaccato un uomo, poi sottoposto a profilassi antirabbica. La ricerca del virus della rabbia tramite PCR eseguita sul cervello della volpe ha dato esito positivo.

L'ultimo caso di rabbia animale in Italia risale al 1995; in Valle d'Aosta era stato diagnosticato un caso in una volpe nel 1984.

Probabilmente la rabbia animale è giunta dall'ex Jugoslavia, dove il controllo della malattia è stato attuato in modo meno stringente rispetto a quanto fatto in Austria.

Gli aggiornamenti sull'andamento della rabbia animale in queste regioni sono reperibili a questo link dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie:

[http://www.izsvenezie.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=405&Itemid=403](http://www.izsvenezie.it/index.php?option=com_content&view=article&id=405&Itemid=403)

Dal 2008 al 9-6-2010 sono stati diagnosticati 269 casi di rabbia in animali, di cui 58 in Friuli Venezia Giulia, 203 in Veneto, 4 nella Provincia autonoma di Trento e 4 nella Provincia autonoma di Bolzano; segnalati casi anche in gatti.

Il ministero della Salute ha pertanto emanato una serie di ordinanze con provvedimenti volti a contenere l'infezione; tra questi anche l'obbligo di far vaccinare cani, gatti e furetti contro la rabbia, se diretti, anche solo per un soggiorno temporaneo, verso le regioni affette.

In Piemonte solitamente dopo un morso di cane non è necessaria la profilassi antirabbica, che viene invece somministrata dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica sia come profilassi pre-esposizione, di solito a viaggiatori in partenza per lunghi soggiorni in aree endemiche (soprattutto Africa), sia come profilassi post-esposizione, in viaggiatori morsi durante soggiorni all'estero e ai quali solitamente sono già state somministrate una o più dosi di vaccino del ciclo vaccinale antirabbico.

Tuttavia alla luce della situazione attuale, è possibile che prossimamente la regione Piemonte possa disporre modifiche alla procedure attualmente previste. Sicuramente, qualora un medico veda un paziente morsicato da un animale, dovrà informarsi se il morso è avvenuto nelle suddette regioni a rischio ed inviarlo eventualmente per la vaccinazione antirabbica al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL. In caso di fondato sospetto di contagio da rabbia, è necessario somministrare anche le gamma globuline antirabbiche.

Con ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del Piemonte del 3 giugno 2010, n. 41, è stato dichiarato lo stato di pre-allerta per la rabbia e messa in atto delle misure profilattiche, tra le quali l'obbligo per i sanitari che assistono pazienti morsicati da animali, di inoltrare una comunicazione immediata al Servizio Veterinario e al SISP dell'ASL competente, descrivendo e, se possibile, identificando l'animale morsicatore ed il suo proprietario/detentore.

**ELENCO MEDICI NOTIFICATORI ANNO 2009***in ordine alfabetico*

<b>MEDICO</b>	<b>N.</b>	<b>% sul totale</b>
Acquadro Cristina	2	0,26%
Andreoni Massimo	3	0,39%
Aimone Nicolà Maurizio	1	0,13%
Amosso Ettore	23	2,98%
Ara Giovanni	3	0,39%
Baietto Gisella	2	0,26%
Barbera Cesare	2	0,26%
Bernardi Monica	1	0,13%
Bernardoni Mauro	1	0,13%
Bertola Antonella	1	0,13%
Bertoletti Massimo	5	0,65%
Beuermann Anke (1° Premio)	155	20,05%
Bianchini Franco	2	0,26%
Bodo Enrico	2	0,26%
Boero Flavia	1	0,13%
Boggio Bozzo Massimo	1	0,13%
Buffa Joseph	73	9,44%
Bullio Domenico	6	0,78%
Calabrese Vincenzo	2	0,26%
Campra Daniela	1	0,13%
Carpano Maglioli Paolo	1	0,13%
Cianferoni Paolo	3	0,39%
Cimminelli Lina	2	0,26%
Colageo Umberto	1	0,13%
Cugnolio Alessandro	1	0,13%
De Benedictis Cecilia	3	0,39%
De Gregori Guido	1	0,13%
De Saraca Massimo	7	0,91%
Di Paoli Valter	1	0,13%
Eshraghy Mohammad Reza	9	1,16%
Ferraro Monica	1	0,13%
Foglio Stefano	1	0,13%
Furno Marchese Carla	2	0,26%
Garofalo Franco	1	0,13%
Girardi Raffaele	1	0,13%
Gozzelino Felice	5	0,65%
ILLEGGIBILE	3	0,39%
Lingua Anna	27	3,49%
Loperfido Bruna	3	0,39%

Malfitana Antonino	3	0,39%
Manzoni Roberto	11	1,42%
Masi Fabio	1	0,13%
Medici altre ASL	12	1,55%
Mondin Giorgio	5	0,65%
Mosca Maria Francesca	2	0,26%
Nelva Anna	1	0,13%
Palladino Mara	1	0,13%
Pandullo Eleonora	1	0,13%
Paolini Piero	1	0,13%
Pascu Mimii Emanoela	1	0,13%
Pavignano Giorgio	3	0,39%
Pella Paolo	3	0,39%
Perona Anna	1	0,13%
Petri Giorgio	33	4,27%
Pezzo Daniele	2	0,26%
Piglia Paolo	2	0,26%
Randazzo Ugo	1	0,13%
Rosa Claudio	24	3,10%
Rota Marinella	53	6,86%
Saccagno Alessandra	25	3,23%
Salatino Aureliano	24	3,10%
Serafini Isabella	42	5,43%
Sizzano Ezio	7	0,91%
Spola Roberta	3	0,39%
Turotti Marco	3	0,39%
Vallese Gian Carlo	3	0,39%
Vallivero Paola	4	0,52%
Valz Pier Giorgio	2	0,26%
Vercellino Silvano	3	0,39%
Villa Annamaria	1	0,13%
Vivenza Claudia	10	1,29%
Zanini Rosella	124	16,04%
Zarino Carlo	1	0,13%
<b>Total</b>	<b>773</b>	<b>100,00%</b>

*E' da notare che i primi 11 medici notificatori hanno inviato oltre 600 notifiche, pari a quasi l'80% del totale: si tratta di:*

*1) 8 pediatri: Anke Beuermann (155), Rosella Zanini (124), Ioseph Buffa (73), Marinella Rota (53), Isabella Serafini (42), Giorgio Petri (33), Alessandra Saccagno (25) ed Ettore Amosso (23);*

*2) 2 medici infettivologi: dr.ssa Anna Lingua (27) e dr. Aureliano Salatino (24) e*

*3) un medico di medicina generale, il dr. Claudio Rosa (24).*

**“TOP TWENTY” DEI MEDICI NOTIFICATORI - ANNO 2009**

	<b>MEDICO</b>	<b>N.</b>
<b>1</b>	<b>Beuermann Anke</b>	<b>155</b>
<b>2</b>	<b>Zanini Rosella</b>	<b>124</b>
<b>3</b>	<b>Buffa Joseph</b>	<b>73</b>
<b>4</b>	<b>Rota Marinella</b>	<b>53</b>
<b>5</b>	<b>Serafini Isabella</b>	<b>42</b>
<b>6</b>	<b>Petri Giorgio</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Lingua Anna</b>	<b>27</b>
<b>8</b>	<b>Saccagno Alessandra</b>	<b>25</b>
<b>9</b>	<b>Rosa Claudio</b>	<b>24</b>
<b>10</b>	<b>Salatino Aureliano</b>	<b>24</b>
<b>11</b>	<b>Amosso Ettore</b>	<b>23</b>
<b>12</b>	<b>Manzoni Roberto</b>	<b>11</b>
<b>13</b>	<b>Vivenza Claudia</b>	<b>10</b>
<b>14</b>	<b>Eshraghy Mohammad Reza</b>	<b>9</b>
<b>15</b>	<b>De Saraca Massimo</b>	<b>7</b>
<b>16</b>	<b>Sizzano Ezio</b>	<b>7</b>
<b>17</b>	<b>Bullio Domenico</b>	<b>6</b>
<b>18</b>	<b>Bertoletti Massimo</b>	<b>5</b>
<b>19</b>	<b>Gozzelino Felice</b>	<b>5</b>
<b>20</b>	<b>Mondin Giorgio</b>	<b>5</b>

**NOTIFICHE PEDIATRI CONVENZIONATI 2009:**

<b>PEDIATRA</b>	<b>N. NOTIFICHE 2009</b>	<b>NUMERO DI ASSISTITI</b>
<b>ZANINI ROSELLA</b>	<b>124</b>	<b>817</b>
<b>BUFFA IOSEPH</b>	<b>73</b>	<b>804</b>
<b>ROTA MARINELLA</b>	<b>50</b>	<b>1.023</b>
<b>SERAFINI ISABELLA</b>	<b>42</b>	<b>947</b>
<b>PETRI GIORGIO</b>	<b>33</b>	<b>967</b>
<b>SACCAGNO ALESSANDRA</b>	<b>25</b>	<b>504</b>
<b>AMOSO ETTORE</b>	<b>23</b>	<b>785</b>
<b>PANDULLO ELEONORA</b>	<b>1</b>	<b>903</b>
<b>BENFANTE ANNA</b>	<b>0</b>	<b>814</b>
<b>BORRI BRUNETTO DOMENICO</b>	<b>0</b>	<b>741</b>
<b>CALIGARIS GIORGIO</b>	<b>0</b>	<b>707</b>
<b>CHIORBOLI ELENA</b>	<b>0</b>	<b>833</b>
<b>GIRELLI GIULIANA</b>	<b>0</b>	<b>1.020</b>
<b>MOLLICA MARIA CLELIA</b>	<b>0</b>	<b>810</b>
<b>ZAVALLONE ANNALISA</b>	<b>0</b>	<b>1.023</b>

Appare evidente dalla precedente tabella che sui 15 pediatri convenzionati solo 7 inviano regolarmente le notifiche di malattie infettive (=medici sentinella). Esiste poi un'altra pediatra, non più convenzionata, la dr.ssa Anke Beuermann, che invia regolarmente le notifiche dei casi di malattie infettive da lei osservati (ed è anzi la pediatra che nel 2009 ne ha inviate più di tutte).

Considerando ciò, possiamo ritenere che la popolazione pediatrica seguita dai medici sentinella sia numericamente simile a quella dei pediatri che non notificano, pertanto possiamo stimare una sottotifica dei casi di malattie come la varicella, la scarlattina, la pertosse e la parotite di circa il 50% .

### **CASI DOPPI/SOSPETTI 2009**

In 5 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 5 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).

### **COMMENTO**

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

*Un ringraziamento particolare va a tutti quei colleghi che ci hanno inviato regolarmente le loro notifiche, nonostante l'enorme impegno sia lavorativo che comunicativo dovuto all'epidemia del nuovo virus influenzale.*

### **CRITERI PER L'ELABORAZIONE DELLE STATISTICHE E DEI GRAFICI**

Per quanto riguarda le statistiche seguenti, ove non diversamente specificato nel grafico, le notifiche riportate includono i casi segnalati nella nostra ASL in residenti nella nostra ASL + i casi diagnosticati in altre ASL della regione Piemonte in residenti nella nostra ASL + i casi diagnosticati in altre regioni in residenti nella nostra ASL. Queste ultime notifiche non compaiono nei Bollettini riepilogativi della Regione Piemonte, perchè non vengono trasmessi dal nostro Servizio alla Regione e da questa al Ministero in quanto i casi sono già stati segnalati dalle altre regioni.

## INCIDENZA

L'incidenza viene calcolata rapportando solitamente a centomila i casi in residenti nella nostra ASL notificati nel 2009; nel calcolo sono inclusi :

- 1) i casi diagnosticati e notificati nella nostra ASL in residenti nella ASL di Biella;
- 2) i casi diagnosticati in altre ASL (anche fuori regione) in residenti nella ASL di Biella e poi successivamente notificati al nostro Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

Con il nuovo sistema di notifica via web utilizzato in regione Piemonte, un caso di classe II o di tubercolosi diagnosticato in un'altra ASL piemontese in un residente nella nostra ASL, viene immediatamente visualizzato nel data base accessibile via web dal referente per la sorveglianza delle malattie infettive della nostra ASL.

La popolazione residente nella ASL per il calcolo delle incidenze è tratta dalla BDDE (Banca Dati Demografica Evolutiva) della regione Piemonte; per il 2009, non essendo ancora disponibile il dato, si è utilizzato quello del 2008 (ciò determina per altro differenze irrilevanti nel calcolo dell'incidenza).

<b>Anno</b>	<b>Popolazione ASL BIELLA</b>
<b>1993</b>	<b>180.829</b>
<b>1994</b>	<b>180.770</b>
<b>1995</b>	<b>180.710</b>
<b>1996</b>	<b>180.427</b>
<b>1997</b>	<b>180.009</b>
<b>1998</b>	<b>179.671</b>
<b>1999</b>	<b>179.654</b>
<b>2000</b>	<b>179.464</b>
<b>2001</b>	<b>177.383</b>
<b>2002</b>	<b>178.429</b>
<b>2003</b>	<b>178.892</b>
<b>2004</b>	<b>178.732</b>
<b>2005</b>	<b>178.211</b>
<b>2006</b>	<b>177.618</b>
<b>2007</b>	<b>178.237</b>
<b>2008</b>	<b>178.137</b>
<b>2009</b>	<b>178.137 (*)</b>

(\*) dato non ancora disponibile; utilizzato quello del 2008.

## MALATTIE DI CLASSE II

Nel corso del 2009 non si sono avute epidemie di morbillo e rosolia, dopo quelle del 2008.

### VARICELLA

Dopo il 2008 che era stato un anno epidemico, nel 2009 vi è stato un calo delle notifiche, con la maggior parte dei casi concentrati nel primo semestre.

L'incidenza nel 2009 è stata di 182,4/100.000 persone/anno, un poco inferiore a quella del quadriennio precedente.

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.

Nel grafico seguente vengono riportati i casi e l'incidenza della varicella nel periodo dal 1995 al 2009.

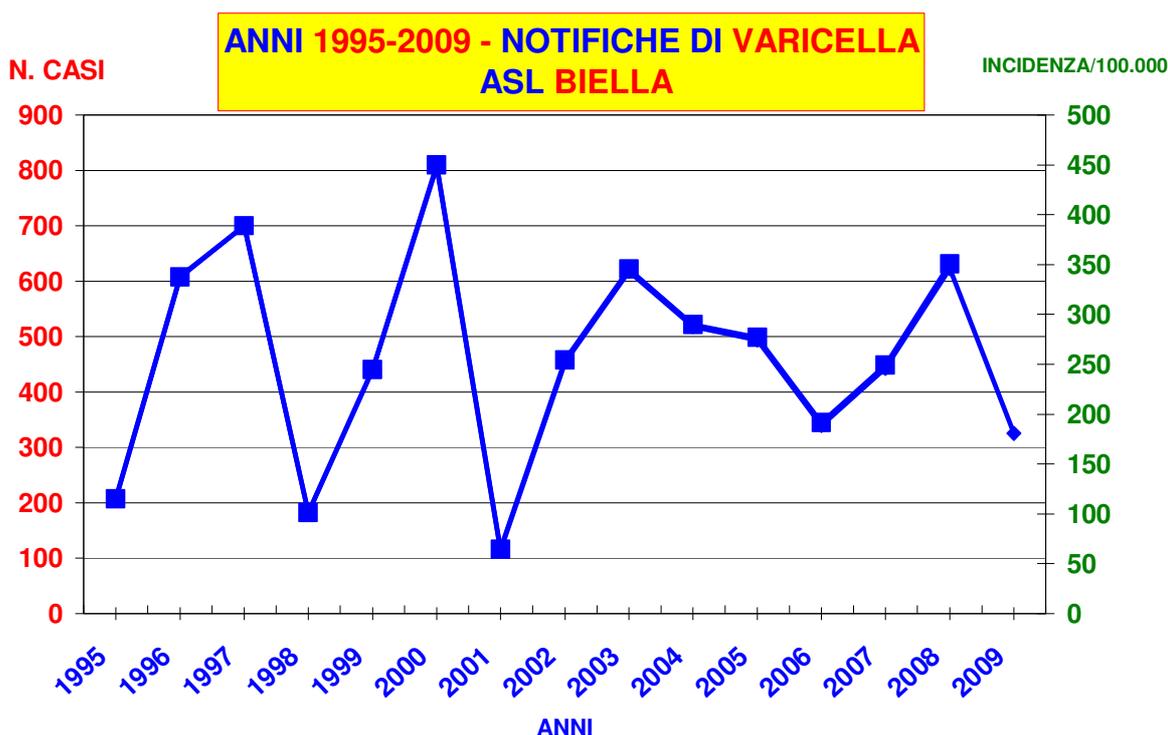
Sull'asse delle ascisse sono riportati gli anni dal 1995 (anno di costituzione dell'ASL di Biella) al 2009;

sull'asse delle ordinate vengono riportati 2 dati:

- sull'asse delle ordinate di sinistra, la scala si riferisce al numero dei casi notificati in residenti nell'ASL BI ogni anno;

- sull'asse delle ordinate di destra, la scala si riferisce all'incidenza per 100.000 abitanti/anno.

Le curve relative al numero dei casi e all'incidenza hanno un andamento praticamente sovrapponibile, in quanto la popolazione dal 1995 al 2009 ha subito una variazione dell'1% circa; quindi, per semplificare la visione del grafico, le 2 scale sono state scelte in modo che la stessa curva indichi sia il numero dei casi (visibile sull'ordinata di sinistra) che l'incidenza (visibile sull'ordinata di destra).



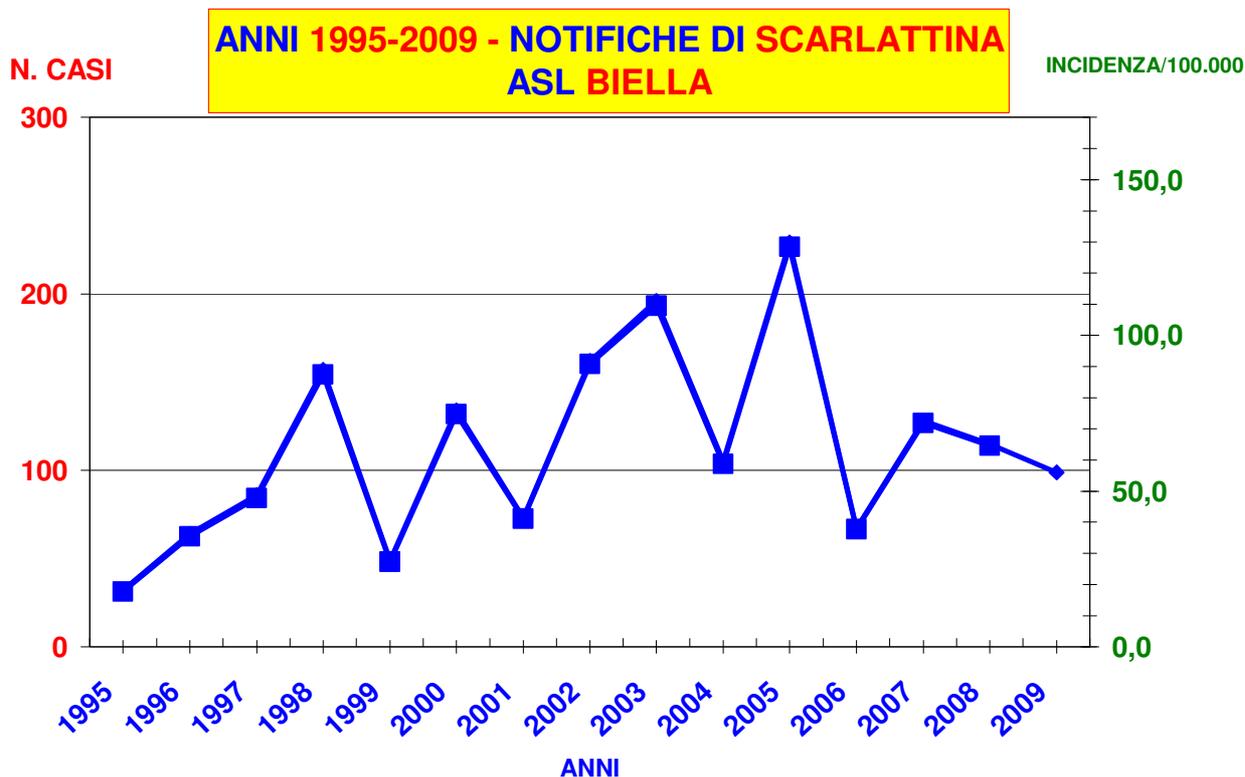
Come al solito, la fascia di età più colpita è stata quella tra i 3 ed i 5 anni (picco ai 4 anni); ben 18 casi (il 5,55% del totale) sono stati notificati in neonati di età inferiore ad un anno e il 9,25% in persone di oltre 14 anni. Due casi in vaccinati. 4 casi sono stati ricoverati in ospedale, con età di 2, 6, 35 e 44 anni.

### SCARLATTINA

Per la scarlattina il tasso di incidenza nel 2009 è stato più basso rispetto alla varicella (come solitamente accade); e come ogni anno, in alcuni casi la malattia è stata notificata 2 volte nello stesso soggetto (re-infezioni).

L'incidenza è stata di 55,6/100.000 persone/anno, leggermente inferiore alla media degli ultimi 10 anni (72/100.000).

La fascia di età più colpita è quella tra i 2 ed i 4 anni con picco all'età di 3; segnalato solo 1 caso sotto l'anno in un infante di 2 mesi; non è stato segnalato nessun ricovero. Nel grafico seguente sono riportati i casi e l'incidenza della scarlattina nel periodo dal 1995 al 2009.



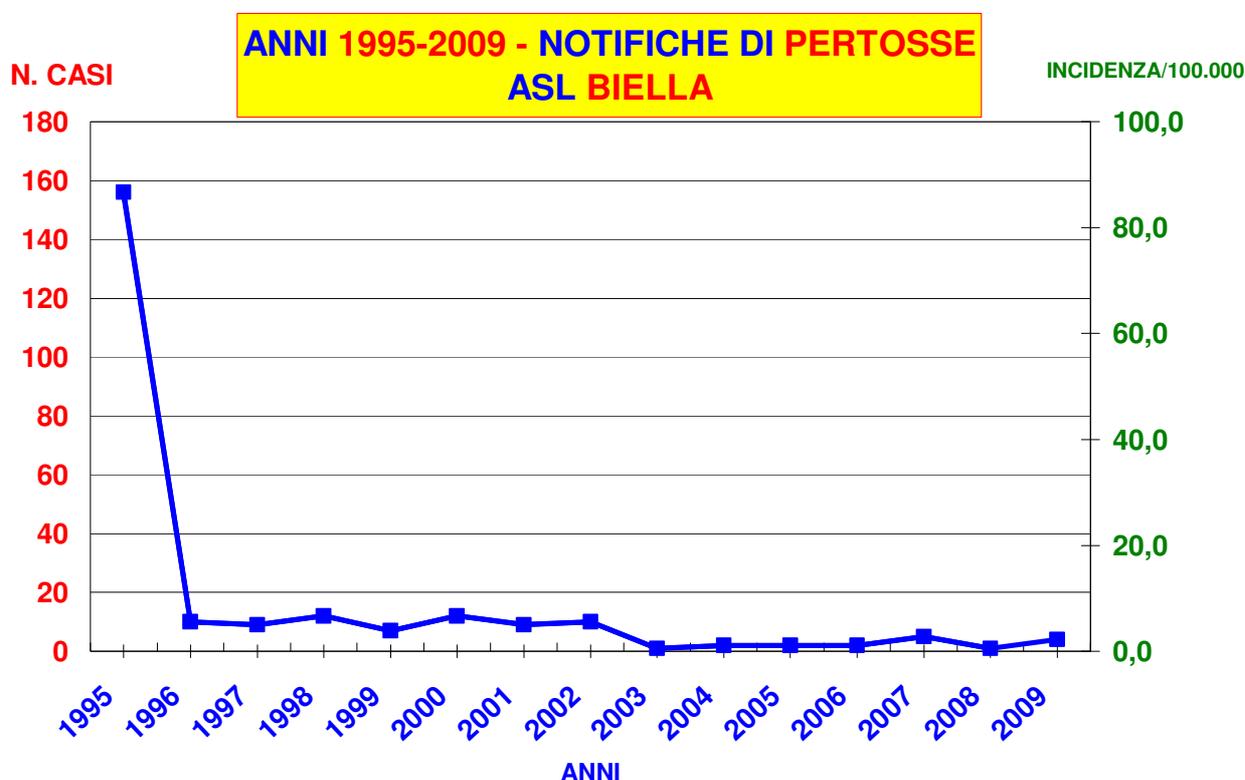
## PERTOSSE

Nella nostra ASL, l'elevato tasso di copertura vaccinale nei confronti della pertosse impedisce ormai dal 1995 la comparsa di epidemie; tuttavia è necessario continuare una attenta sorveglianza, per identificare precocemente eventuali focolai, anche tra gli adulti.

Nel 2009 sono stati notificati solo 4 casi di pertosse; nessun caso in infanti sotto l'anno; i casi sono stati segnalati in soggetti di età compresa tra 1 e 9 anni; nessuno era stato vaccinato. Nessun ricovero.

L'incidenza media nel 2009 è stata molto bassa: 2,2/100.000 persone/anno.

Nel grafico seguente sono riportati i casi e l'incidenza della pertosse nel periodo dal 1995 al 2009. Il 1994 (dati non riportati nel grafico) fu l'ultimo anno epidemico nella nostra ASL.



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 (esame molto specifico ma a volte con bassa sensibilità) o con la positività della PCR, con negatività della ricerca per la *B. parapertussis*; anche la PCR può avere problemi di specificità, soprattutto in corso di epidemie ed esistono ancora problemi di standardizzazione; la sierologia è di scarso aiuto, soprattutto in una popolazione altamente immunizzata come quella costituita dai soggetti di età inferiore ai 14 anni residenti nella nostra ASL (il semplice riscontro di una positività degli anticorpi antitossina su un singolo prelievo non ha alcun significato diagnostico; inoltre sussistono ancora problemi di standardizzazione

e di scelta dei “cut-off”); a ciò aggiungasi che i casi in vaccinati sono spesso con sintomatologia più attenuata.

Per mantenere la pertosse sotto controllo, oltre ad una elevata copertura nell’infanzia, è importante effettuare il booster DTaP a 5-6 anni di età, e il successivo richiamo a 15 anni. Nel 2010 i nati nel 2004 effettuano il richiamo con il vaccino tetravalente anti-difterico-tetanico-pertosse acellulare-polio, in quanto in base alla normativa vigente non hanno più effettuato il richiamo con l’antipolio nel corso del terzo anno di vita.

## MORBILLO

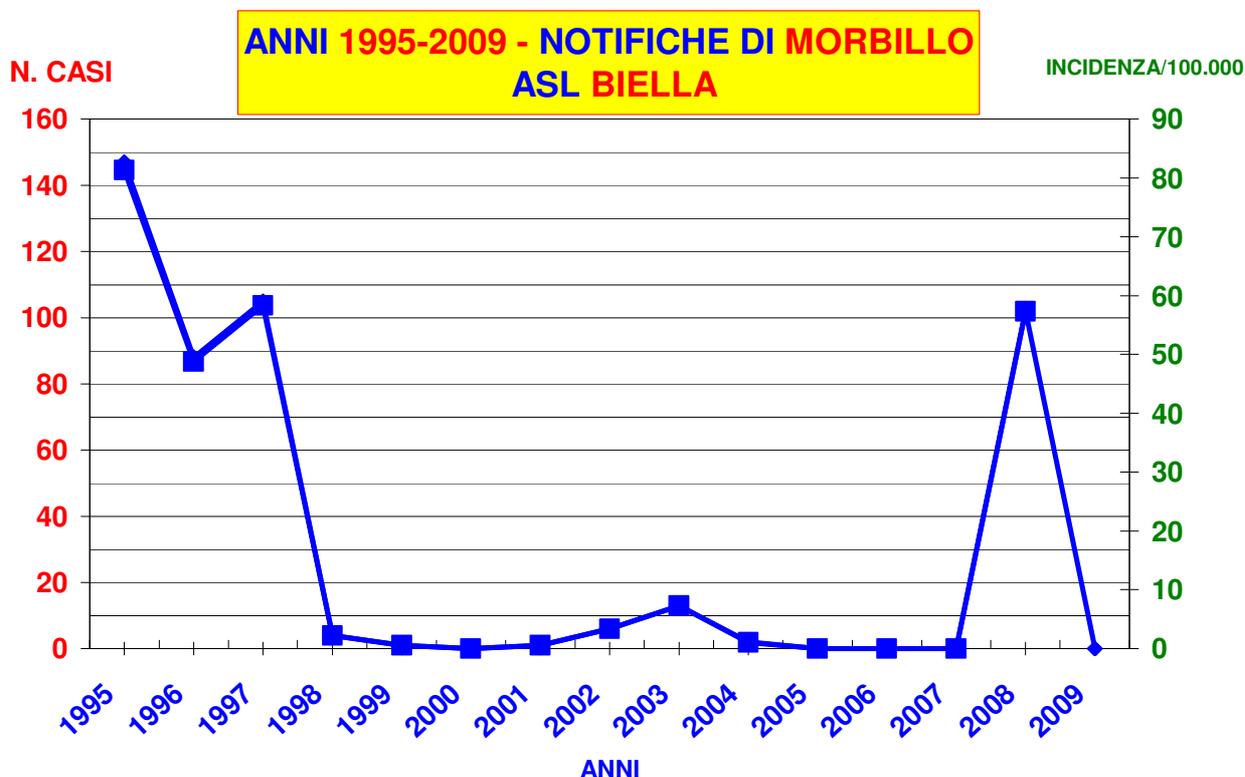
Dopo l’epidemia di morbillo avvenuta nel 2008, nel corso del 2009 non vi sono state segnalazioni di casi sospetti o accertati.

Dato che permane uno “zoccolo duro” di genitori (e anche di medici) ostili alla vaccinazione anti-morbillo-parotite-rosolia, è inevitabile l’accumulo nel tempo di soggetti suscettibili a queste 3 malattie, con la conseguenza che nei prossimi anni assisteremo ancora al verificarsi di altre epidemie.

Ricordo che l’epidemia del 2008 i casi furono 102 con 10 ricoveri urgenti in ospedale. L’incidenza fu di 56/100.000.

Tra le complicanze dei soggetti ricoverati si segnalano 3 casi di **dispnea grave con insufficienza respiratoria**, 2 **pancreatiti acute**, 2 **piastrinopenie**, 2 **epatiti**, 3 **cheratocongiuntiviti** e 2 ricoveri per **disidratazione** (uno con ipopotassiemia).

Nel grafico seguente sono riportati i casi e l’incidenza del morbillo nella nostra ASL nel periodo dal 1995 al 2009.



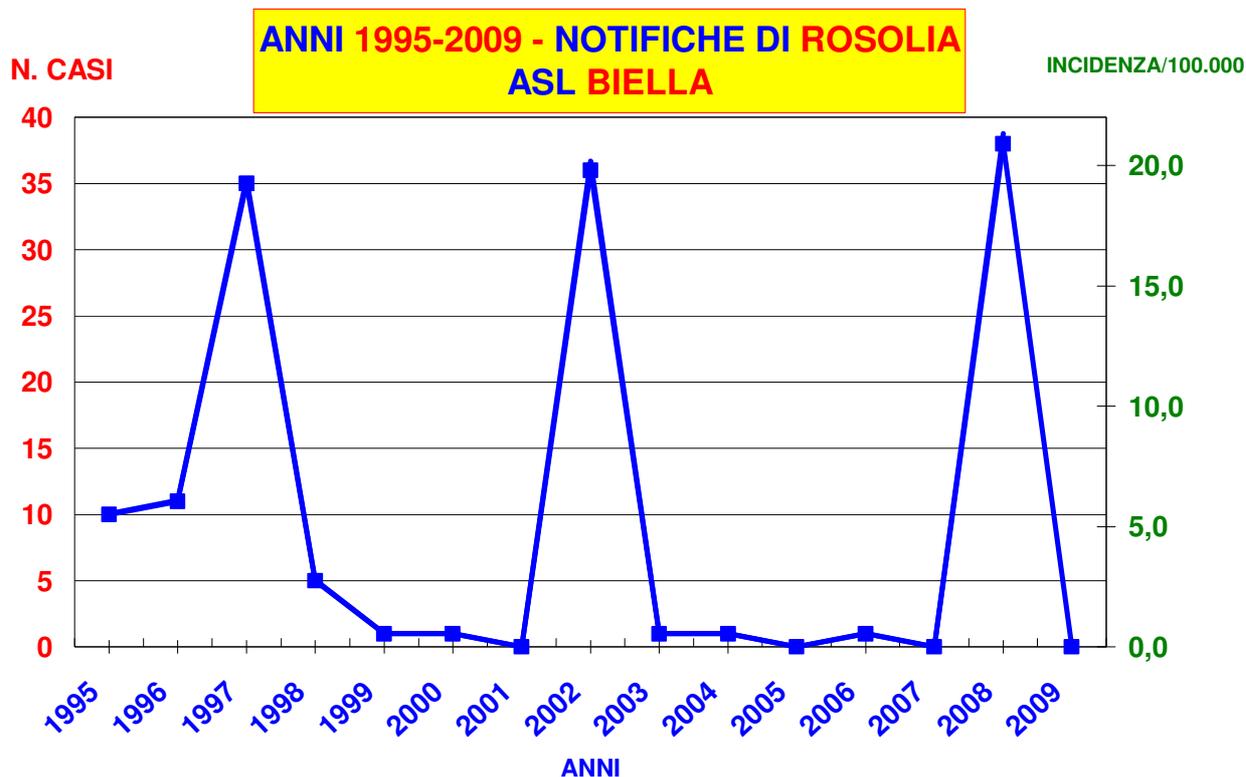
## **ROSOLIA**

Dopo l'epidemia di rosolia che ha colpì il Piemonte e la nostra ASL nel corso del 2008, nel 2009 non sono pervenute notifiche di rosolia. Anche il laboratorio dell'ospedale di Biella ha confermato un numero scarsissimo di positività alle IgM anti rosolia nel corso del 2009.

Ovviamente l'incidenza di notifiche nel 2009 è stata dello 0/100.000.

Ricordo anche che è in atto una collaborazione con la S.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Biella per l'invio delle puerpere che risultano essere suscettibili all'infezione rubeolica, agli ambulatori del Servizio Igiene e Sanità Pubblica di Biella e Cossato per l'esecuzione della gratuita vaccinazione anti-rosolia o eventualmente anche morbillo-parotite-rosolia.

Nel grafico seguente sono riportati i casi e l'incidenza della rosolia nella nostra ASL nel periodo dal 1995 al 2009.



## **PAROTITE**

Nel corso del 2009 abbiamo ricevuto 15 notifiche di parotite, tutte in residenti nella nostra ASL: 12 casi in maschi e 3 in femmine.

L'incidenza nel 2009 è stata di 8,4/100.000 persone/anno, la più alta dal 2000.

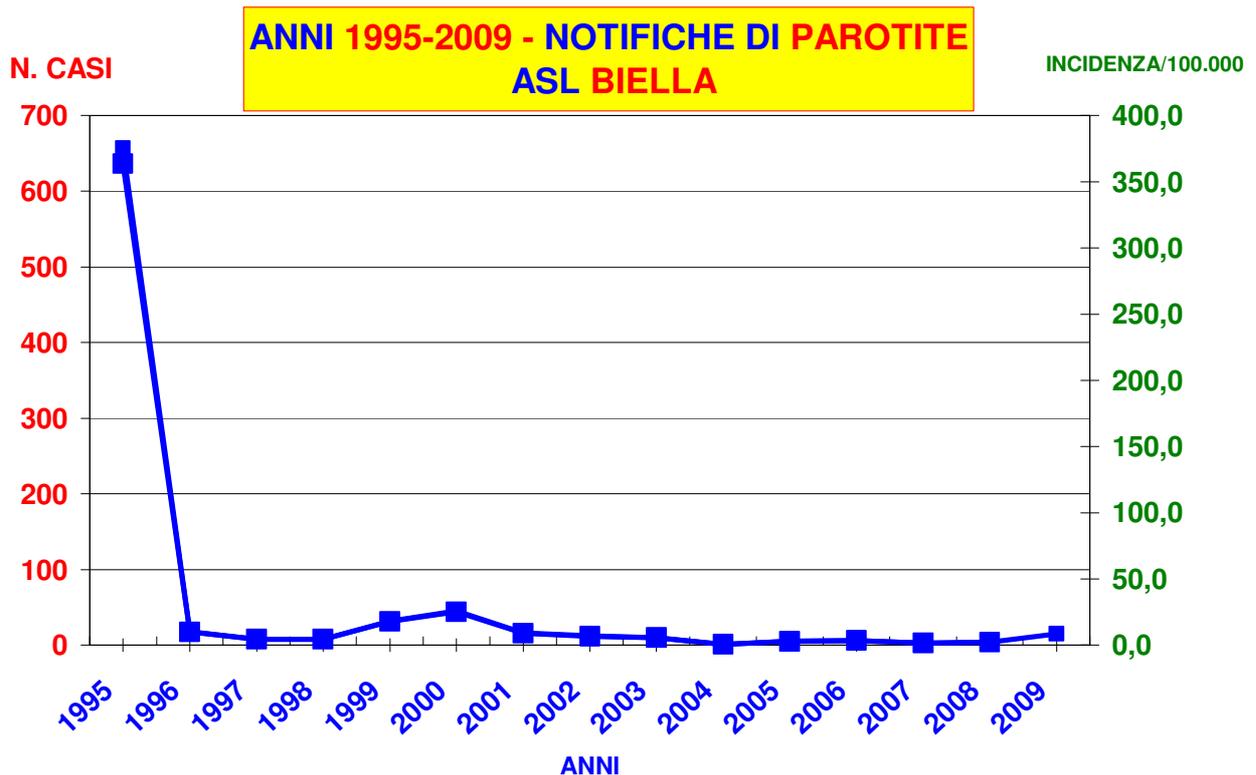
Tutti avevano da 2 a 11 anni, meno 1 caso segnalato in un adulto di 35 anni. In 13 dei 15 casi la parotite si è manifestata in soggetti vaccinati.

Nessuno è stato ricoverato.

In effetti il numero di casi attesi di parotite era maggiore; non si può escludere che una piccola epidemia di parotite possa comparire prossimamente, considerato che per morbillo e rosolia l'epidemia è già avvenuta nel 2008 e la copertura vaccinale per la parotite è all'incirca la stessa di quella per morbillo e rosolia; inoltre una singola dose del vaccino MPR è meno immunogena per la parotite rispetto al morbillo e rosolia.

Tuttavia per ora, rispetto alle migliaia di persone vaccinate, il numero così esiguo di casi in vaccinati depone per una elevata efficacia del vaccino.

Nel grafico seguente sono riportati i casi e l'incidenza della parotite nella nostra ASL nel periodo dal 1995 al 2009.



## SALMONELLOSI

Nel 2009 sono state notificate 20 salmonellosi: 17 in residenti nella nostra ASL e 3 in residenti in altre ASL.

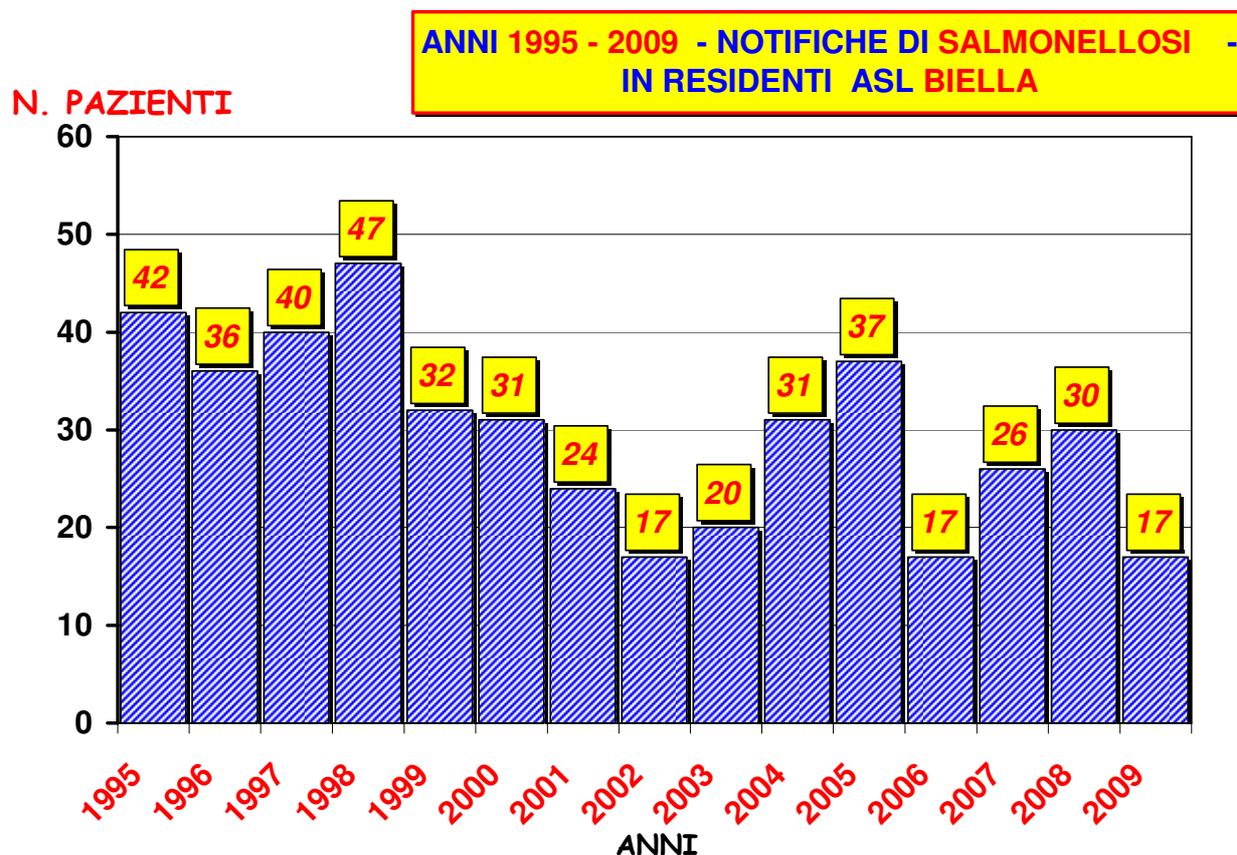
L'incidenza media nel periodo è stata di 9,5/100.000 persone/anno, in calo rispetto agli anni precedenti.

I 2/3 dei casi sono stati notificati in bambini con meno di 7 anni, dato che in questa fascia di età è più facile che si giunga al ricovero e quindi all'esecuzione della coprocultura; fortunatamente non vi sono stati casi sotto l'anno di età, periodo in cui la salmonellosi può essere molto pericolosa per il pericolo di sepsi e localizzazioni secondarie; tuttavia 5 casi sono stati diagnosticati in bambini con meno di 2 anni.

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.

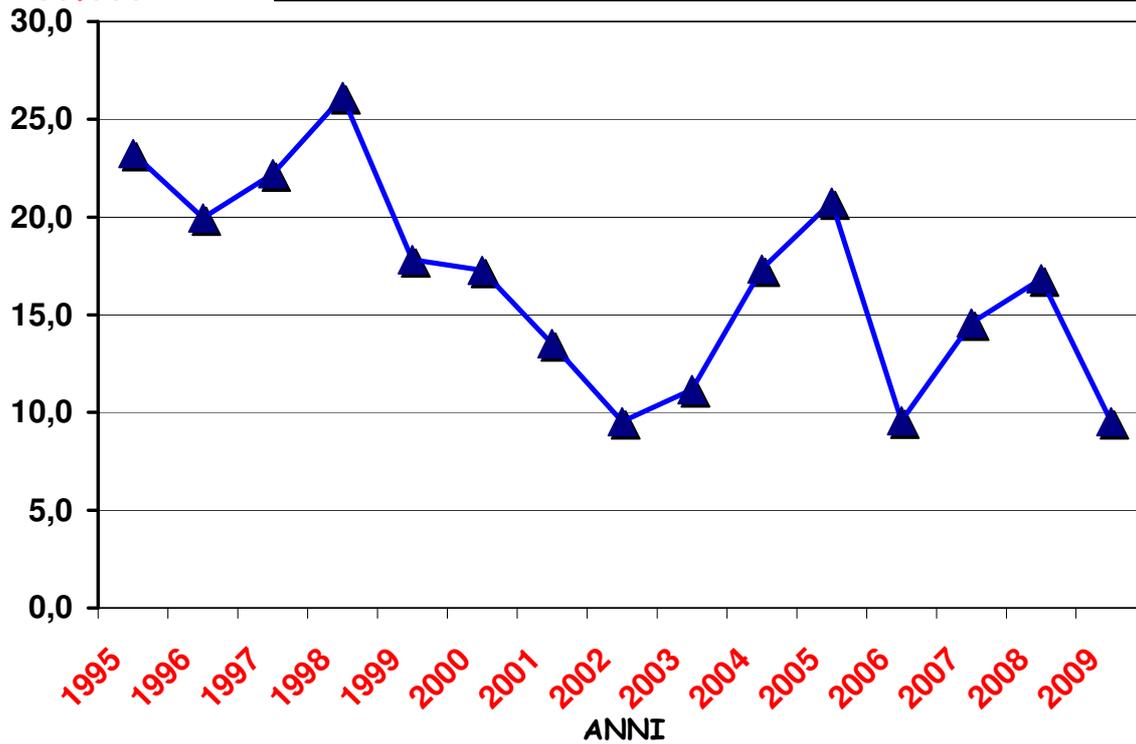
Molti casi sono ancora stati correlati al consumo di uova fresche d'allevamento domestico e alimenti con essi prodotti (soprattutto tiramisù e vitello tonnato), anche se proporzionalmente in misura minore rispetto al passato.

Nei grafici seguenti vengono mostrati separatamente i casi e l'incidenza della salmonellosi in residenti nella nostra ASL nel periodo dal 1995 al 2009.



INCIDENZA/  
100.000

**ANNI 1995 - 2009 - SALMONELLOSI - INCIDENZA/100.000  
IN RESIDENTI ASL BIELLA**



## **MENINGITI / MENINGO-ENCEFALITI**

Nel corso del 2009 ci sono stati notificati 9 casi di meningite/meningo-encefalite, di cui 8 in residenti nella nostra ASL:

<b>MENINGITI - MENINGOENCEFALITI ASL BIELLA - ANNO 2009</b>			
<b>MALATTIA</b>	<b>TOTALE 2009</b>	<b>RESIDENTI NELLA ASL BIELLA</b>	<b>RESIDENTI IN ALTRE ASL</b>
MENINGITE PNEUMOCOCCICA	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
MENINGO ENCEFALITE DA LISTERIA	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
MENINGITE DA ESCHERICHIA COLI	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
MENINGITE DA CRIPTOCOCCO	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>1</b>

La distribuzione per età dei casi residenti nell'ASL di Biella è stata dai 47 agli 83 anni; non vi sono quindi stati casi in infanti o bambini. Si è verificato un decesso per meningite pneumococcica.

Nelle 2 tabelle seguenti è presentato un quadro riassuntivo delle meningiti/meningo-encefaliti nel periodo 1995-2009.

<b>CASI DI MENINGITI/MENINGO-ENCEFALITI IN RESIDENTI NELL'ASL BIELLA NOTIFICATI DAL 1/1/1995 al 31/12/2009</b>						
<b>DISTRIBUZIONE DEI CASI PER EZIOLOGIA ED ETÀ' DEI PAZIENTI</b>						
<b>TIPO DI MENINGITE O MENINGO-ENCEFALITE</b>	<b>ETÀ'</b>					<b>TOTALI</b>
	<b>&lt; 1 anno</b>	<b>1-14 anni</b>	<b>15-24 anni</b>	<b>25-59 anni</b>	<b>= e &gt; 60 anni</b>	
MENINGOCOCCICA	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
PNEUMOCOCCICA	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>27</b>
EMOFILO b	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
BATTERICHE A EZIOLOGIA NOTA	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
BATTERICA A EZIOLOGIA IGNOTA	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
VIRALE	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
CEREBELLITE POST VARICELLOSA	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
TUBERCOLARE	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
CRIPTOCOCCICA	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>TOTALI</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>29</b>	<b>63</b>

Nel 2009, nell'ambito della sorveglianza specifica prevista dalla regione Piemonte e dall'Istituto Superiore di Sanità, sono state inoltre segnalate dal Laboratorio Analisi

dell'ospedale di Biella 5 sepsi da *S. pneumoniae* con isolamento del germe in persone residenti nell'ASL di Biella. Un sesto caso è stato segnalato dall'ASL di Pavia. L'età di questi soggetti è variata da 68 a 90 anni; 2 casi di polmonite e 1 di scompenso cardiaco; 1 decesso. Uno di questi casi si è verificato nel 2008 ma è stato segnalato nel 2009 e quindi non è stato possibile inserirlo nel bollettino 2005-2008.

**NUMERO DI CASI DI MENINGITI/MENINGO-ENCEFALITI  
IN RESIDENTI NELL'ASL BIELLA NOTIFICATI  
DAL 1/1/1995 al 31/12/2009**

**DISTRIBUZIONE DEI CASI PER EZIOLOGIA ED ANNO DI NOTIFICA**

<b>TIPO DI MENINGITE O MENINGO- ENCEFALITE</b>	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>MENINGOCOCCICA</b>	1								1			1			
<b>PNEUMOCOCCICA</b>				3	1	1	2	1	5		4	3	2		5
<b>EMOFILO b</b>	2									1					
<b>BATTERICHE ALTRA EZIOLOGIA</b>							1		1	1					2
<b>BATTERICHE A EZIOLOGIA IGNOTA</b>						1		1		2					
<b>VIRALE</b>	1	1	1 (*)		1 (**)	1	1		2		2 (§)	4 (§§)		1	
<b>CEREBELLITE POST VARICELLA</b>			1						1						
<b>TUBERCOLARE</b>				2		1									
<b>CRIPTOCOCCICA</b>															1
<b>TOTALE PER ANNO</b>	4	1	2	5	2	4	4	2	10	4	6	8	2	1	8

Totale complessivo: 63 segnalazioni

(\*) : ENCEFALITE DA HSV-1

(\*\*) : MENINGOENCEFALITE DA HSV-1

(§) : 1 ENCEFALITE DA ECHOVIRUS

(§§) : 1 MENINGOENCEFALITE DA HSV-2

NOTA: non sono incluse le meningiti/meningoencefaliti in corso di AIDS.

Precedentemente al 1995, risultano, per quanto riguarda la meningite meningococcica, 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 2009 in soggetti **residenti nella nostra ASL**.

ANNO DI NOTIFICA	EPATITE A	EPATITE B	EPATITE C	TOTALI
2009	2	0	2	4

## EPATITE A

I 2 casi di epatite A notificati nel 2009, entrambi adulti e di nazionalità italiana, non avevano effettuato viaggi all'estero. L'immediata vaccinazione dei contatti familiari ha impedito la comparsa di casi secondari.

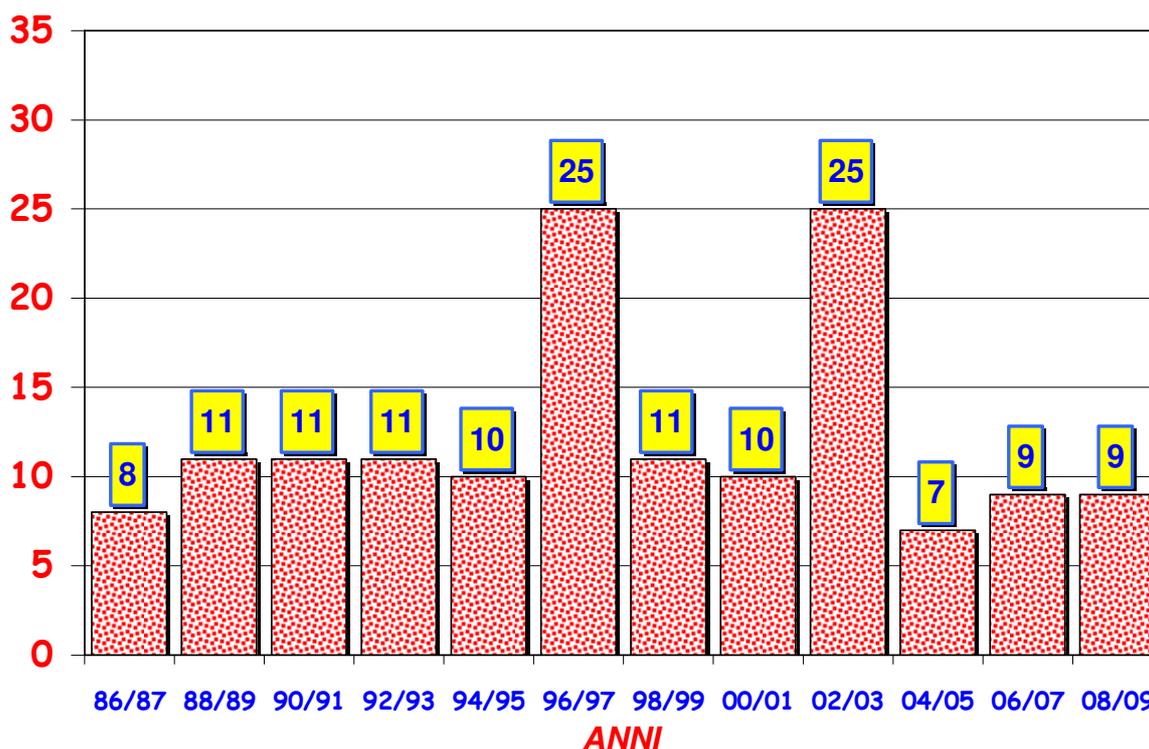
Fortunatamente, grazie anche alla campagna di vaccinazione anti-epatite A rivolta ai figli di immigrati che rientrano al paese d'origine, non si sono verificati casi in minori e quindi nel 2009 non è stato necessario effettuare campagne straordinarie di vaccinazione anti-epatite A in scuole od asili.

L'incidenza è stata molto bassa, 1,1 casi/100.000 persone/anno.

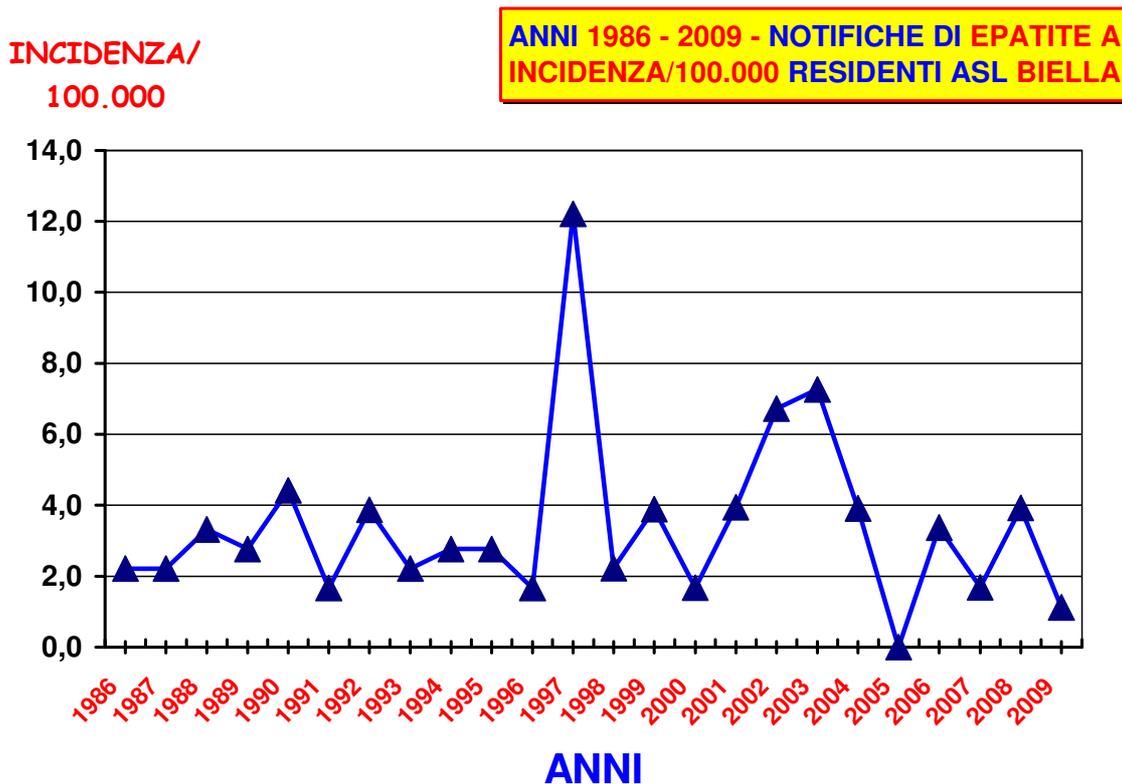
Il grafico mostra l'andamento delle notifiche dei casi di epatite A in residenti nella nostra ASL dal 1986 al 2009 per biennio.

ANNI 1986 - 2009 - NOTIFICHE DI EPATITE A  
IN RESIDENTI ASL BIELLA  
TOTALE: 147 CASI

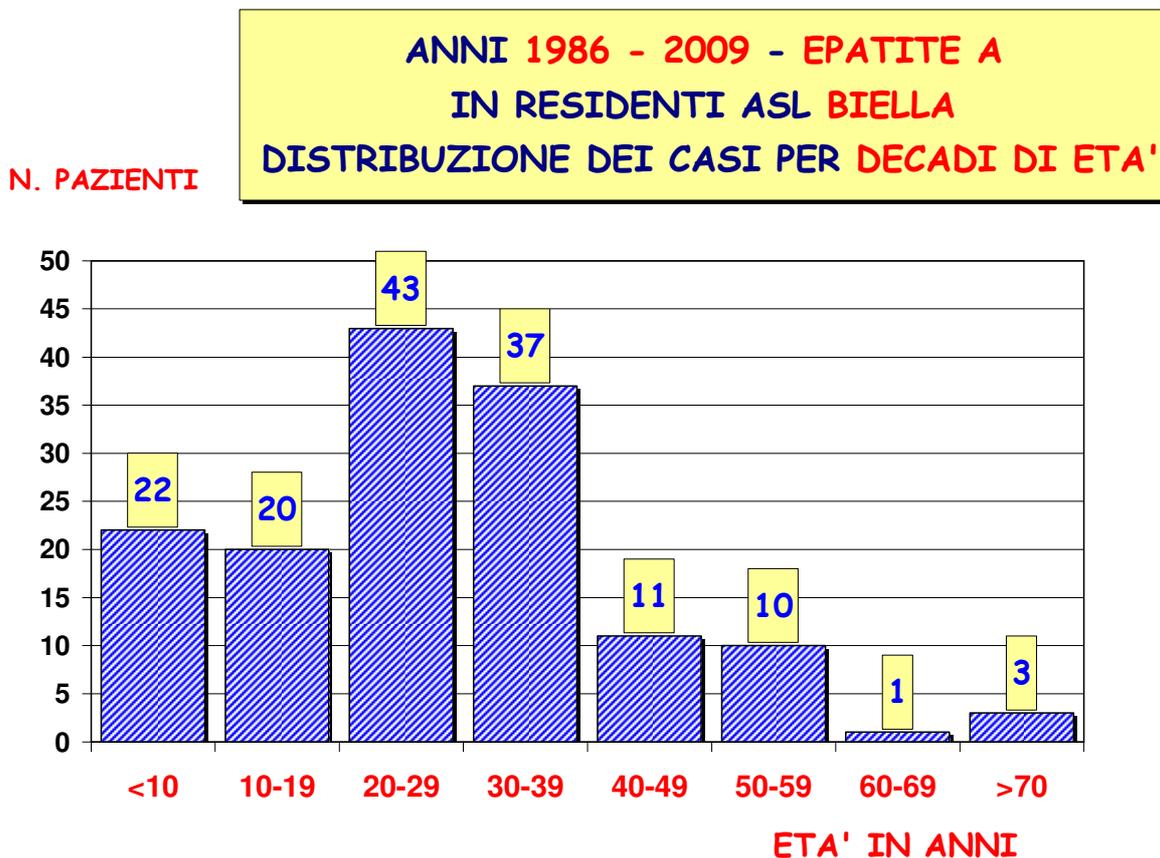
N. PAZIENTI



Il grafico seguente riporta l'incidenza annuale dei casi di epatite A in residenti nella nostra ASL dal 1986 al 2009.



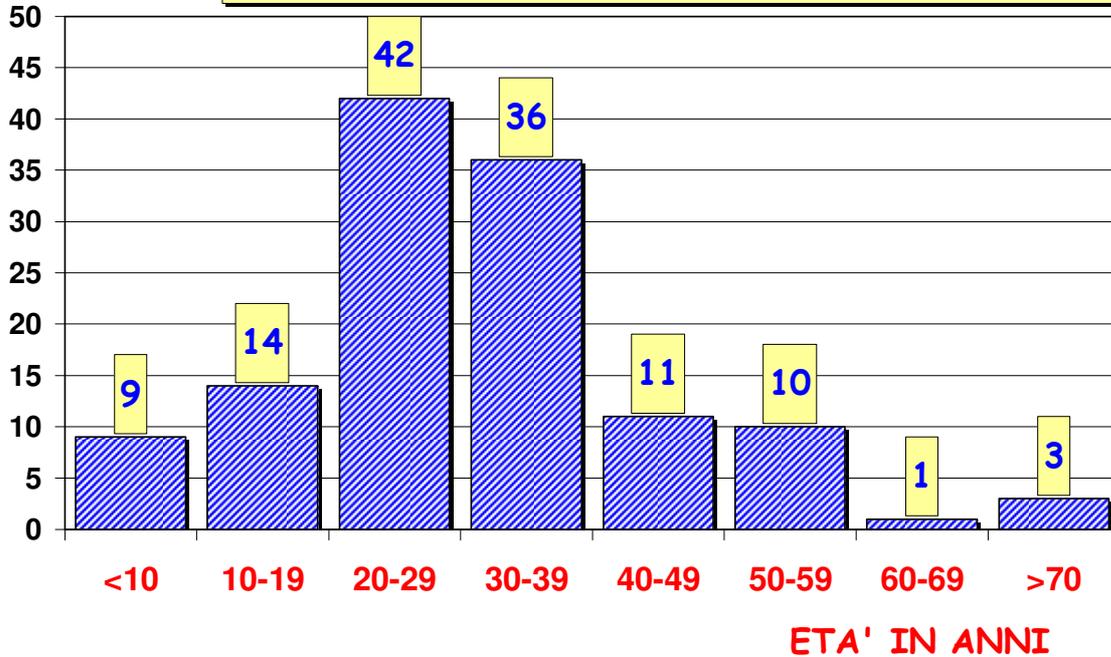
Il grafico seguente riporta la distribuzione dei casi di epatite A in residenti nella nostra ASL dal 1986 al 2009 distinto per decenni di età.



I grafici seguenti riportano la distribuzione dei casi di epatite A in residenti nella nostra ASL dal 1986 al 2009 distinto per decadi di età in base alla cittadinanza.

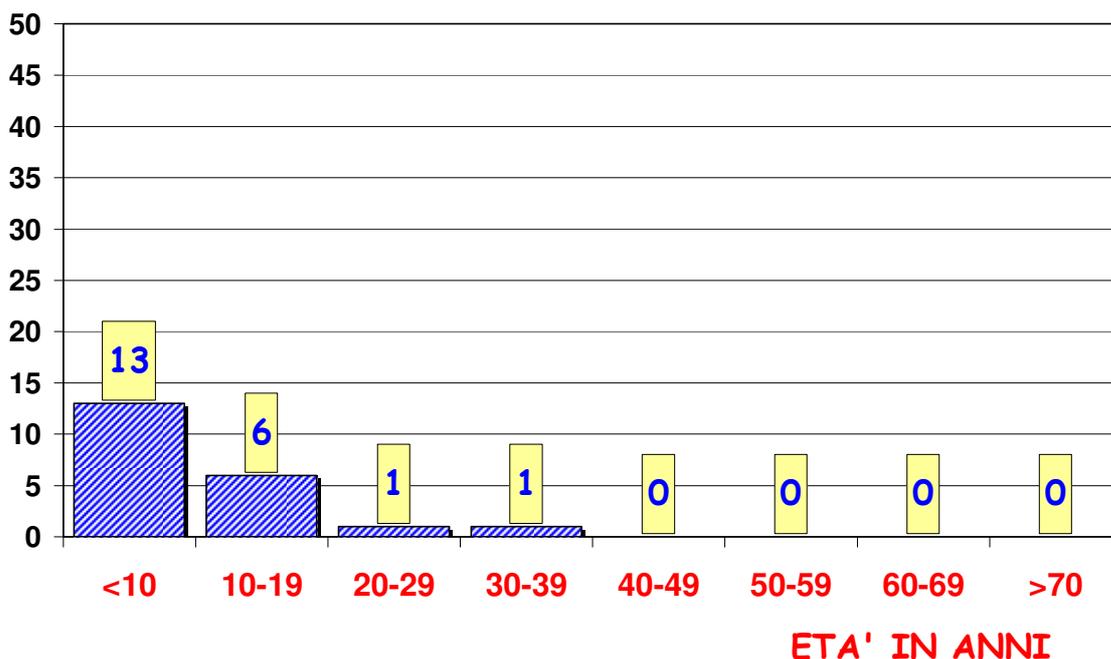
**N. PAZIENTI**

**ANNI 1986 - 2009 - EPATITE A  
IN ITALIANI RESIDENTI ASL BIELLA  
DISTRIBUZIONE DEI CASI PER DECADI DI ETA'**

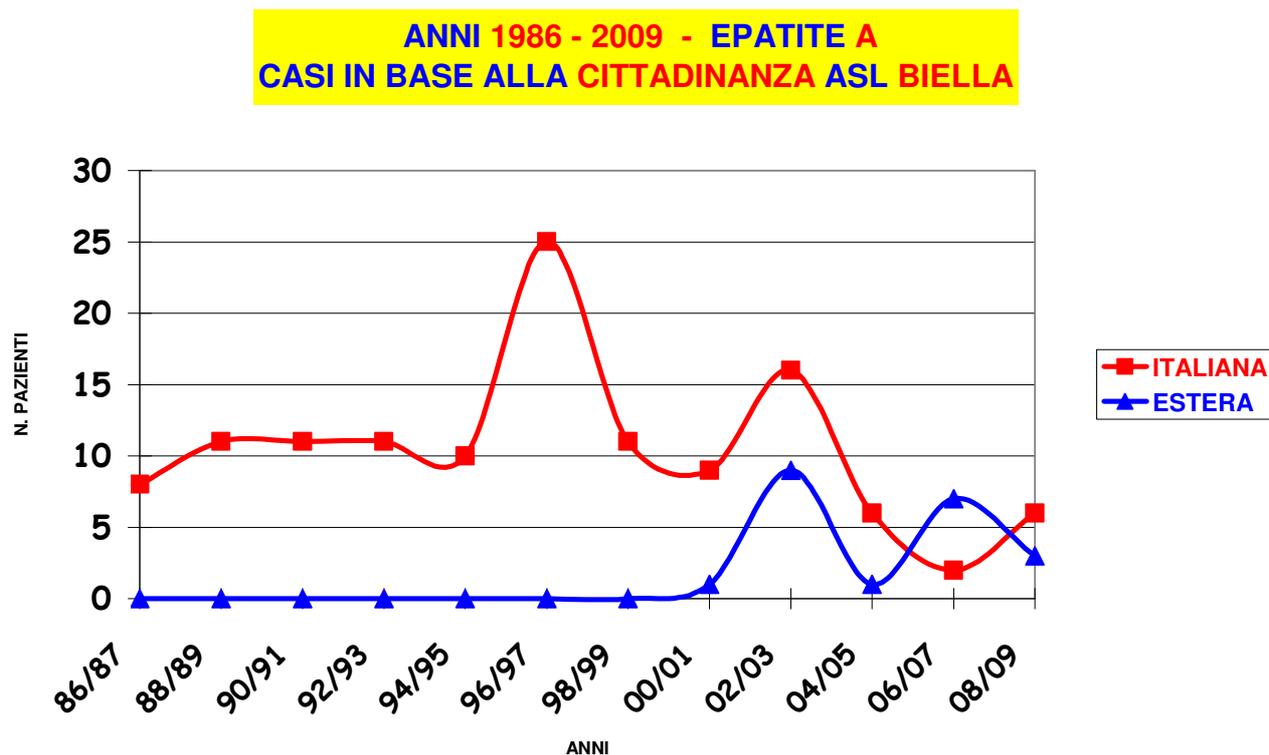


**N. PAZIENTI**

**ANNI 1986 - 2009 - EPATITE A  
IN STRANIERI RESIDENTI ASL BIELLA  
DISTRIBUZIONE DEI CASI PER DECADI DI ETA'**



Il grafico seguente riporta il numero dei casi di epatite A nella nostra ASL dal 1986 al 2009 distinto per cittadinanza (italiana o estera).



Nel 2008-2009 si è quindi invertita la tendenza del biennio precedente durante il quale i casi tra i cittadini stranieri, in particolare figli di immigrati, erano stati più numerosi rispetto ai cittadini italiani.

Dal 2001 non solo nella nostra ASL ma anche in Piemonte, era stato notato l'aumento dei casi di epatite A in bambini di cittadinanza estera rientrati da un viaggio nel paese di origine dei genitori.

Per contrastare questo fenomeno, nella regione Piemonte la somministrazione del vaccino contro l'epatite A è gratuita per tutti i minori di 18 anni in procinto di recarsi all'estero.

Questo provvedimento e l'offerta attiva del vaccino anti-epatite A a questi soggetti ha contribuito a ridurre il numero di casi di epatite A nei minori di cittadinanza estera nella nostra ASL.

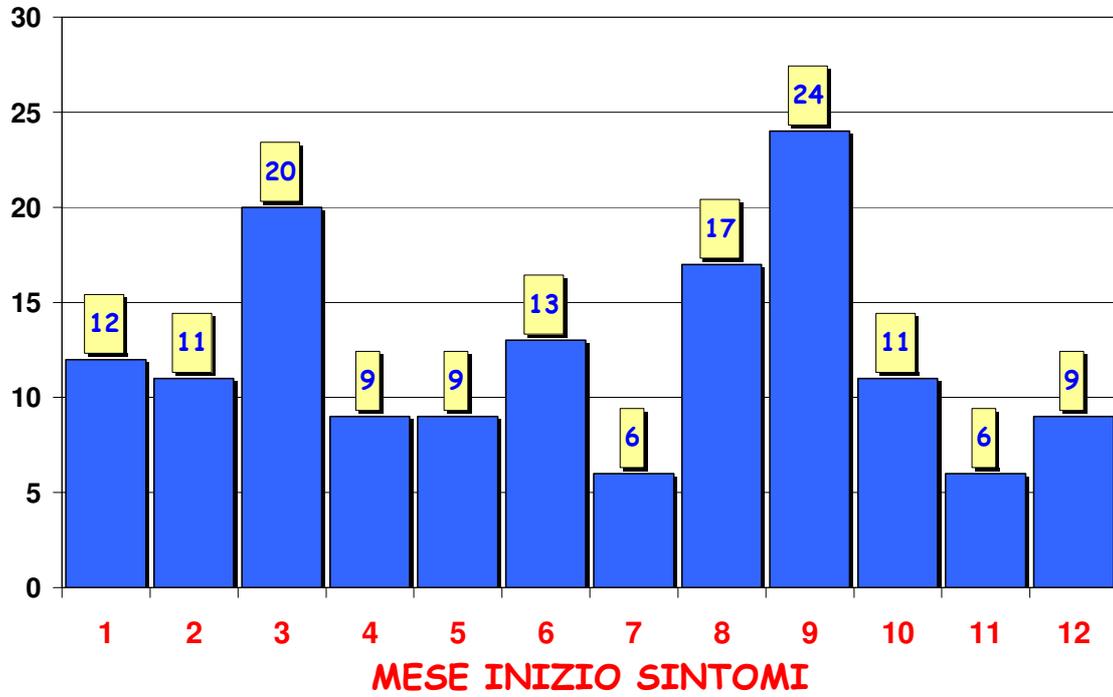
Il vaccino contro l'epatite A viene somministrato negli ambulatori del Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

E' degno di nota il fatto che dal 1995 (anno in cui si è reso disponibile un vaccino per l'epatite A), al 2009, abbiamo ricevuto 25 segnalazioni di epatite A in residenti nella nostra ASL che avevano effettuato un viaggio all'estero nelle 6 settimane precedenti l'insorgenza dei sintomi e che non si erano vaccinati contro l'epatite A; non abbiamo finora invece ricevuto segnalazioni di epatite A a carico degli oltre 6.000 viaggiatori diretti all'estero che abbiamo vaccinato contro l'epatite A presso il centro di Medicina dei Viaggi sito presso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica in Via Don Sturzo a Biella.

Infine una curiosità: il grafico seguente dimostra che il mese in cui insorgono più casi è settembre, essendo agosto il mese in cui avvengono più contagi.

**ANNI 1986 - 2009 - EPATITE A**  
**MESE DI INSORGENZA SINTOMI - RESIDENTI ASL BIELLA**

**N. PAZIENTI**



## EPATITE B

Oramai i casi di epatite B stanno diventando rari, e nel 2009 non ne sono stati notificati in residenti nella nostra ASL.

Degno di nota il fatto che finora nella nostra ASL 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 è evidente l'effetto della campagna vaccinale anti-epatite B iniziata nel 1991.

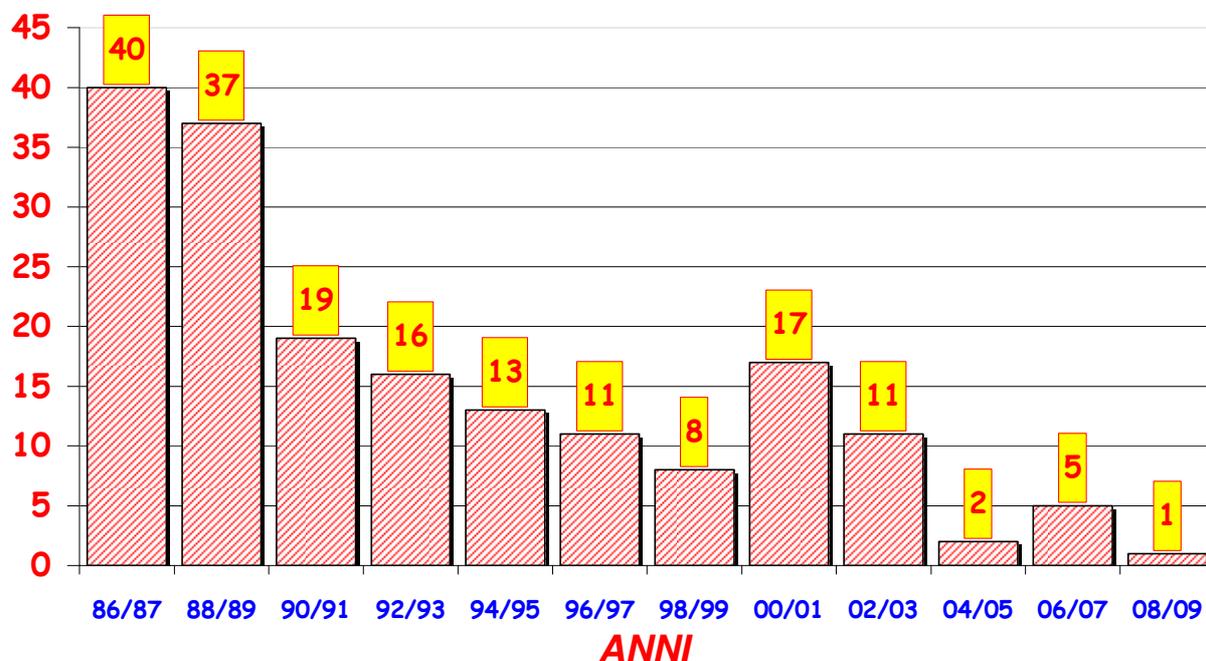
Infatti, dato che la campagna di vaccinazione di massa anti-epatite B è iniziata dai nati nel 1980, ormai la stragrande maggioranza dei soggetti fino a 29 anni di età è vaccinata.

Questo ha prodotto negli ultimi anni nella nostra ASL la scomparsa dei casi di epatite B nei giovani: prima del 2000 ben il 70% dei casi di epatite B si manifestava in soggetti di età inferiore a 30 anni; nella fascia di età 20-29 anni si concentrava il 60% di tutti i casi. Dall'anno 2000, meno del 20% dei casi si è manifestato in persone sotto i 30 anni, con nessun caso in persone con meno di vent'anni di età. Su 180 casi notificati dal 1986 al 2009, 176, pari al 97,8%, si sono manifestati in italiani.

Il grafico seguente mostra l'andamento delle notifiche dei casi di epatite B in residenti nella nostra ASL dal 1986 al 2009 per biennio. Sono inclusi anche 3 casi di epatite "delta", insorti in persone portatrici croniche del virus dell'epatite B.

**ANNI 1986 - 2009 NOTIFICHE DI EPATITE B  
RESIDENTI ASL BIELLA TOTALE: 180 CASI**

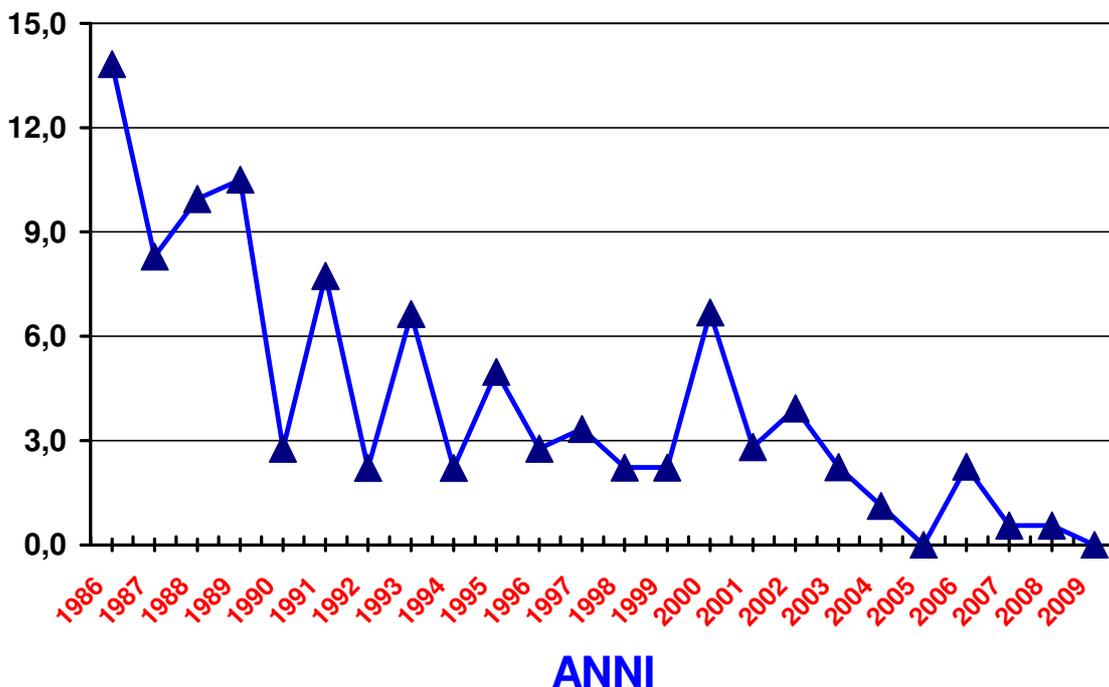
### N. PAZIENTI



I 2 grafici seguenti riportano l'incidenza annuale e la distribuzione per decade di età dei casi di epatite B in residenti nella nostra ASL dal 1986 al 2009.

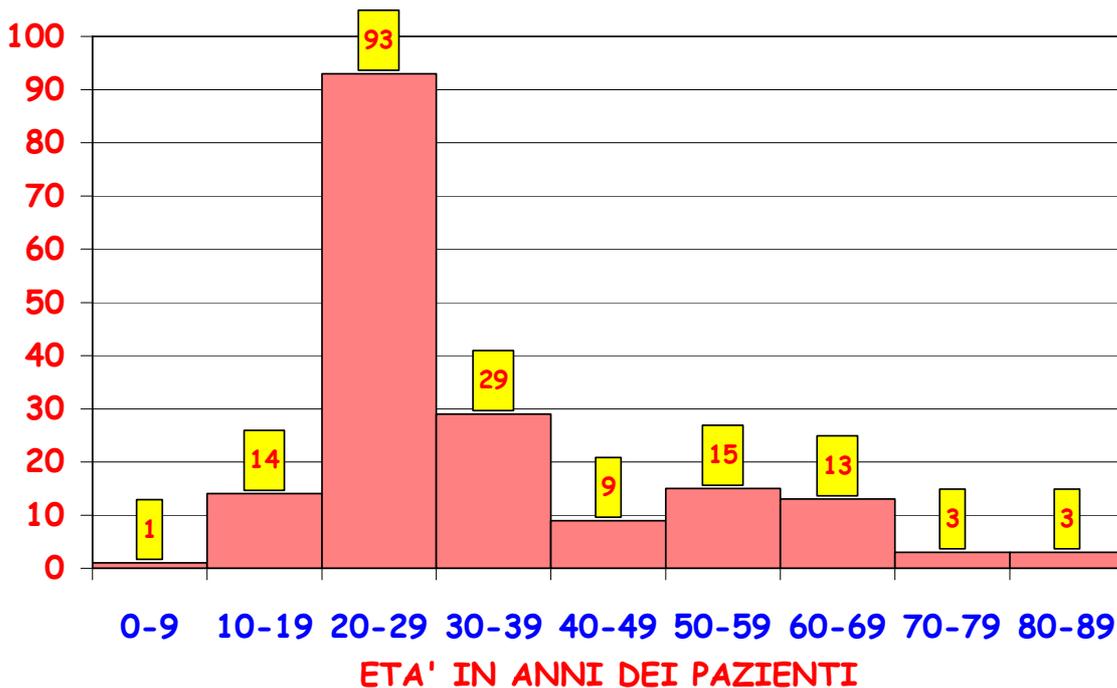
**INCIDENZA/  
100.000**

**ANNI 1986 - 2009 - EPATITE B  
INCIDENZA/100.000 - RESIDENTI ASL BIELLA**

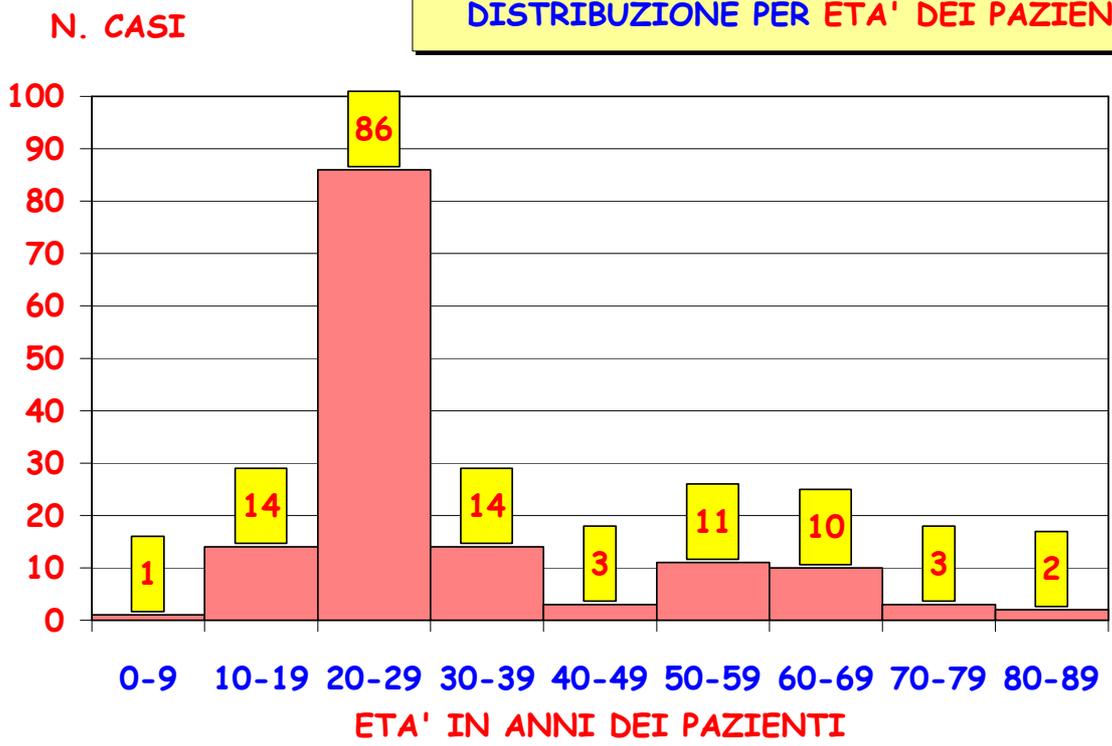


**ANNI 1986 - 2009  
CASI DI EPATITE B IN RESIDENTI ASL BIELLA  
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**

**N. CASI**

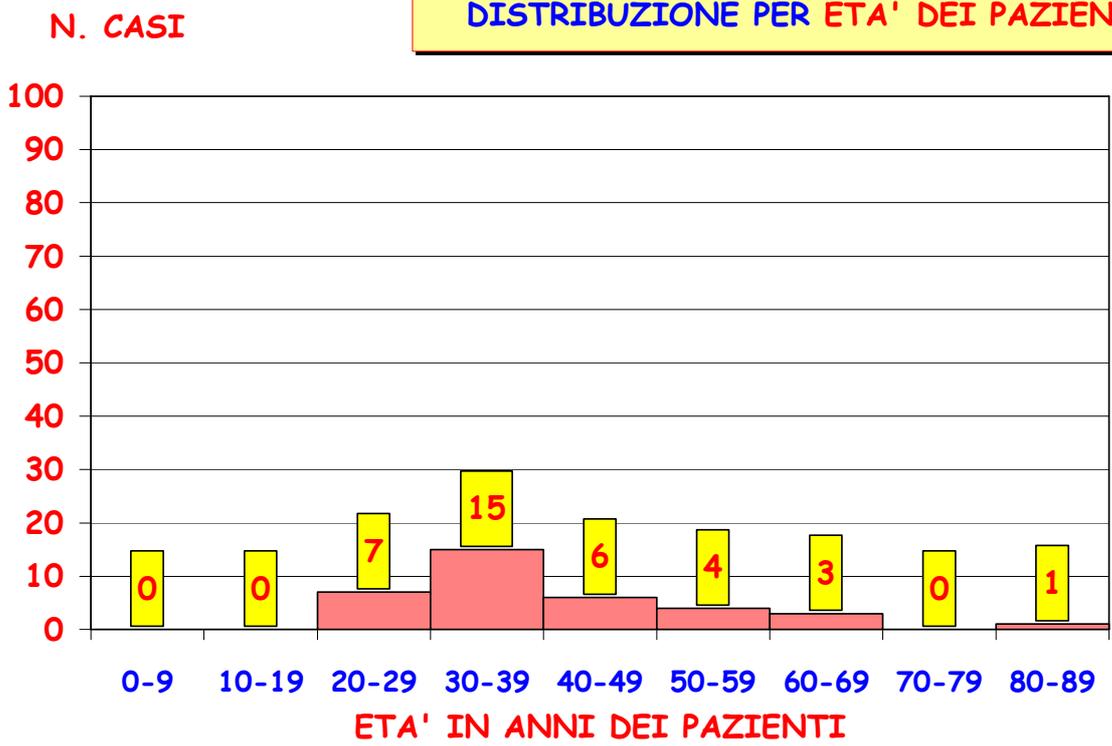


**ANNI 1986 - 1999**  
**CASI DI EPATITE B IN RESIDENTI ASL BIELLA**  
**DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**



Il confronto tra la distribuzione per decade di età dei casi di epatite B in residenti nella nostra ASL prima e dopo il 2000, mostra l'effetto della campagna di vaccinazione antiepatite B effettuata dal 1991 (azzerati i casi sotto i 20 anni, ridotti dell'80% i casi tra i 20 e i 29 anni di età).

**ANNI 2000 - 2009**  
**CASI DI EPATITE B IN RESIDENTI ASL BIELLA**  
**DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**



## EPATITE C

Ancor più che per l'epatite B, la maggior parte dei casi di epatite C sono asintomatici e quindi le notifiche di epatite C rappresentano solo una minima parte dei casi che si verificano nella realtà; tuttavia la variazione nel tempo delle notifiche riflette l'andamento dell'infezione, con un trend in calo nell'ultimo decennio.

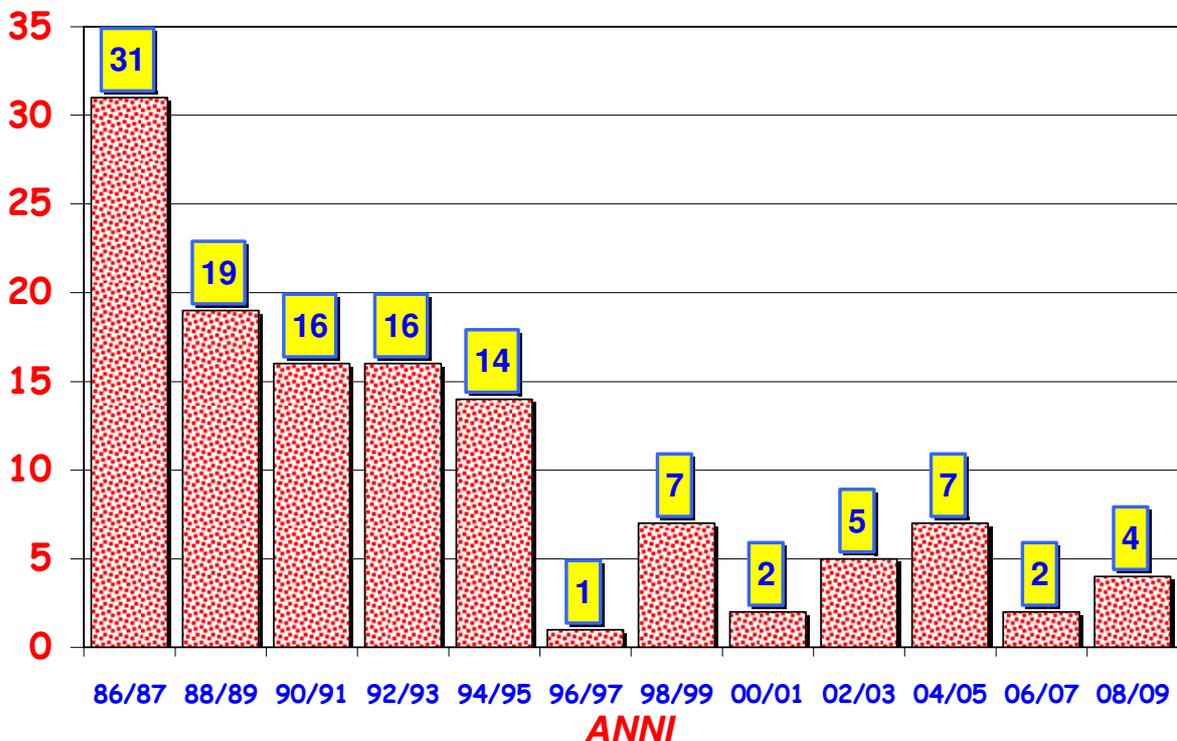
Circa il 36% delle epatiti C notificate al nostro Servizio (a partire dal 1990) sono state diagnosticate in persone non itteriche, spesso nel corso di controlli di routine, ad es. presso le strutture che seguono le persone con problemi di tossicodipendenza.

Per l'epatite C purtroppo non esiste ancora un vaccino, in quanto gli anticorpi che vengono prodotti contro il virus non sono neutralizzanti e pertanto non consentono la "clearance" del virus. Quindi, a differenza dell'epatite B, per la quale la vaccinazione ha azzerato i casi nei giovani sotto i vent'anni, anche negli ultimi anni i casi di epatite C hanno continuato a manifestarsi in soggetti giovani.

Il grafico seguente mostra l'andamento delle notifiche dei casi di epatite C in residenti nell'ASL di Biella dal 1986 al 2009; i valori si riferiscono a periodi di 2 anni. Prima del 1990 veniva posta diagnosi di epatite non A non B, che includeva probabilmente anche alcune forme non da virus C; nel grafico seguente sono state comunque incluse tutte le notifiche di epatite non A non B precedenti al 1990.

N. PAZIENTI

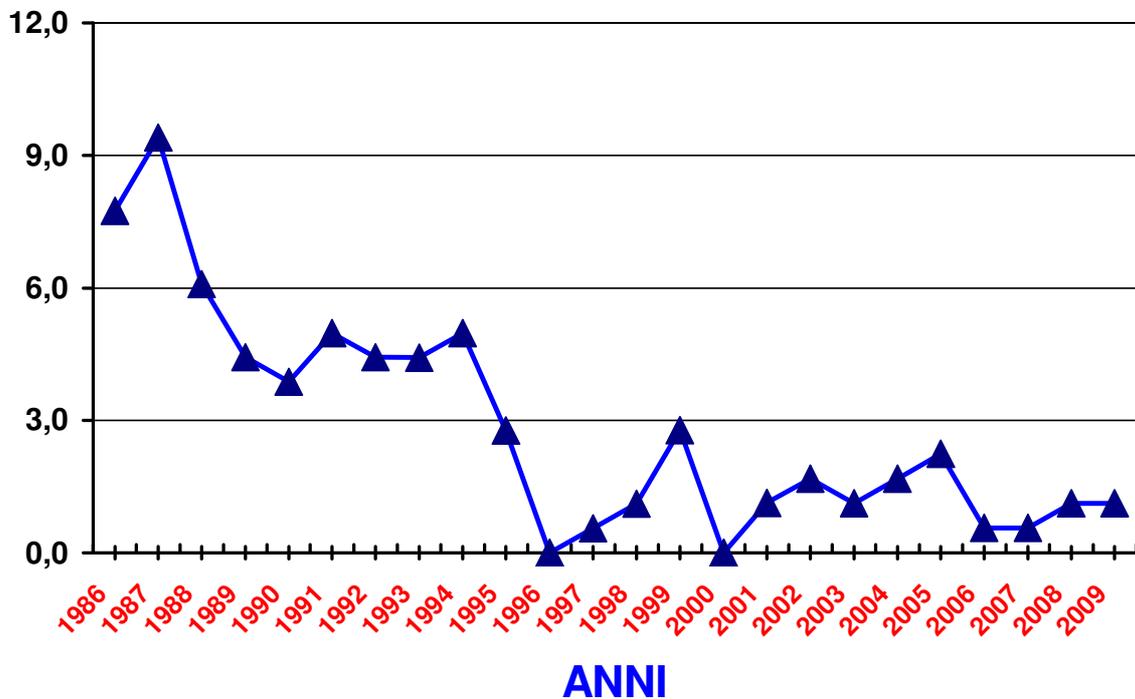
ANNI 1986 - 2009  
NOTIFICHE DI EPATITE C/NON A NON B  
RESIDENTI ASL BIELLA TOTALE: 124 CASI



I 2 grafici seguenti riportano l'incidenza annuale e la distribuzione per decade di età dei casi di epatite C/epatite non A non B in residenti nella nostra ASL (1986 – 2009) .

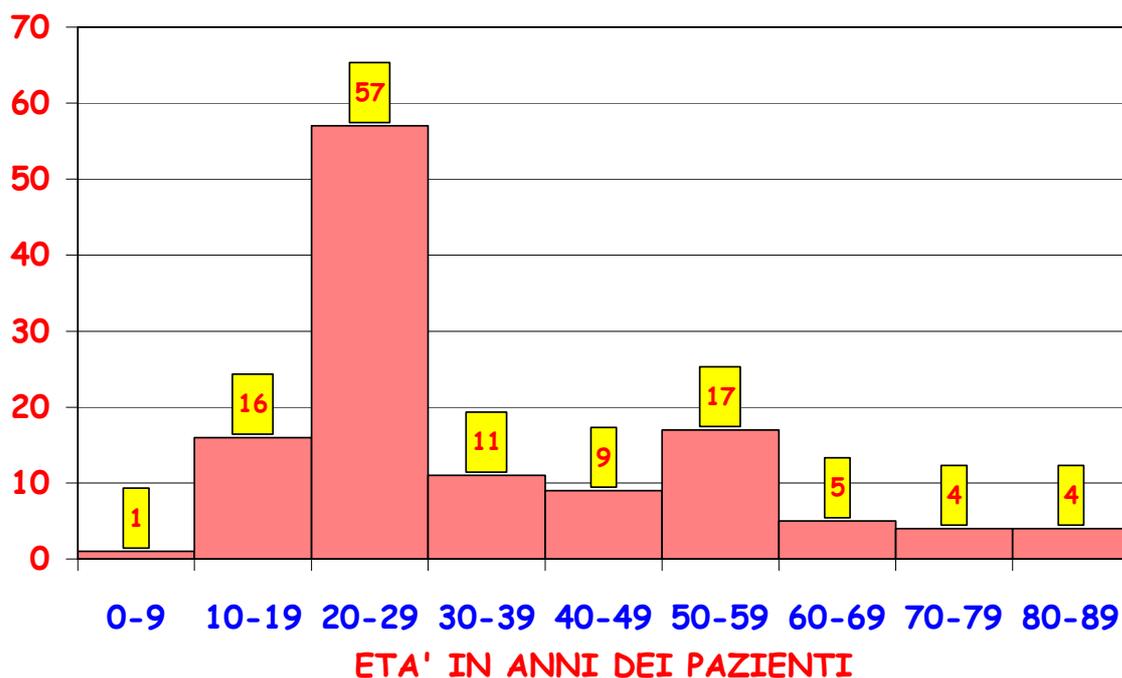
**INCIDENZA/  
100.000**

**ANNI 1986 - 2009 - EPATITE C/NON A NON B  
INCIDENZA/100.000 RESIDENTI ASL BIELLA**



**N. CASI**

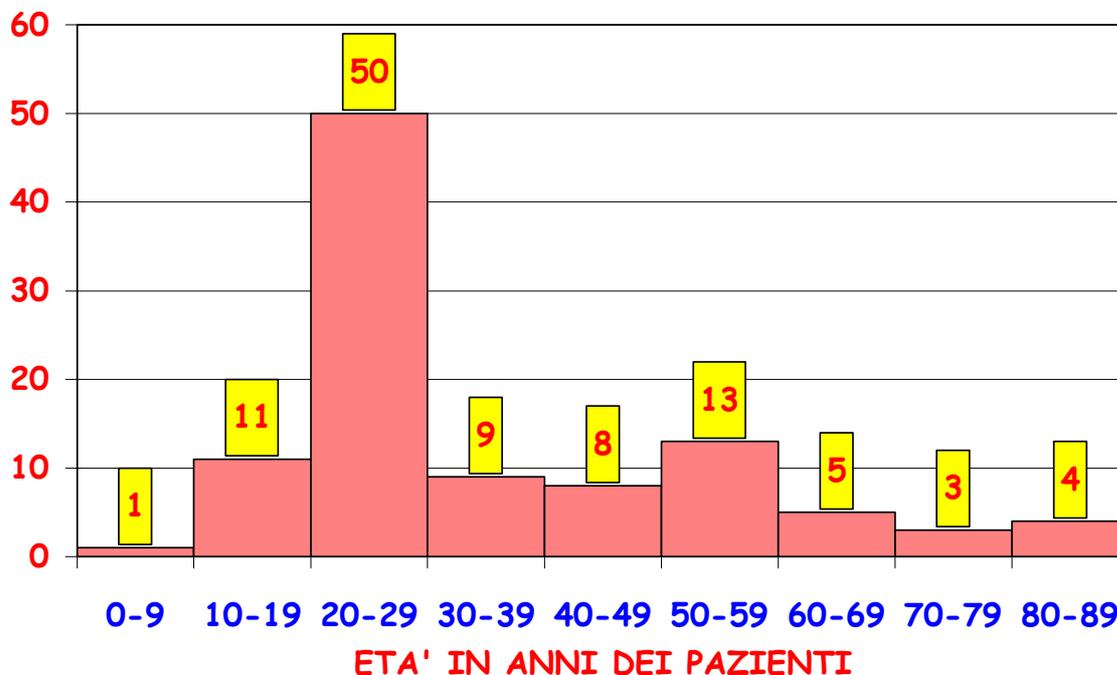
**ANNI 1986 - 2009 - CASI DI EPATITE C/NON A NON B  
IN RESIDENTI ASL BIELLA  
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**



A differenza dell'epatite B, non esistendo un vaccino, anche negli ultimi anni i casi di epatite C hanno continuato a manifestarsi in soggetti giovani.

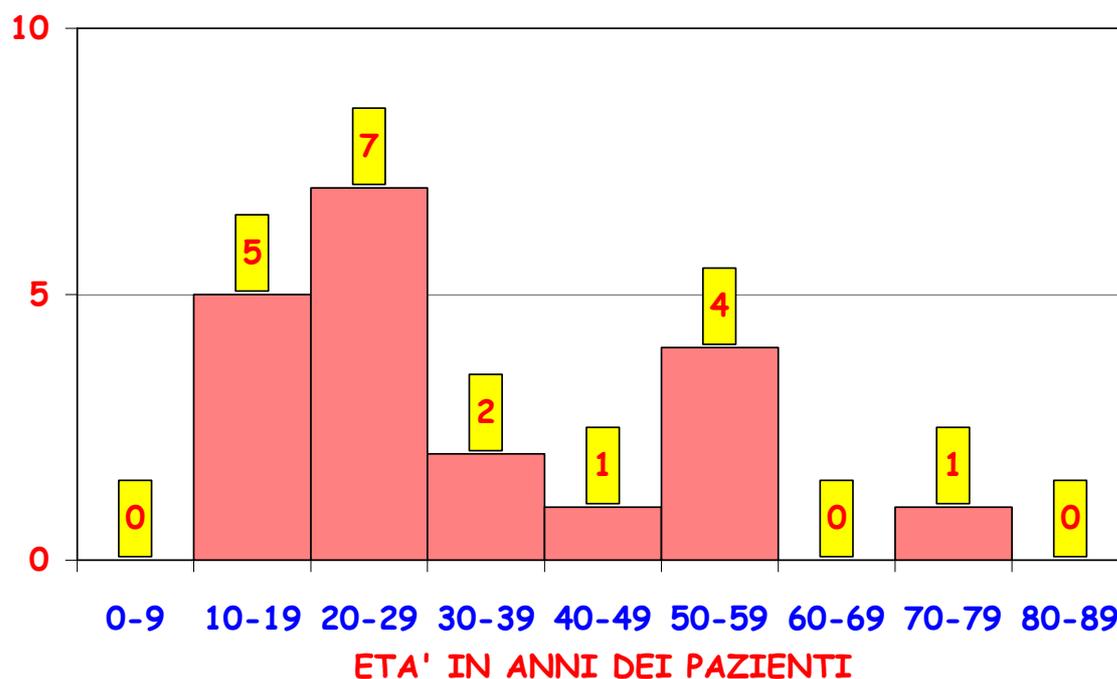
N. CASI

**ANNI 1986 - 1999 - CASI DI EPATITE C/NON A NON B  
IN RESIDENTI ASL BIELLA  
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**



N. CASI

**ANNI 2000 - 2009 - CASI DI EPATITE C/NON A NON B  
IN RESIDENTI ASL BIELLA  
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**



## **MALATTIE DI CLASSE III**

### **AIDS**

#### **LA SITUAZIONE IN PIEMONTE**

Secondo il Bollettino HIV/AIDS del 2009 (relativo al 2008) redatto dalla dr.ssa Chiara Pasqualini e coll. del Seremi dell'ASL AL, si stima che in Piemonte a inizio del 2009 vi fossero circa 7.000 persone sieropositive o con AIDS (circa una ogni 590 persone residenti). La maggioranza di queste persone ha un'età compresa tra i 35 e i 54 anni.

Ogni anno in Piemonte circa 300 persone scoprono di essere sieropositive sottoponendosi al test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV.

Nel 2008, circa il 40% del totale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Piemonte è stato fatto in persone con età inferiore ai 35 anni. La fascia di età giovane adulta, 25-44 anni, rappresenta da sola i 2/3 dei casi totali delle nuove diagnosi di infezione da HIV del 2008.

Le donne che scoprono di essere sieropositive sottoponendosi al test, hanno un'età più giovane degli uomini: circa il 60% di queste ha un'età inferiore ai 34 anni, valore che scende al 35% tra gli uomini.

In 3 casi su 10 l'infezione è stata diagnosticata in cittadini di nazionalità straniera.

Nel 2008 i rapporti sessuali non protetti hanno rappresentato la modalità di trasmissione dell'infezione in 8 casi su 10. Quindi anche in Piemonte attualmente la trasmissione per via sessuale (sia etero che omo/bisessuale) è di gran lunga la più frequente.

Dal 1999 al 2008 si registra un numero pressoché costante di persone che ha contratto l'infezione da HIV tramite rapporti eterosessuali, che si attesta intorno alla metà dei casi totali. Il numero di persone che ha contratto l'HIV attraverso lo scambio di siringhe non sterili è sceso costantemente dal 1999 al 2006, passando da 100 a 45 casi all'anno.

Considerando le modalità di trasmissione dell'infezione da HIV in relazione al ritardo di diagnosi dell'ultimo triennio (2006-2008), emerge che hanno avuto una diagnosi tardiva con più frequenza le persone che hanno contratto l'infezione tramite rapporti sessuali non protetti (38%); la percentuale di ritardo scende al 26% tra chi si è infettato tramite lo scambio di siringhe infette.

Tra le persone che vivono con l'HIV/AIDS in Piemonte, gli uomini rappresentano circa il 71%; la distribuzione per nazionalità mostra una presenza straniera pari a circa il 16%. Circa il 16% delle donne con infezione da HIV o in AIDS ha un'età compresa tra i 25 e i 34 anni. Il valore di prevalenza nella fascia 35-44 anni raggiunge il valore di circa 3 casi per mille abitanti tra le donne, tra gli uomini, sale, nella fascia 44-54 anni a circa 7 per mille abitanti.

I testi completi dei Bollettini HIV/AIDS della regione Piemonte sono disponibili a:

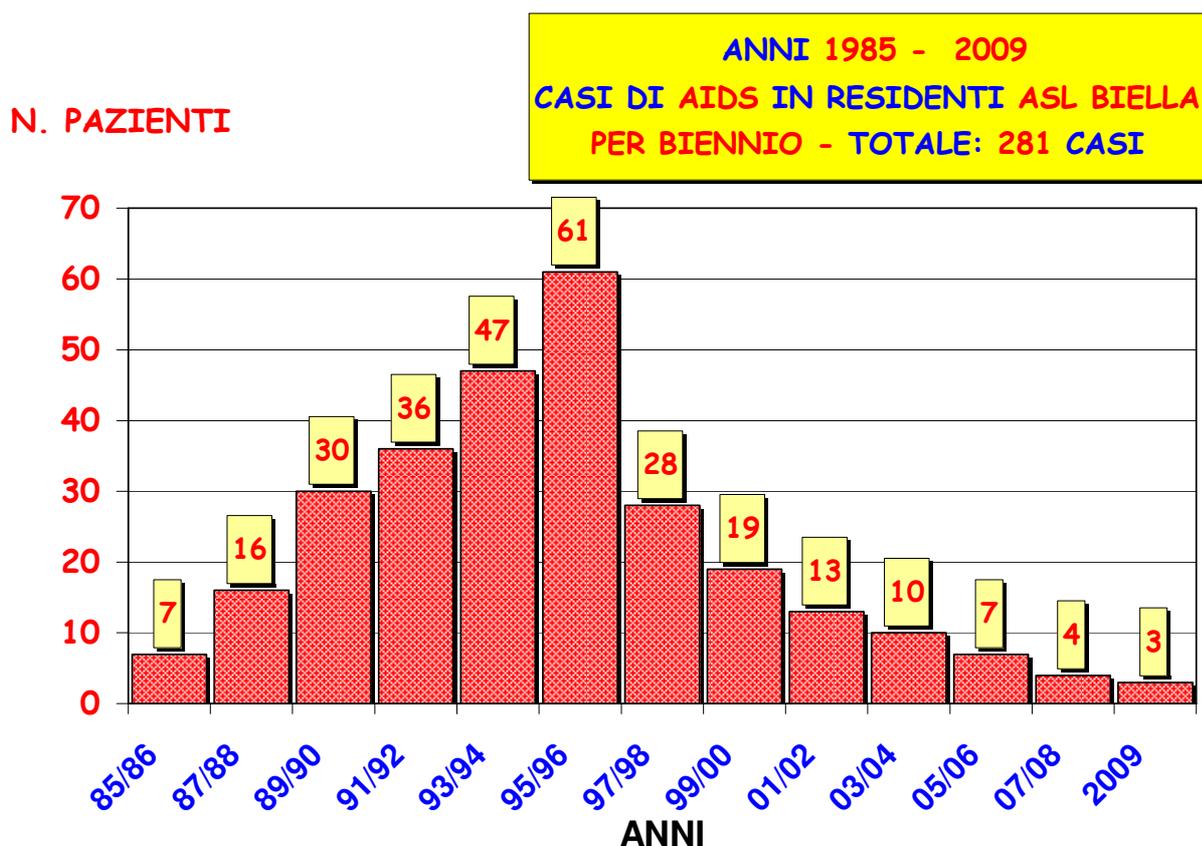
<http://epidem.asl20.piemonte.it/?sezione=169>

## LA SITUAZIONE NELLA ASL BIELLA

Nel corso del 2009 sono pervenute 3 notifiche di nuovi casi di AIDS in persone residenti nella nostra ASL.

Dall'inizio dell'epidemia a fine 2009 i casi notificati in persone che al momento della diagnosi risiedevano nella ASL di Biella ammontano a 281.

Il grafico seguente riporta il numero biennale dei casi di AIDS in residenti nella nostra ASL dal 1985 al 2009 (per il 2009 ovviamente il dato è solo annuale e potrebbe subire modifiche in relazione a casi diagnosticati in altre ASL o regioni e che sono segnalati al Seremi dell'ASL).



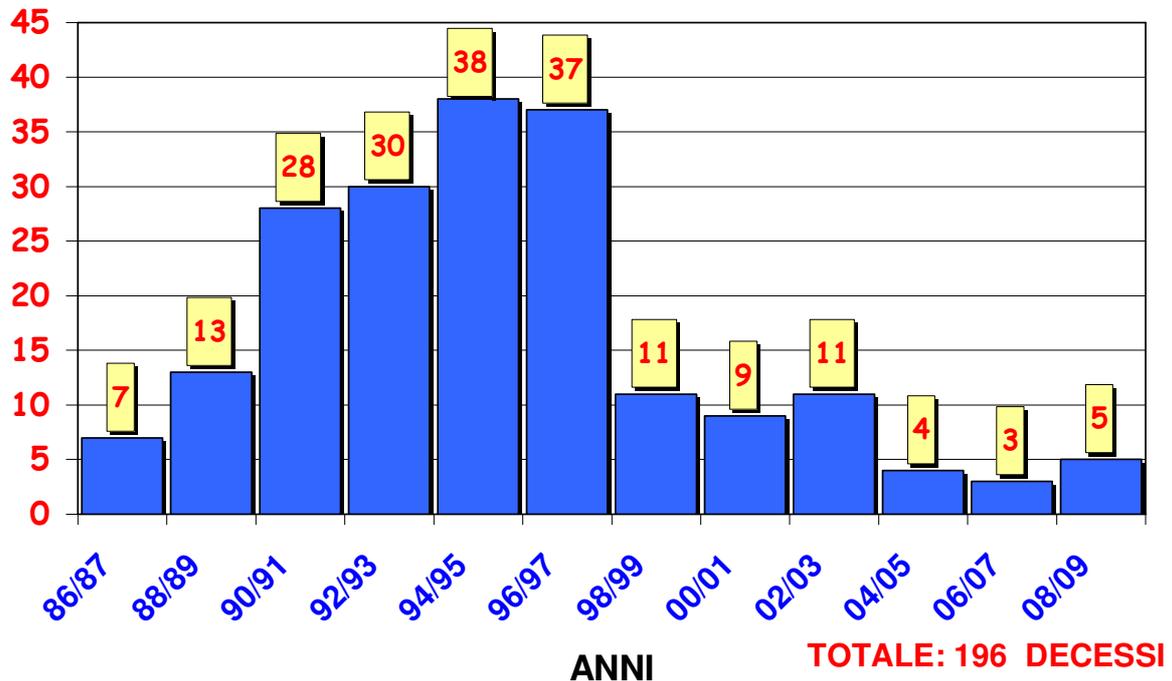
Per quanto riguarda i decessi, l'impatto delle nuove terapie è stato ancora più impressionante, aumentando notevolmente il periodo di sopravvivenza delle persone con diagnosi di AIDS.

Il grafico seguente riporta il numero biennale dei decessi per AIDS in residenti nella nostra ASL nel periodo 1986 – 2009.

Nota: il dato relativo ai decessi dell'anno 2009 può essere soggetto ad aggiornamenti.

**ANNI 1986 - 2009**  
**DECESSI PER AIDS IN RESIDENTI ASL BIELLA**

**N. DECESSI**



**NOTA:**

Nel grafico non sono incluse le persone decedute per cause diverse dall'AIDS, pur avendo una pregressa diagnosi di AIDS. Per queste persone (27 dal 1986 al 2009) nella maggioranza dei casi il decesso è avvenuto per complicanze di un'epatite cronica HCV correlata o per tumore. Va tuttavia segnalato che alcuni di questi decessi, secondo la nuova classificazione internazionale delle malattie per le cause di decesso (ICD10), sarebbero classificati come decessi per AIDS e non per altre cause. Ad es., la tabella seguente, fornita dal dr. Pier Carlo Vercellino (che si ringrazia per la collaborazione) del Registro Nominativo delle Cause di Morte dell'ASL di Biella riporta come sono classificati i decessi degli anni 2008 e 2009 in residenti dell'ASL di Biella secondo le 2 differenti classificazioni:

ANNO 2008			
	DECESSI PER AIDS	DECESSI PER ALTRE CAUSE IN PERSONE CON AIDS/HIV	Totale
Secondo classificazione ICD - 9	1	3	4
Secondo classificazione ICD - 10	3	1	4

ANNO 2009			
	DECESSI PER AIDS	DECESSI PER ALTRE CAUSE IN PERSONE CON AIDS/HIV	Totale
Secondo classificazione ICD - 9	4	2	6
Secondo classificazione ICD - 10	5	1	6

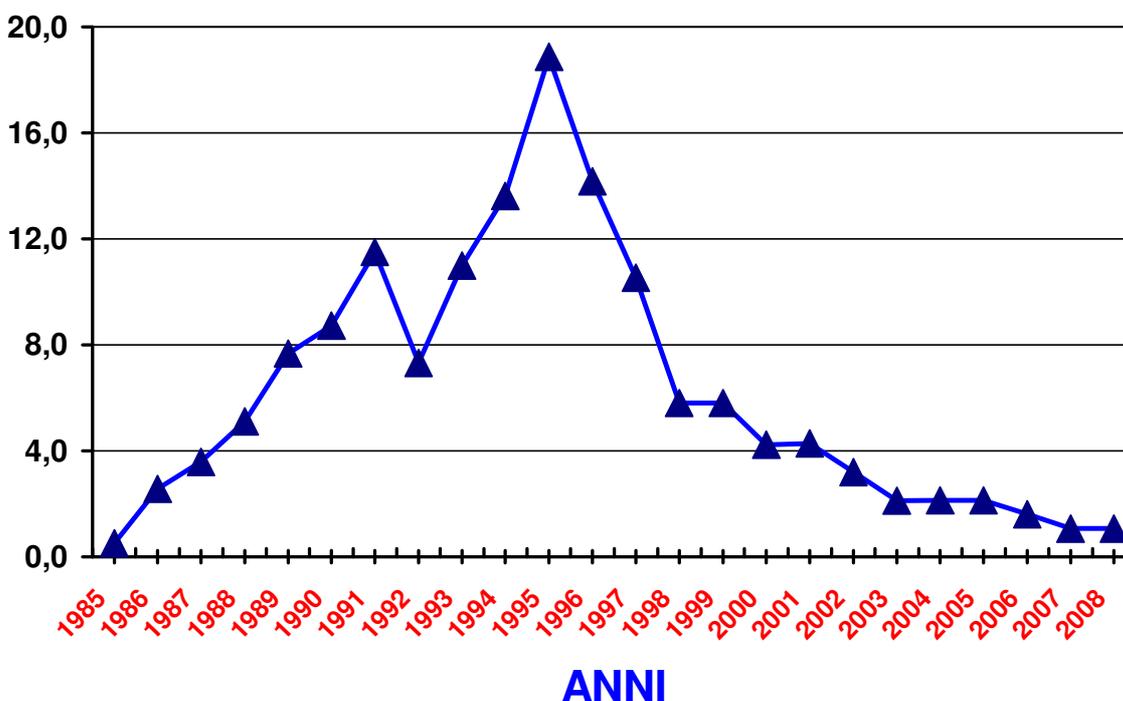
Come si nota, l'ICD-10 comporta un aumento dell'attribuzione della causa del decesso all'AIDS, riducendo contemporaneamente le altre.

Dato che il numero dei decessi per AIDS nel grafico sopra riportato è sempre stato calcolato con l'ICD-9, anche i decessi avvenuti dopo l'introduzione dell'ICD-10 sono classificati con l'ICD-9.

Infine il grafico seguente riporta l'incidenza annuale dei casi di AIDS in persone residenti nella provincia di Biella al momento della diagnosi per gli anni dal 1986 al 2009 (fonte del numero dei casi di AIDS: SEREMI ASL di Alessandria – per il 2008 e 2009 il dato è fornito dal dr. Massimo Andreoni della S.C. di Malattie Infettive dell'Ospedale di Biella, che si ringrazia per la costante collaborazione). I dati di popolazione sono tratti dalla BDDE e dall'ISTAT.

**INCIDENZA/  
100.000**

**ANNI 1986 - 2009 - AIDS - INCIDENZA/100.000  
RESIDENTI PROVINCIA DI BIELLA**



## **TUBERCOLOSI**

Nel 2009 sono pervenute 13 notifiche di tubercolosi in residenti nella ASL di Biella; a queste vanno aggiunti 2 casi di micobatteriosi non tubercolari.

La tubercolosi è stata diagnosticata in 12 casi nella nostra ASL e in 1 caso fuori ASL; 1 caso di micobatteriosi non tubercolare è stato diagnosticato al di fuori della ASL di Biella e successivamente comunicato al nostro Servizio.

Tutti i casi notificati erano nuovi casi; in nessun caso si è trattato di una recidiva/reinfezione in pazienti già curati.

Va tuttavia segnalato che solo in 6 casi su 13 è stato possibile isolare il M. Tuberculosis e in uno di questi 6 casi è stato isolato un M. Bovis.

### **CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEI CASI DI TUBERCOLOSI DEL 2009**

Dei 13 casi di tubercolosi notificati, 6 (46%) sono occorsi in cittadini italiani e 7 (54%) in cittadini stranieri; 6 casi in maschi e 7 in femmine, senza differenze significative per quanto riguarda la ripartizione per cittadinanza.

L'incidenza è stata del 7,3/100.000.

L'età è variata dai 14 ai 69 anni.

Tra gli italiani l'età media è stata di 43 anni; il 50% dei casi è stato diagnosticato in persone con 54 e più anni.

Tra gli stranieri l'età media è stata di 33 anni; il 70% dei casi è stato diagnosticato in persone con meno di 35 anni.

### **TIPO E SEDE DELLE MICOBATTERIOSI**

La localizzazione dei 13 casi notificati nel 2009 è stata la seguente:

<b>SEDE</b>	
POLMONARE	8
EXTRAPOLMONARE	5
Totale	13

La tabella seguente riporta le localizzazioni extrapolmonari della TBC nel 2009:

<b>LOCALIZZAZIONE TBC EXTRAPOLMONARE ANNO 2009</b>	<b>NUMERO CASI</b>
LINFOGHIANDOLARE	2
OSSEA	2
GENITO-URINARIA	1
<b>TOTALE</b>	<b>5</b>

In 3 (37,5%) degli 8 casi delle forme a localizzazione polmonare il bacillo di Koch (BK) è stato riscontrato direttamente nell'escreato, mentre in altri 2 casi (25%) è stato

riscontrato all'esame diretto su altro materiale (broncoaspirato, tessuto autoptico polmonare).

La presenza del BK nell'escreato è indice di maggiore contagiosità del paziente.

Il bacillo di Koch è stato quindi evidenziato direttamente su materiale biologico nel 62,5% dei casi delle forme polmonari. L'incidenza nel 2009 di positività dell'escreato è stata di 1,7/100.000; in Italia dal 2005 al 2007 è stata rispettivamente del 2,3, 2,5 e 2,7/100.000 (dati tratti dal rapporto "Tuberculosis Surveillance in Europe" - European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009, pag. 32).

Degli 8 casi a localizzazione polmonare il colturale è risultato positivo in 7 casi:

- 1) in 3 casi sull'escreato;
- 2) in 3 casi su broncoaspirato /broncolavaggio;
- 3) in un caso con PCR su prelievo autoptico.

Nel restante caso polmonare la diagnosi è stata posta con il criterio ex juvantibus e in presenza di un quadro clinico e radiologico compatibile con lesioni tubercolari ma con ricerche negative del Bacillo di Koch.

Delle 8 forme polmonari è stata effettuata la successiva tipizzazione solo in 5 casi (4 casi da M. Complex e 1 caso da Bovis); tra le 5 extrapolmonari in un solo caso.

Due pazienti sono deceduti.

#### **Nota sui criteri per la notifica dei casi.**

Va specificato che l'attuale sistema di notifica della tubercolosi utilizzato in Piemonte tende a privilegiare la sensibilità del sistema di notifica piuttosto che la specificità della diagnosi.

Infatti vengono accettate diagnosi di tubercolosi anche in assenza di positività di un esame colturale qualora vi siano altri criteri, ad es. la positività alla ricerca diretta del Bacillo di Koch sul materiale prelevato e un quadro clinico compatibile.

In pratica vengono inclusi nella casistica non solo i casi confermati con coltura, ma anche quelli che con l'attuale classificazione dei casi secondo l'European Commission's Network Committee sarebbero definiti solo "probabili" (criteri clinici + positività BK senza colturale). E' quindi possibile che nella casistica dei casi di tubercolosi riportati di seguito siano inclusi anche casi da micobatteri atipici (non contagiosi), quindi è probabile che la reale incidenza della tubercolosi sia sovrastimata.

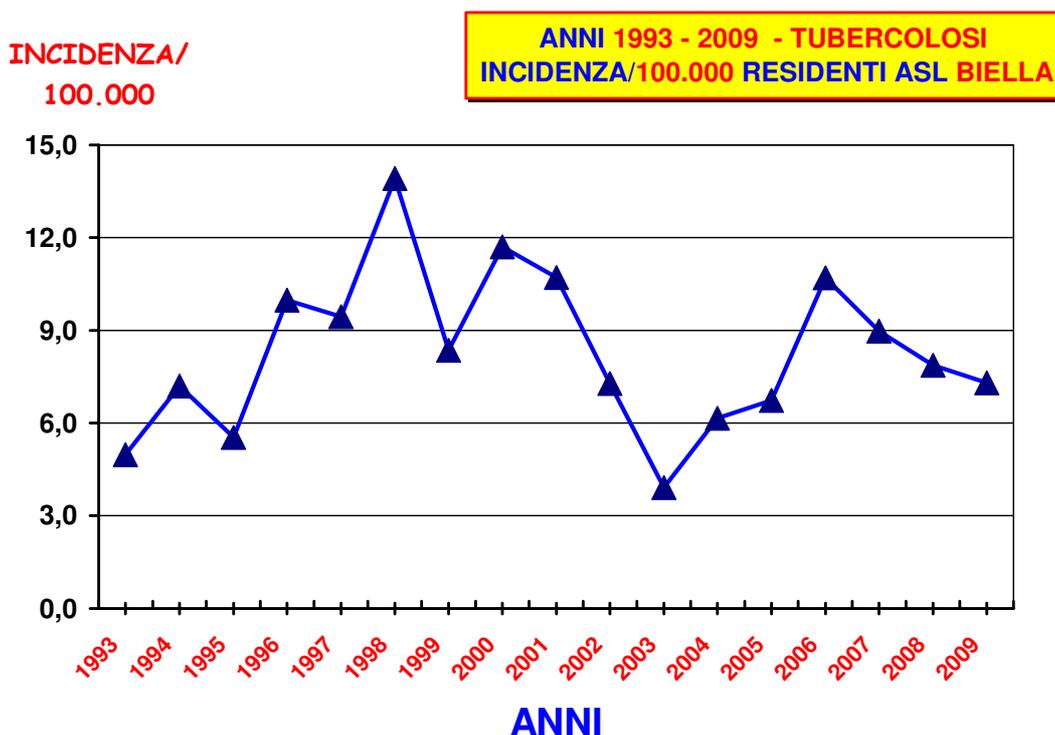
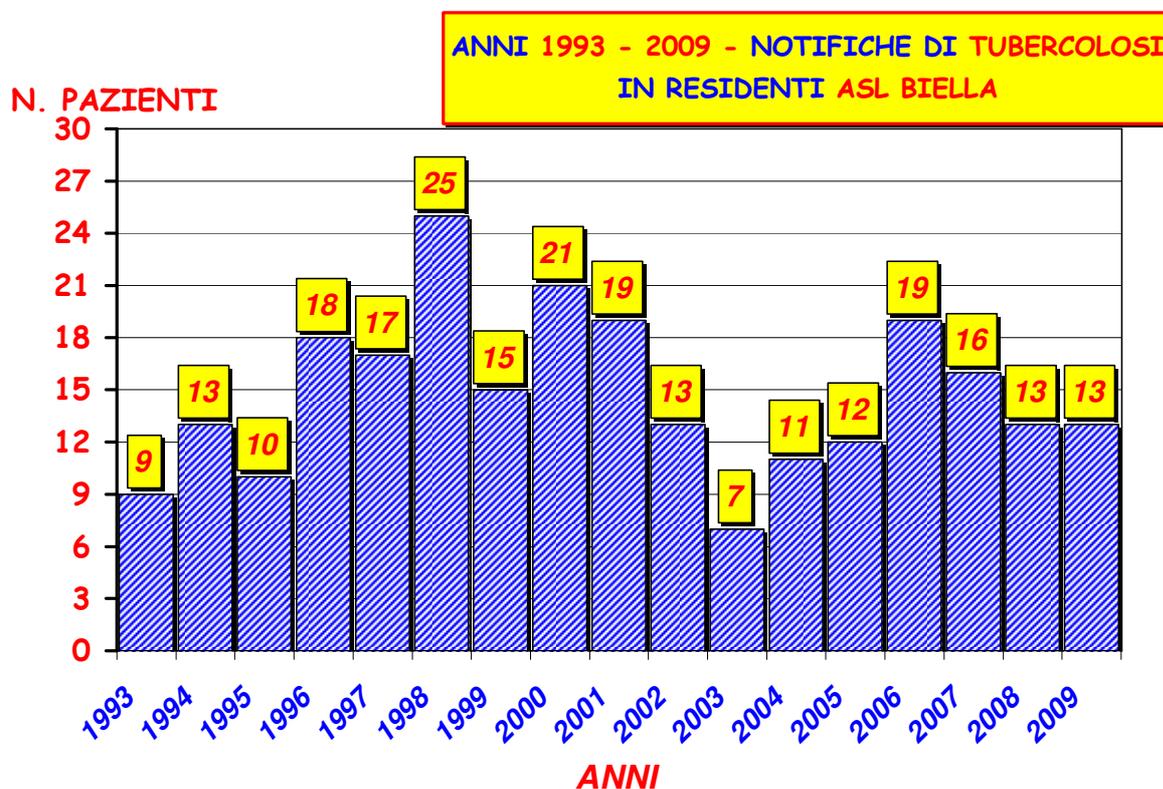
Attualmente è in corso di revisione e aggiornamento la procedura informatizzata per la notifica dei casi di tubercolosi e pertanto questi criteri potrebbero essere modificati nel corso del 2010.

Nei grafici seguenti sono inclusi anche i casi di tubercolosi diagnosticati in cittadini stranieri non in regola con il permesso di soggiorno e non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, ma domiciliati nell'ASL di Biella al momento della diagnosi.

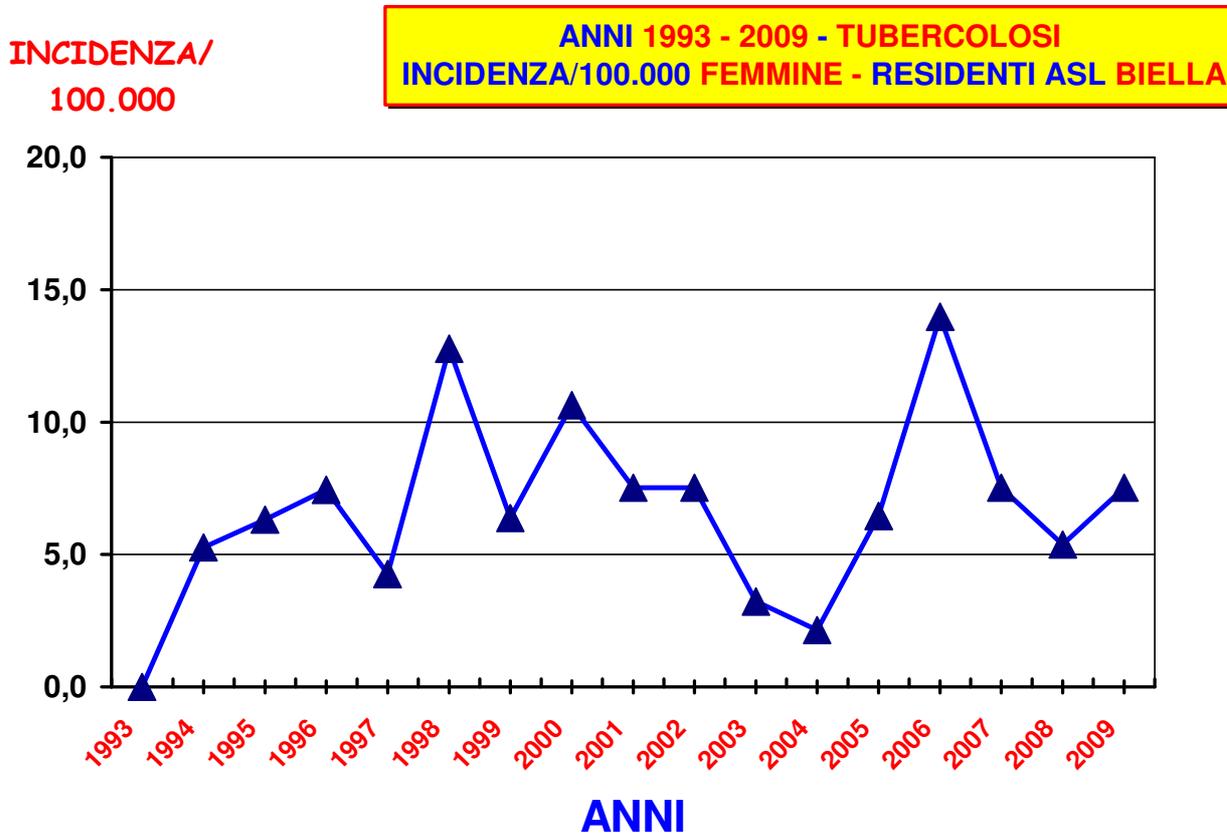
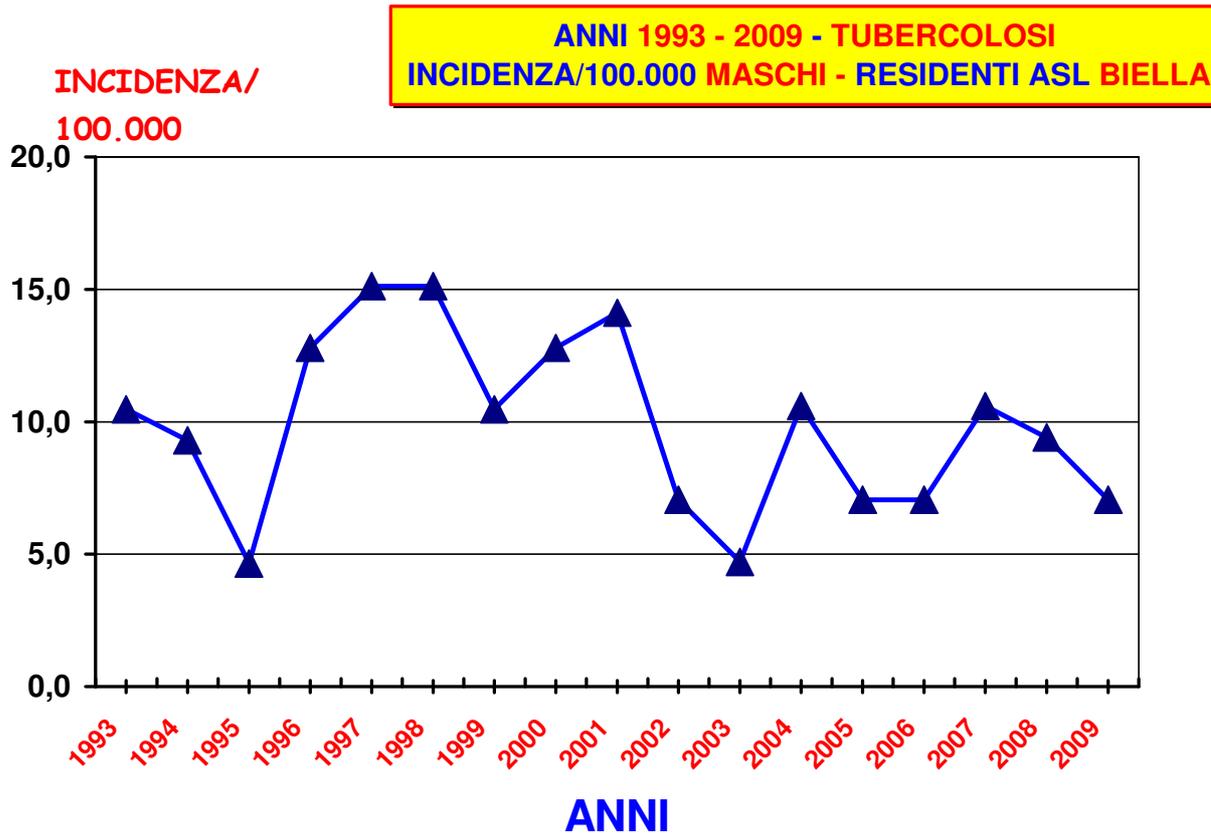
## RIEPILOGO NOTIFICHE TUBERCOLOSI 1993 - 2009

Nei grafici seguenti sono riportati l'andamento delle notifiche di tubercolosi (sia forme polmonari che extrapolmonari) dal **1993 al 2009** in residenti nella nostra ASL, suddivise in base all'anno di notifica e l'incidenza annuale/100.000.

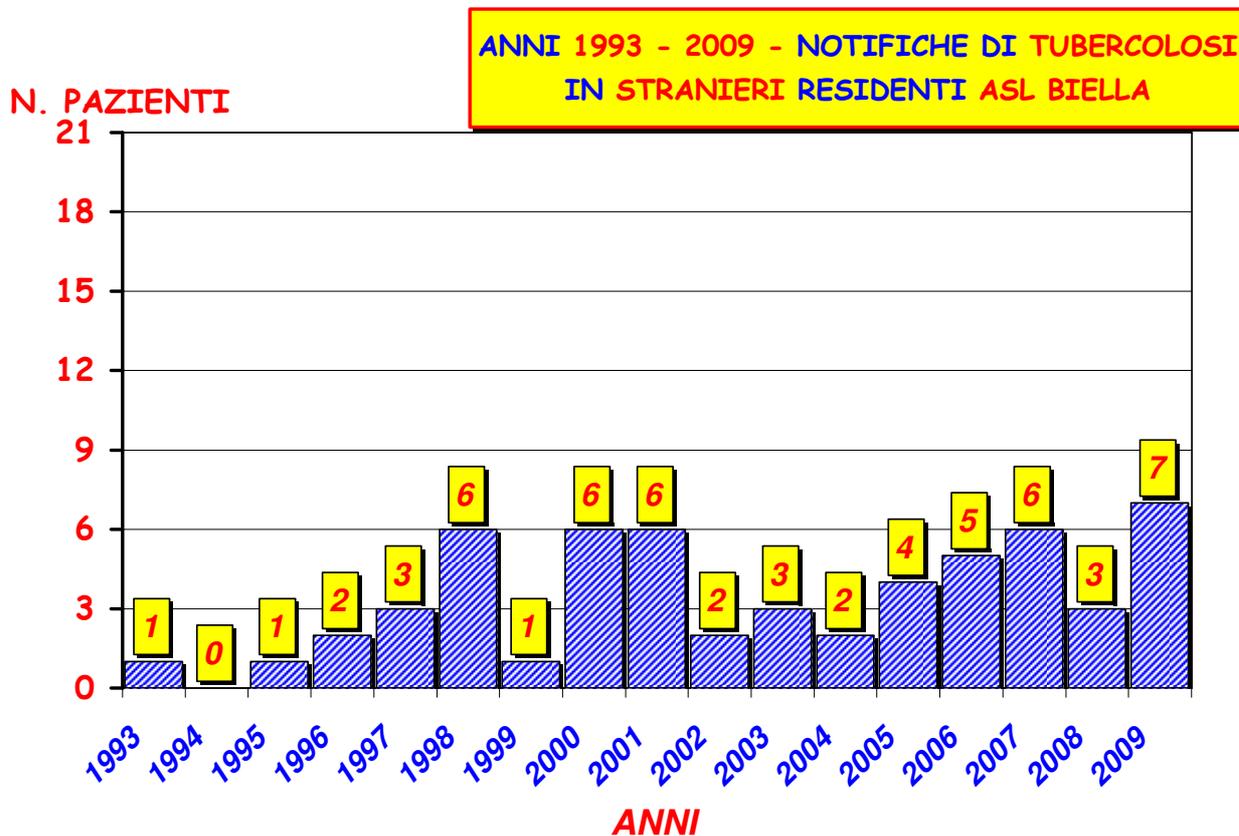
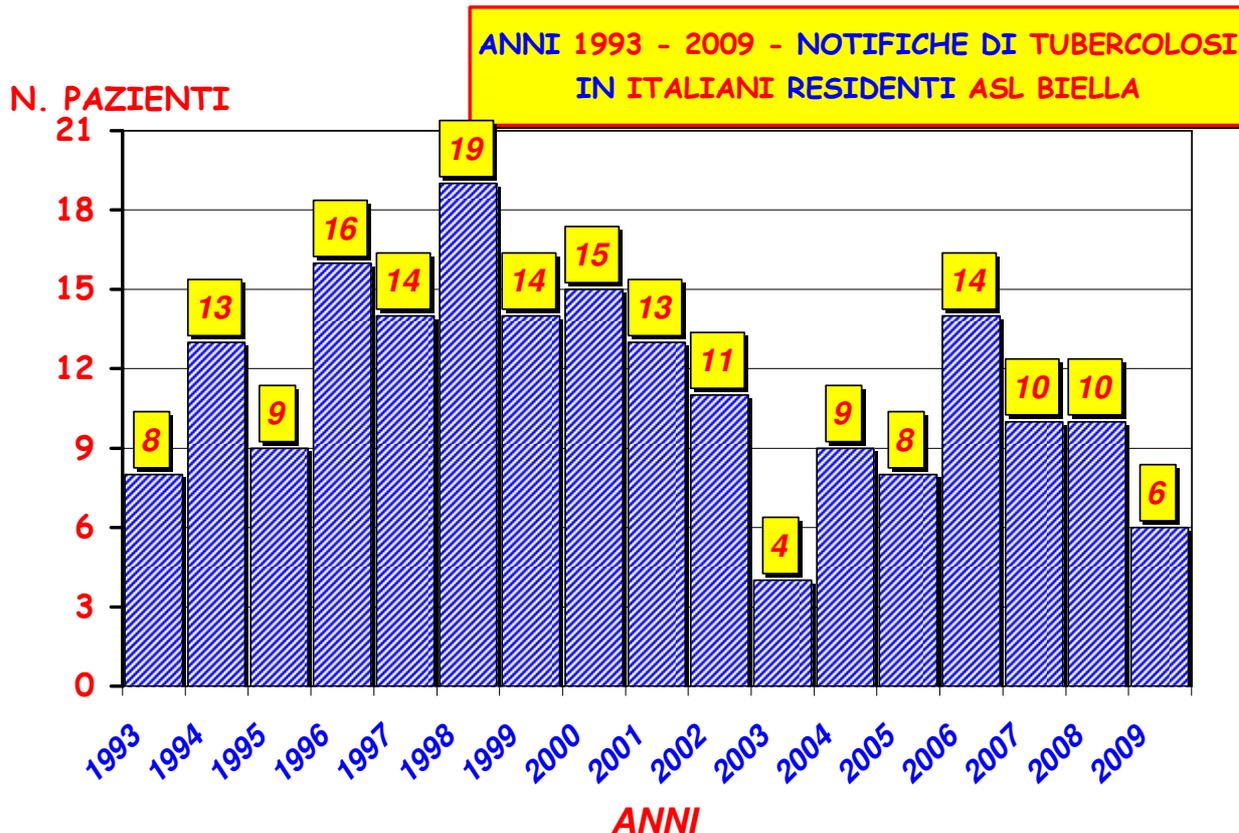
Un caso del 2008 in un italiano che nel precedente bollettino era stato considerato TBC è stato riclassificato da tubercolosi a micobatteriosi in base alla tipizzazione eseguita sul colturale e pervenuta nel corso del 2009.



I 2 grafici seguenti riportano l'incidenza annuale dei casi di tubercolosi in residenti nella nostra ASL dal 1993 al 2009 suddivisa per sesso.



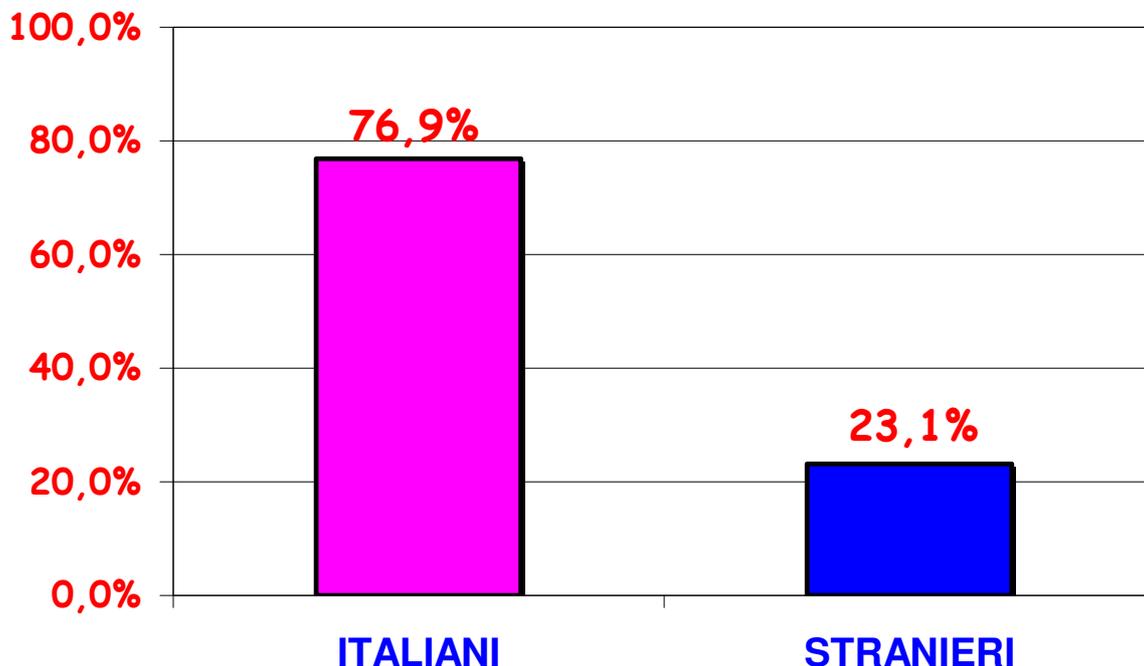
I 2 grafici seguenti riportano i casi di tubercolosi in residenti nella nostra ASL dal 1993 al 2009 distinti tra cittadini italiani e stranieri.



I 2 grafici seguenti riportano i casi totali di tubercolosi 1993-2009 in italiani e stranieri e l'andamento nel tempo dei casi tra pazienti italiani e stranieri.

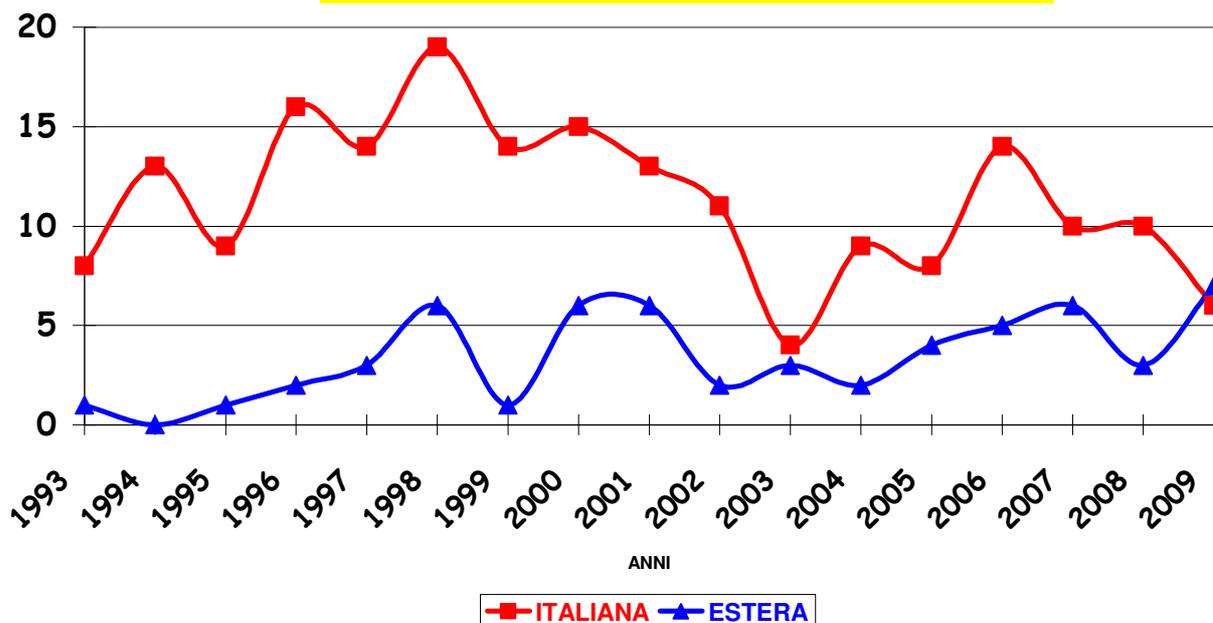
PERCENTUALE

**ANNI 1993 - 2009 - TUBERCOLOSI  
DISTRIBUZIONE DEI CASI PER CITTADINANZA  
RESIDENTI ASL BIELLA**



N. PAZIENTI

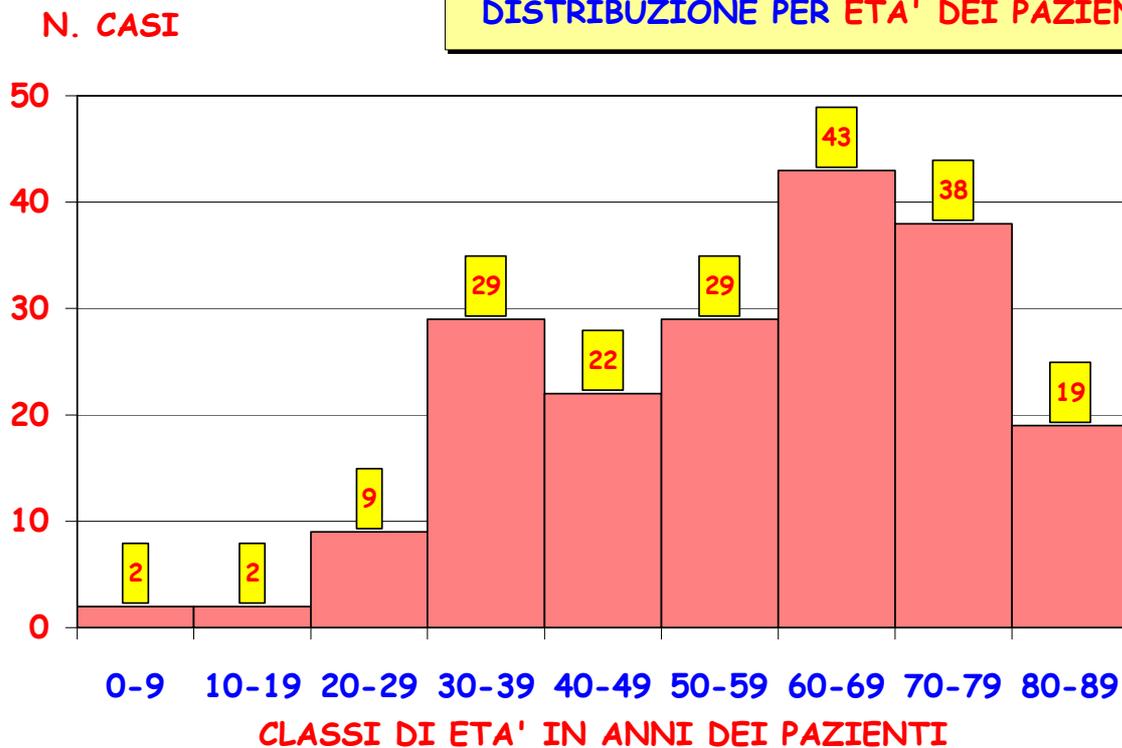
**ANNI 1993 - 2009 - TUBERCOLOSI  
DISTRIBUZIONE DEI CASI PER CITTADINANZA  
RESIDENTI ASL BIELLA**



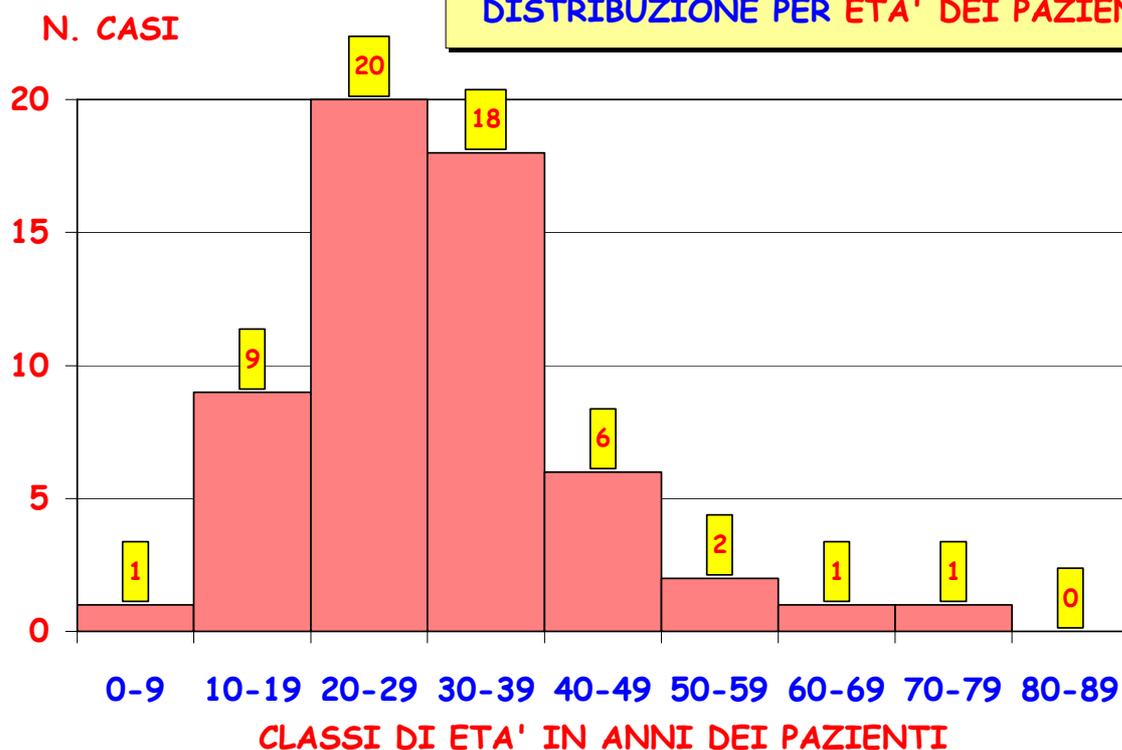
Come si nota, per la prima volta dal 1993 il numero di casi in cittadini stranieri è stato superiore a quello in cittadini italiani.

Nei 2 grafici seguenti a confronto le diverse distribuzioni per età dei casi di tubercolosi in pazienti italiani e stranieri dal 1993 al 2009 residenti nella nostra ASL.

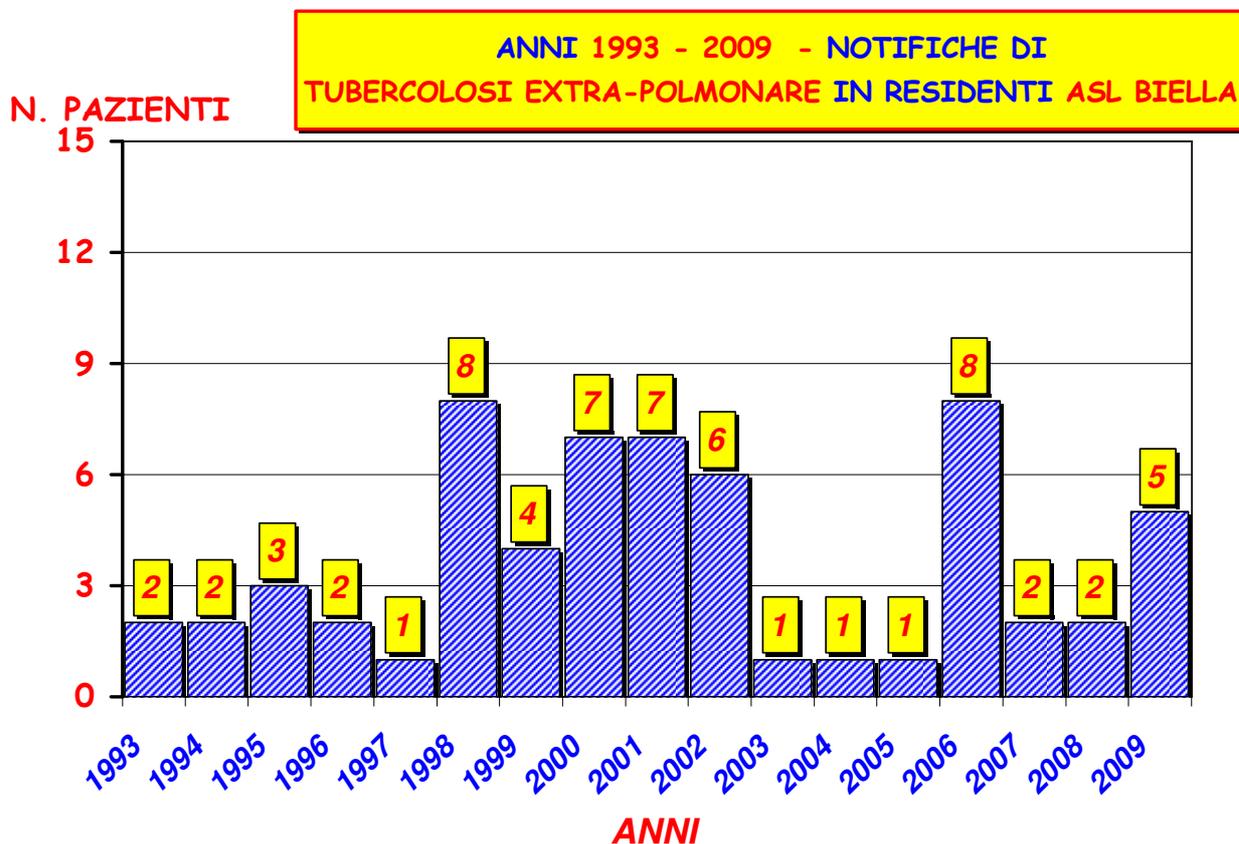
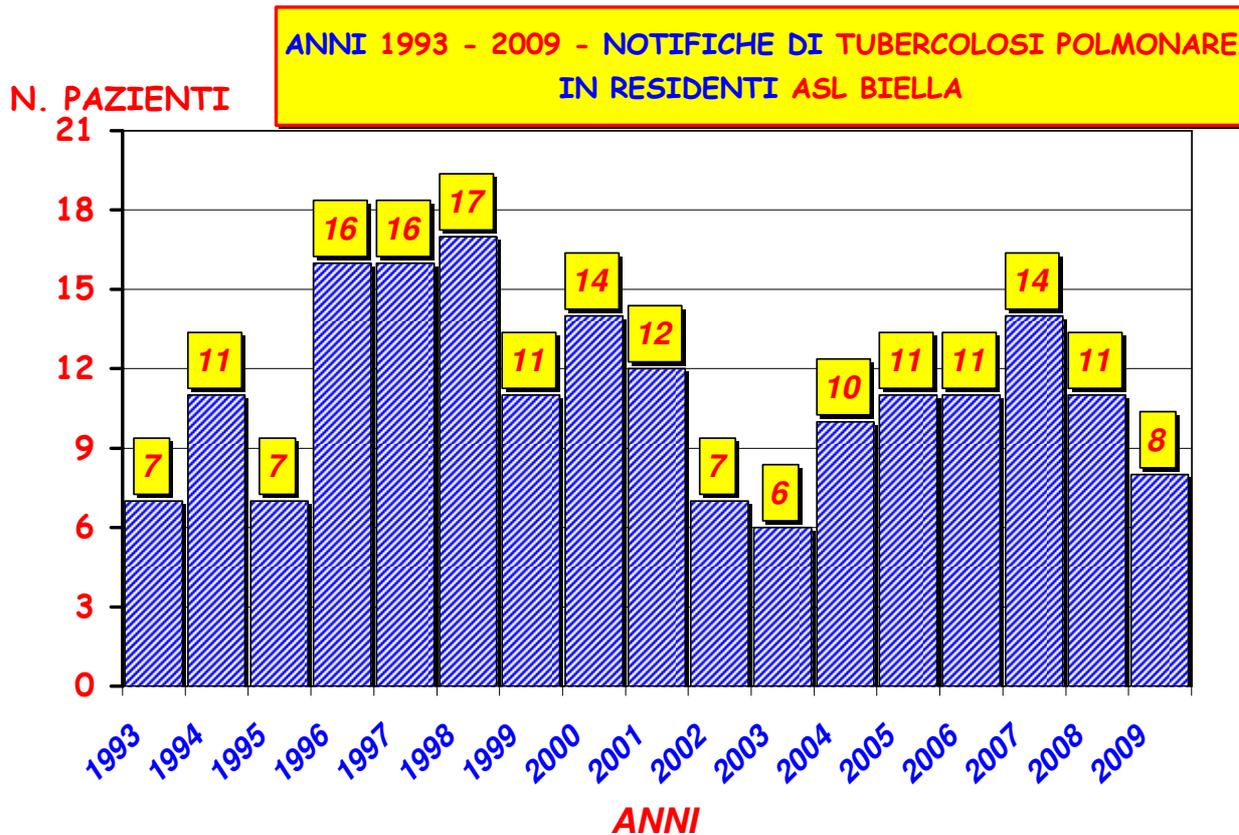
**ANNI 1993 - 2009 - CASI DI TUBERCOLOSI  
IN ITALIANI RESIDENTI ASL BIELLA  
DISTRIBUZIONE PER ETÀ DEI PAZIENTI**



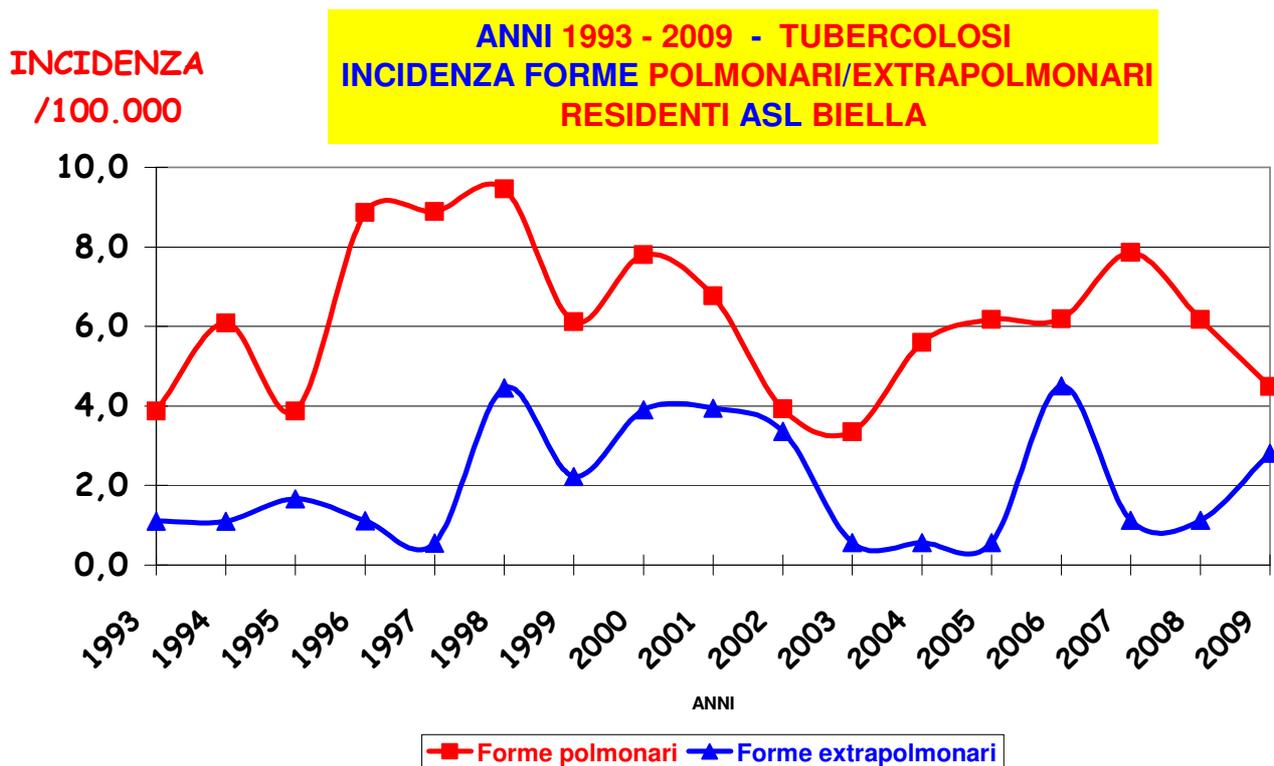
**ANNI 1993 - 2009 - CASI DI TUBERCOLOSI  
IN STRANIERI RESIDENTI ASL BIELLA  
DISTRIBUZIONE PER ETÀ DEI PAZIENTI**



Nei 2 grafici seguenti i casi di TBC polmonare ed extrapolmonare in residenti nell'ASL di Biella dal 1993 al 2009. I casi di TBC polmonare con contemporaneo interessamento extrapolmonare sono inclusi nel grafico delle forme polmonari.



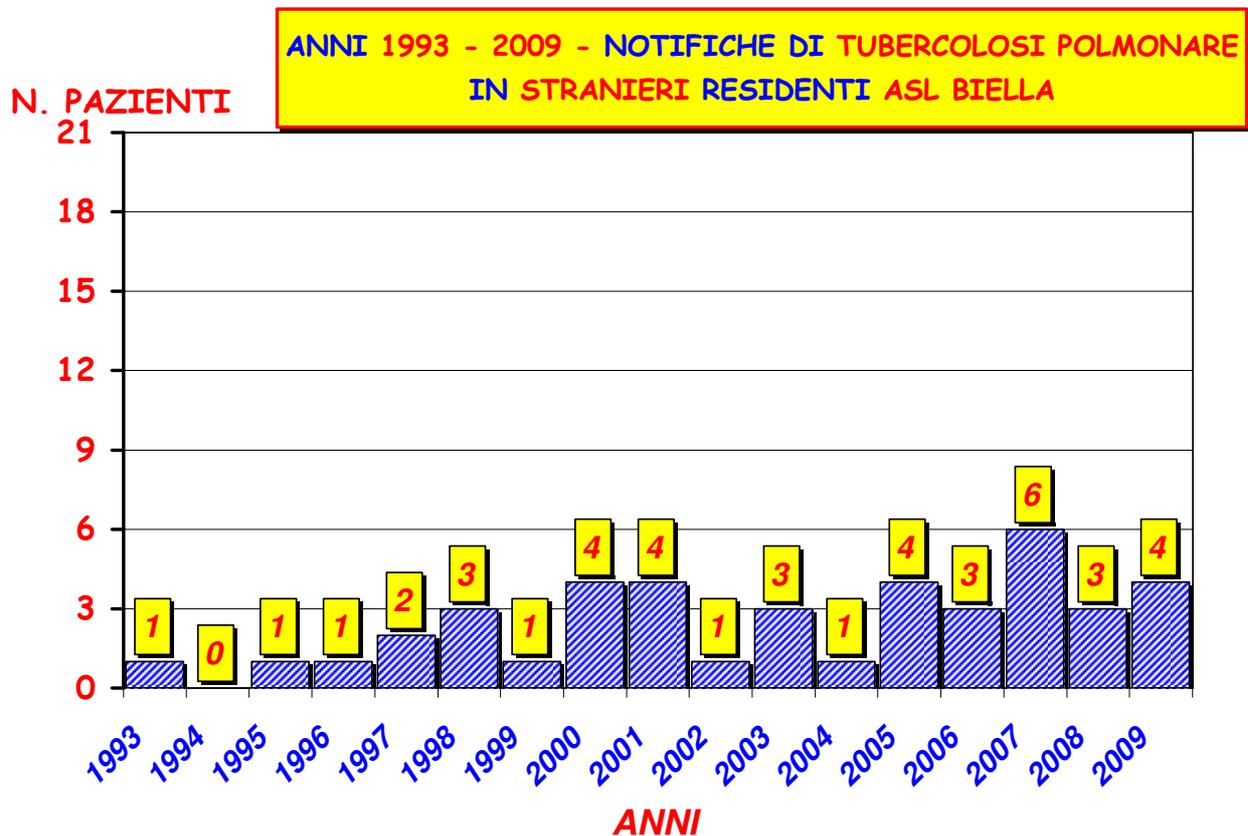
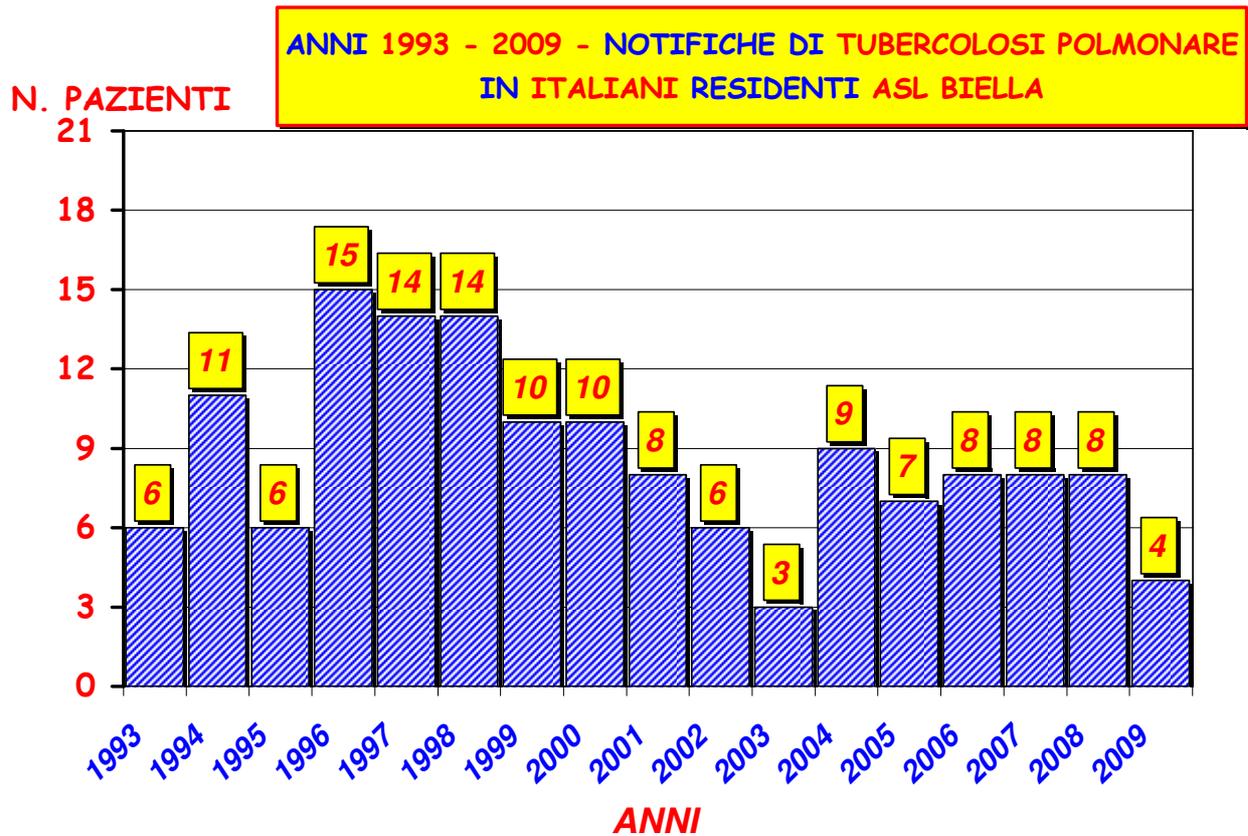
Nel grafico seguente sono riportate le incidenze di TBC polmonare ed extrapolmonare in residenti nell'ASL di Biella dal 1993 al 2009. I casi polmonari con contemporaneo interessamento extrapolmonare sono inclusi tra quelli polmonari.



La tabella seguente riporta il rapporto percentuale tra le forme polmonari ed extrapolmonari dal 1993 al 2009.

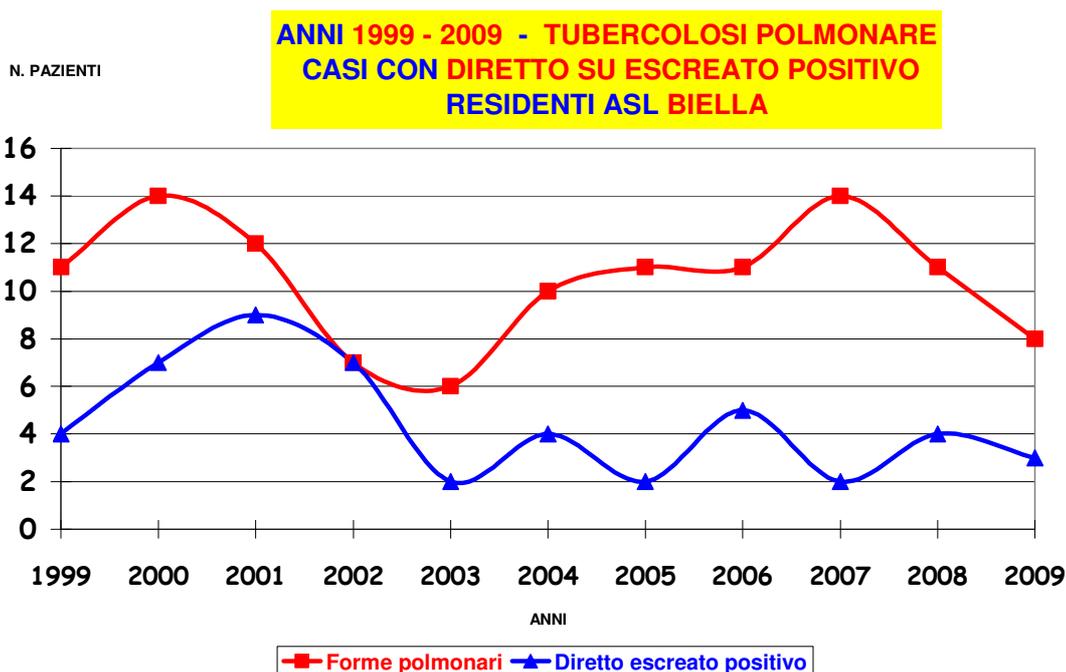
ANNO	rapporto N. polmonari/ N. extrapolmonari	N. Forme polmonari	N. Forme extrapolmonari	Totale
1993	77,8%	7	2	9
1994	84,6%	11	2	13
1995	70,0%	7	3	10
1996	88,9%	16	2	18
1997	94,1%	16	1	17
1998	68,0%	17	8	25
1999	73,3%	11	4	15
2000	66,7%	14	7	21
2001	63,2%	12	7	19
2002	53,8%	7	6	13
2003	85,7%	6	1	7
2004	90,9%	10	1	11
2005	91,7%	11	1	12
2006	57,9%	11	8	19
2007	87,5%	14	2	16
2008	84,6%	11	2	13
2009	61,5%	8	5	13
<b>Totali</b>	<b>75,3%</b>	<b>189</b>	<b>62</b>	<b>251</b>

Nei 2 grafici seguenti i casi di TBC polmonare in residenti nell'ASL di Biella dal 1993 al 2009 distinti tra casi in cittadini italiani e stranieri. Sono inclusi i casi polmonari con contemporaneo interessamento extrapolmonare.



Nella tabella seguente viene riportato il numero di casi di TBC polmonare con positività alla ricerca diretta del BK sull'escreato, in residenti nell'ASL di Biella dal 1999 al 2009. Il grafico sottostante ne riporta la visualizzazione.

ANNO	Forme polmonari	Diretto escreato positivo
1999	11	4
2000	14	7
2001	12	9
2002	7	7
2003	6	2
2004	10	4
2005	11	2
2006	11	5
2007	14	2
2008	11	4
2009	8	3
<b>TOTALE</b>	<b>115</b>	<b>49</b>



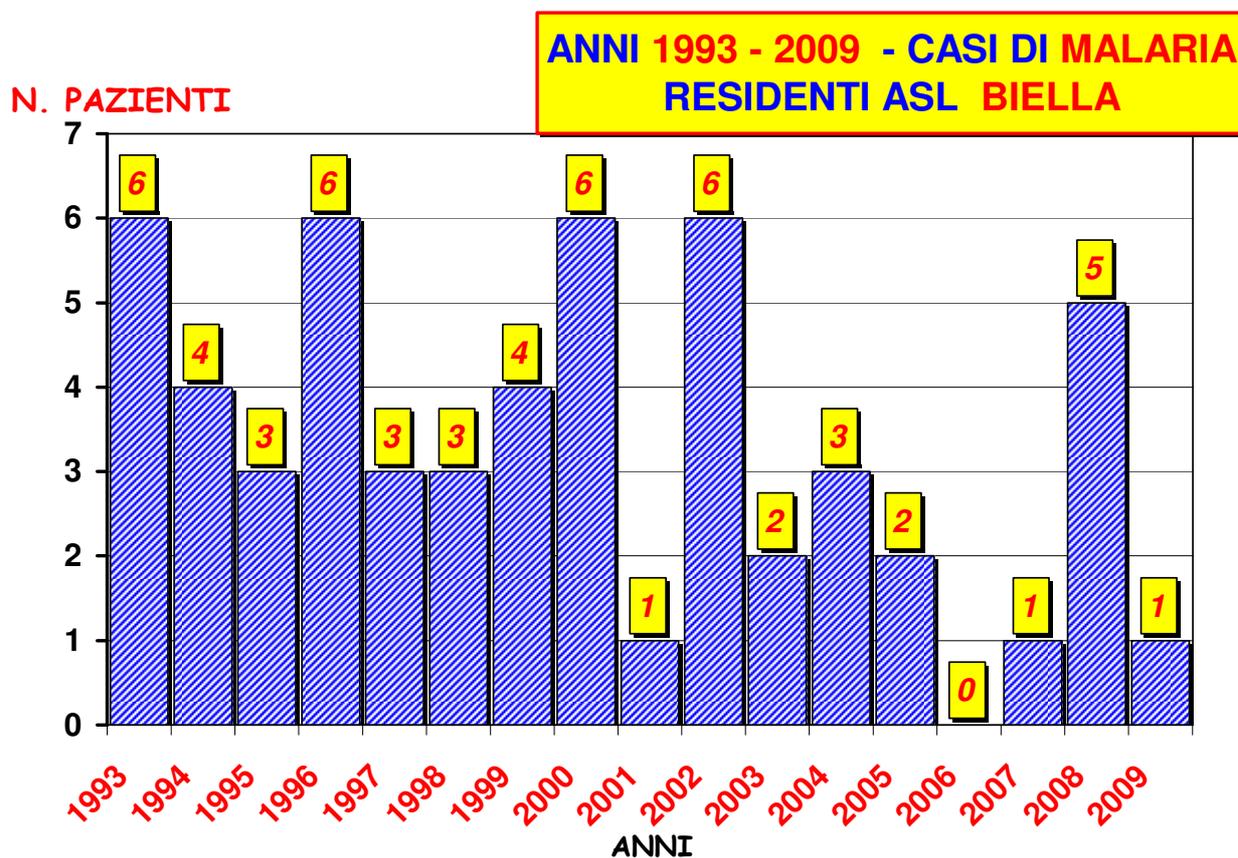
Nel complesso i dati degli ultimi anni dimostrano il buon controllo della tubercolosi, favorito dalla presenza di un solo centro di riferimento, sia laboratoristico che ospedaliero, unito anche all'attività del Centro ISI rivolto agli immigrati non in regola con le norme relative al permesso di soggiorno. L'andamento dell'incidenza è analogo a quella dell'Italia, con una tendenza alla diminuzione per i cittadini italiani e ad un lieve aumento per i cittadini stranieri, per altro di entità trascurabile e legato all'aumento della popolazione residente. Le incidenze sono comunque minori rispetto ai dati nazionali e piemontesi, se si prendono in considerazione le incidenze reali corrette per la sottonotifica.

## MALARIA

Nel 2009 è stato segnalato un solo caso di malaria, da *P. Falciparum* (malaria maligna) in un soggetto residente nell'ASL di Biella. La malattia è stata contratta in Africa e i sintomi si sono sviluppati quando il viaggiatore era ancora all'estero. Il ricovero è avvenuto nell'ospedale di Biella dove il paziente è stato curato con successo.

### CASI DI MALARIA 1993 - 2009 - ASL BIELLA

Dal 1993 al 2009 sono pervenute al nostro Servizio 56 notifiche di malaria in soggetti residenti o domiciliati nella nostra ASL: 41 in italiani e 15 in stranieri. Nel grafico seguente è riportato l'andamento delle notifiche di malaria (incluse le recidive) dal 1993 al 2009 in residenti nella nostra ASL, suddivise in base all'anno di notifica.



**PAESI IN CUI E' STATA CONTRATTA LA MALARIA  
(RESIDENTI NELL'ASL BIELLA, ANNI 1993-2009):  
(SONO INCLUSE LE RECIDIVE)**

NIGERIA	12 (*)
KENYA	8
MALI	3
GUINEA EQUATORIALE	3
CAMEROON	2
CONGO (EX ZAIRE)	2
ETIOPIA	2
GABON	2 (**)
MADAGASCAR	2
SENEGAL	3
SOMALIA	2 (***)
BELIZE	1
COSTA D'AVORIO	1
GHANA	1
GUINEA	1
PAKISTAN	1
INDIA	1
RWANDA	1
SRI LANKA	1
ZAMBIA	1
ZANZIBAR	1
THAILANDIA-LAOS- CAMBOGIA	5 (§)
<b>TOTALE</b>	<b>56</b>

(\*): 1 paziente ha contratto 2 volte la malaria in occasione di 2 viaggi;

(\*\*): 1 paziente ha contratto 2 tipi di malaria nello stesso viaggio;

(\*\*\*): 1 paziente con recidiva da Vivax

(§): 2 pazienti con 3 recidive da Vivax

**CONTINENTE IN CUI E' STATA CONTRATTA LA MALARIA (1993-2009):**

CONTINENTE	N.	%
AFRICA	47	83,9 %
ASIA	8	14,3 %
CENTRO-AMERICA	1	1,8 %
<b>TOTALE</b>	<b>56</b>	<b>100 %</b>

**CONTINENTI VISITATI E SPECIE DI PLASMODIO CONTRATTO  
PERIODO 1993-2009 – SONO INCLUSE LE RECIDIVE DA P.VIVAX:**

<b>CONTINENTE</b>	<b>FALCIPARUM (MALIGNA)</b>	<b>MALARIAE (BENIGNA)</b>	<b>VIVAX (BENIGNA)</b>	<b>TOTALE</b>
<b>AFRICA</b>	<b>38</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>47</b>
<b>CENTROAMERICA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>ASIA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>TOTALE</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>56</b>

**MOTIVO DEL VIAGGIO DEI PAZIENTI CON MALARIA 1993-2009**

<b>MOTIVO</b>	<b>N.</b>
<b>TURISMO</b>	<b>24</b>
<b>LAVORO</b>	<b>12</b>
<b>RIENTRO AL PAESE D'ORIGINE</b>	<b>8</b>
<b>RESIDENTE ESTERO PER LAVORO</b>	<b>4</b>
<b>VOLONTARIATO</b>	<b>2</b>
<b>MISSIONE MILITARE</b>	<b>1</b>
<b>IMMIGRATO DA PAESE ENDEMICO</b>	<b>1</b>
<b>TOTALE</b>	<b>52</b>

In questa tabella sono stati contati solo i viaggi, non includendo le recidive da P. Vivax.

**CHEMIOPROFILASSI DEI VIAGGIATORI CON MALARIA - 1993-2009**

<b>TIPO DI CHEMIOPROFILASSI</b>	<b>N.</b>
<b>NESSUNA</b>	<b>49</b>
<b>CON FARMACO SBAGLIATO</b>	<b>4</b>
<b>PROFILASSI INTERROTTA</b>	<b>2</b>
<b>CORRETTAMENTE ESEGUITA</b>	<b>1 (*)</b>
<b>TOTALE</b>	<b>56</b>

(\*): Diagnosi dubbia di malaria effettuata in Africa

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.

## **SCABBIA 2009**

Nel 2009 sono pervenute al Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL di Biella 33 notifiche di scabbia, tutte relative a persone residenti nella nostra ASL: 24 casi sono stati notificati in persone con cittadinanza italiana e 9 casi in persone con cittadinanza straniera.

In 32 casi la diagnosi è stata posta nella nostra ASL e in 1 caso in una ASL limitrofa e successivamente trasmessa al nostro Servizio.

Va premesso che le notifiche di scabbia pervengono quasi esclusivamente dalla S.C. di Dermatologia dell'Ospedale di Biella; pertanto non si hanno dati sui casi diagnosticati dai dermatologi privati, che solitamente non inviano notifiche di scabbia al nostro Servizio.

Inoltre è probabile che il numero reale dei casi di scabbia sia superiore a quelli notificati, perché soprattutto con i cittadini stranieri accade a volte che venga visitata una sola persona con la scabbia, ma che riferisca che anche altri in famiglia hanno una sintomatologia simile; questi altri casi familiari sono solo ipotetici, e non vengono pertanto inseriti in casistica, ma va tenuto presente che i focolai familiari sono tutt'altro che rari.

L'età è variata dai 4 mesi ai 94 anni (la scabbia è una delle malattie con il range di età più ampio); solo 2 casi sotto i 16 anni; tra i cittadini italiani l'età media dei casi è stata 53 anni e il 50% dei casi si è verificato in soggetti di età superiore a 65 anni; tra le persone con cittadinanza straniera l'età media è stata invece di 29 anni e il 50% dei casi si è verificato in soggetti sotto i 34 anni.

Si sono verificati 5 focolai epidemici.

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

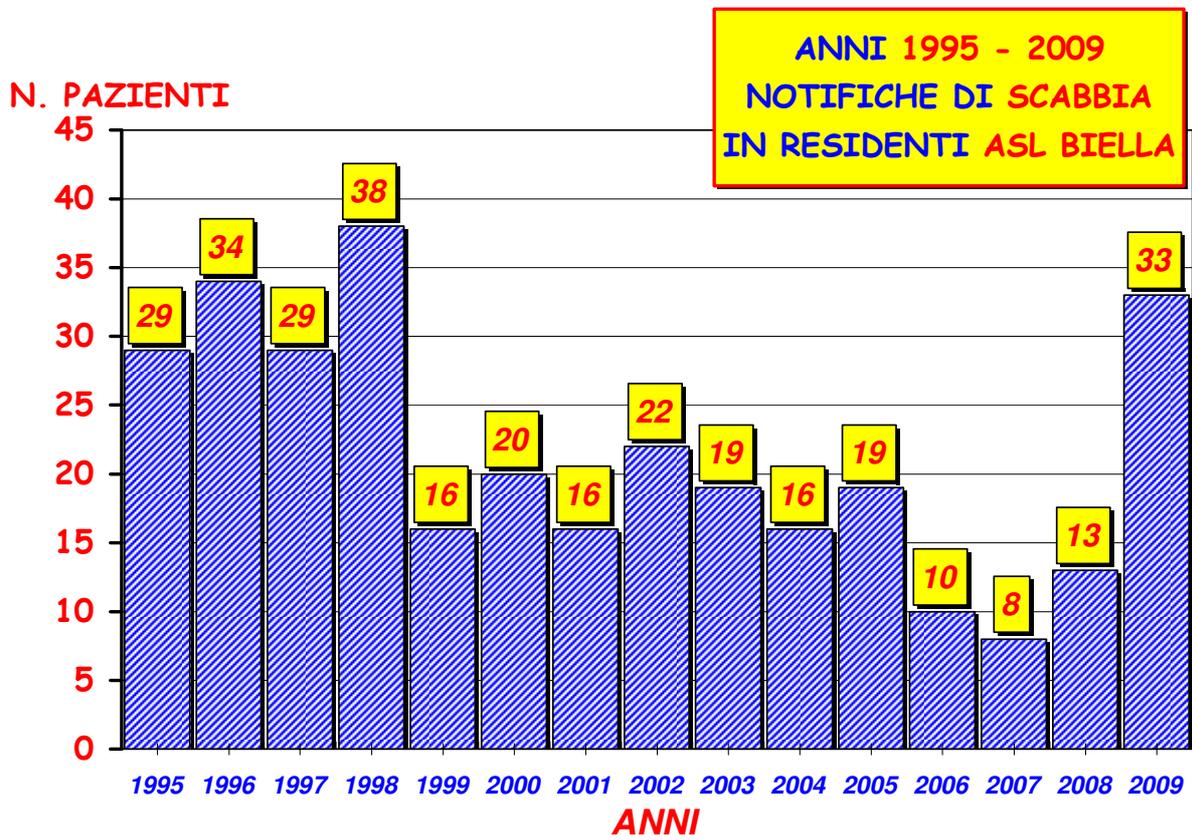
### **LA SCABBIA IN RESIDENTI ASL BIELLA DAL 1995 AL 2009**

Dal 1995 al 2009 sono stati notificati al Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL di Biella 345 casi di scabbia; di questi, 322 erano relativi a persone residenti nella nostra ASL.

Ai fini di questa statistica sono considerati residenti nella nostra ASL sia i soggetti con regolare residenza anagrafica, sia i soggetti che pur non essendo regolarmente registrati hanno un domicilio nella nostra ASL (si tratta solitamente di cittadini con nazionalità estera non in regola con le norme sul soggiorno ma che vivono nella nostra ASL; vengono inclusi anche i soggetti senza fissa dimora ma viventi nella nostra ASL).

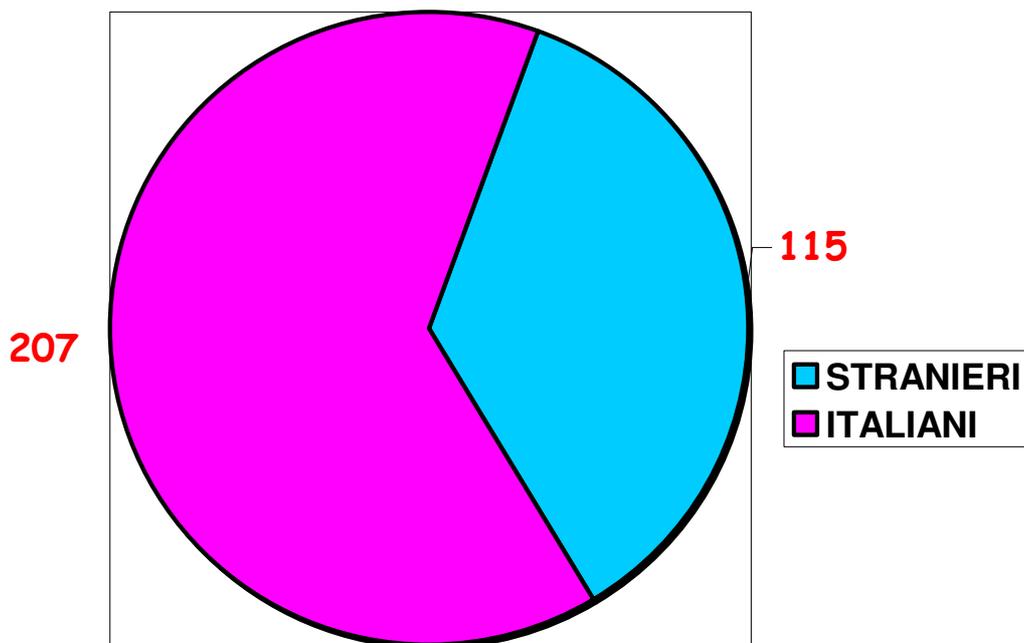
Non sono invece inclusi nella casistica i soggetti nei quali la diagnosi è stata posta nella nostra ASL ma aventi residenza anagrafica e domicilio in altre ASL. I casi di scabbia diagnosticati negli ospiti della casa circondariale di Biella sono considerati residenti a Biella e inclusi nella casistica.

Il grafico seguente riporta la distribuzione per anno dei casi di scabbia notificati in soggetti residenti nella nostra ASL dal 1995 al 2009.

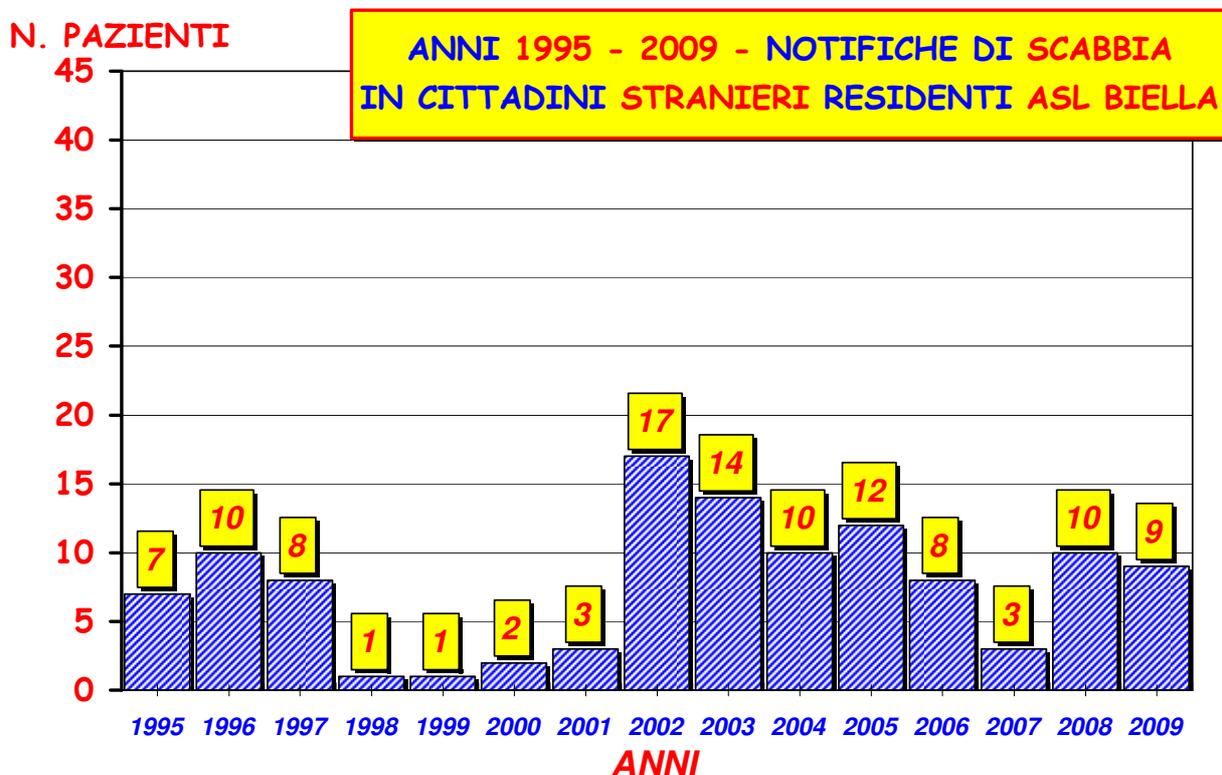
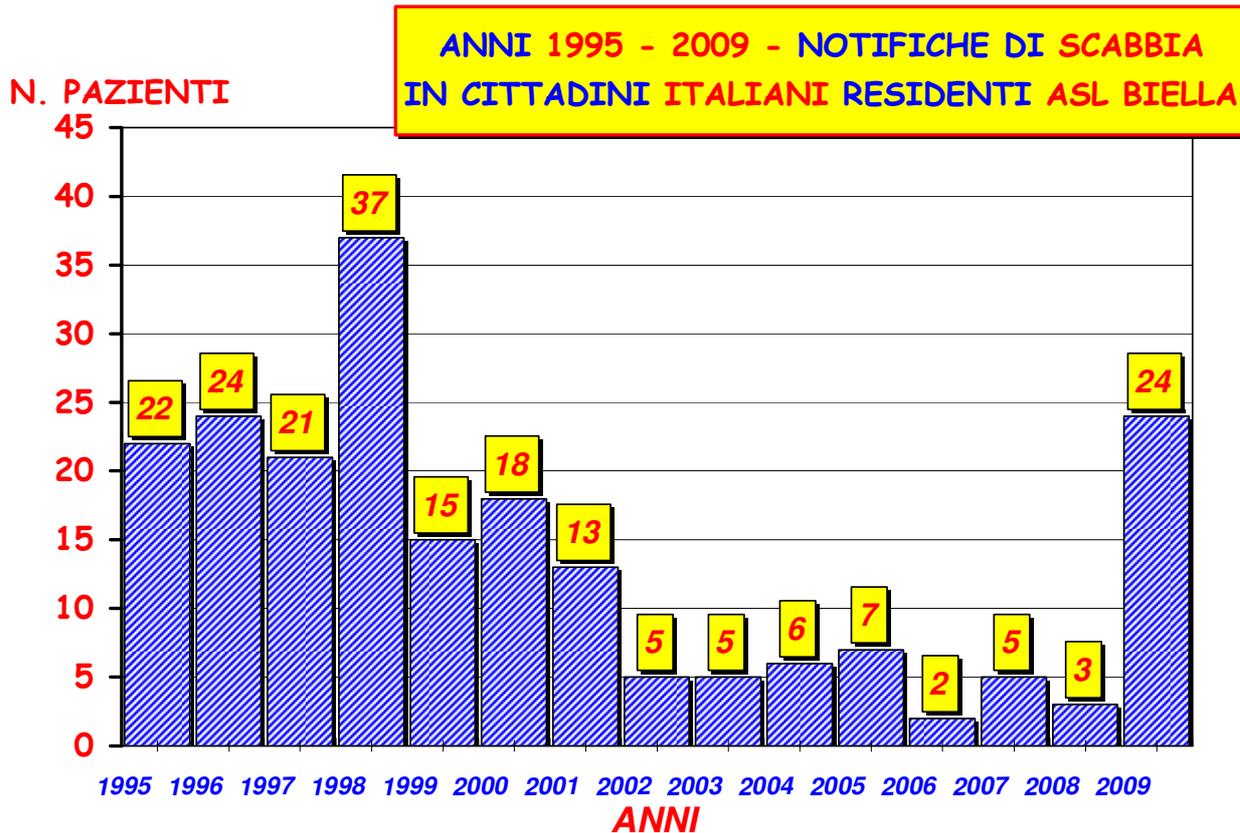


Il grafico seguente riporta la distribuzione dei casi notificati in soggetti residenti nella nostra ASL dal 1995 a fine 2009 distinti in base alla cittadinanza.

**SCABBIA 1995-2009 - DISTRIBUZIONE DEI CASI  
PER CITTADINANZA IN RESIDENTI ASL BIELLA**



I grafici seguenti riportano la distribuzione per anno dei casi notificati in soggetti residenti nella nostra ASL dal 1995 a fine 2009 distinti in base alla cittadinanza.

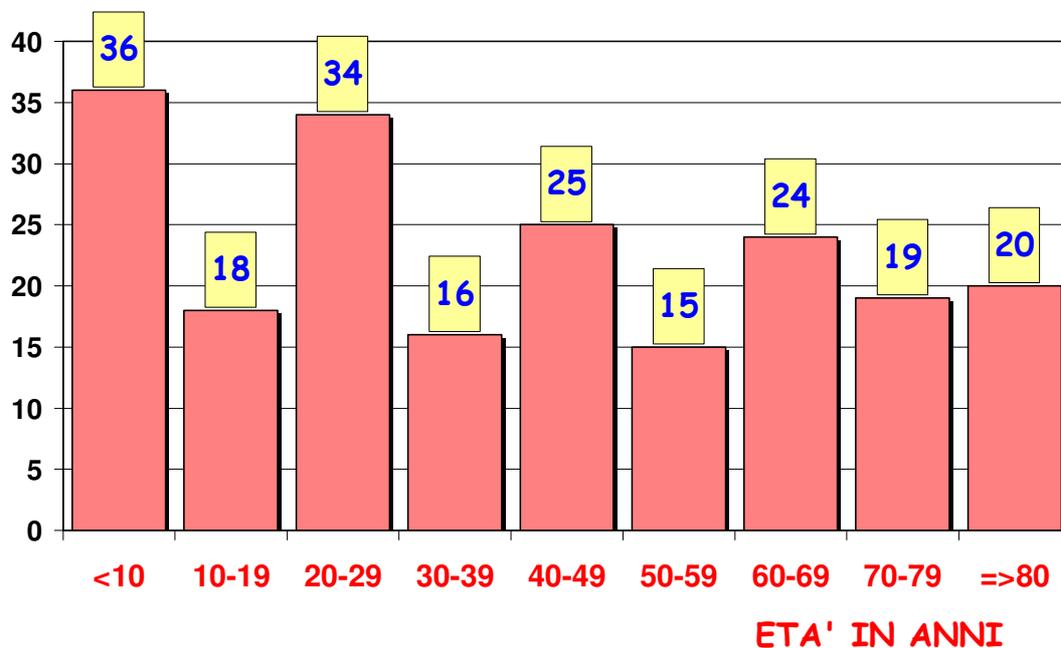


I grafici seguenti riportano la distribuzione per decade di età dei casi notificati in soggetti residenti nella nostra ASL dal 1995 a fine 2009 distinti in base alla

cittadinanza.

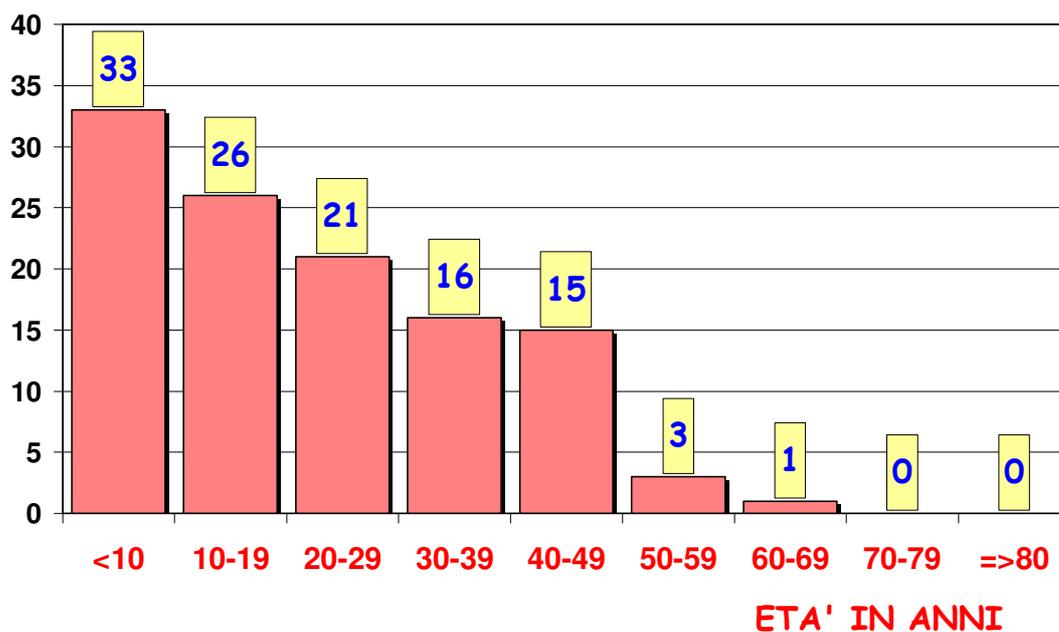
**SCABBIA 1995-2009 - CASI PER DECADI DI ETA'  
IN CITTADINI ITALIANI RESIDENTI ASL BIELLA**

**N. PAZIENTI**



**SCABBIA 1995-2009 - CASI PER DECADI DI ETA'  
IN CITTADINI STRANIERI RESIDENTI ASL BIELLA**

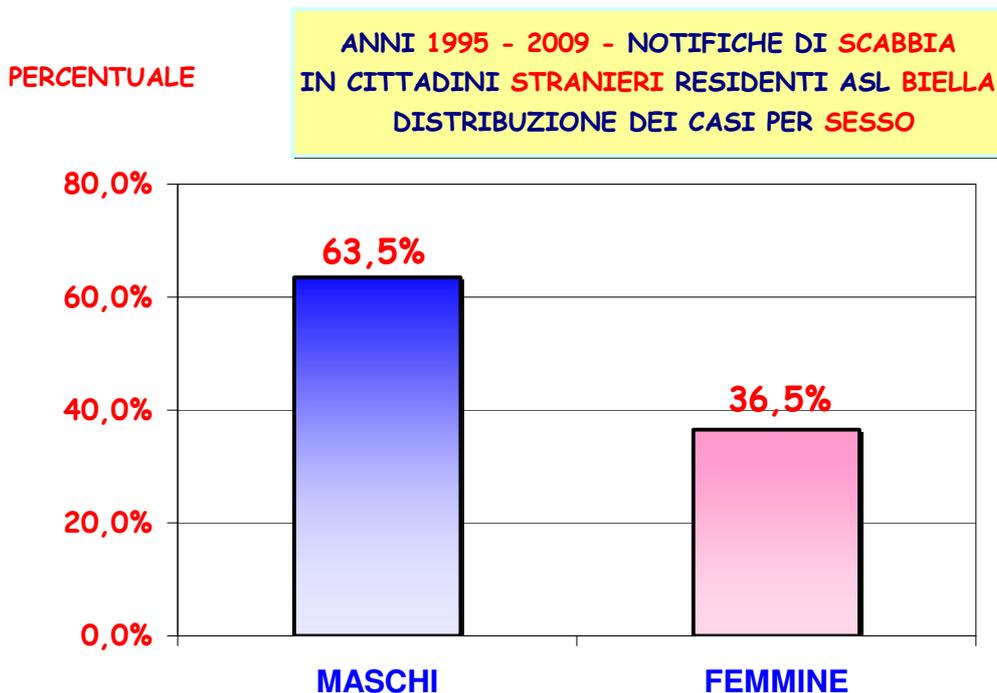
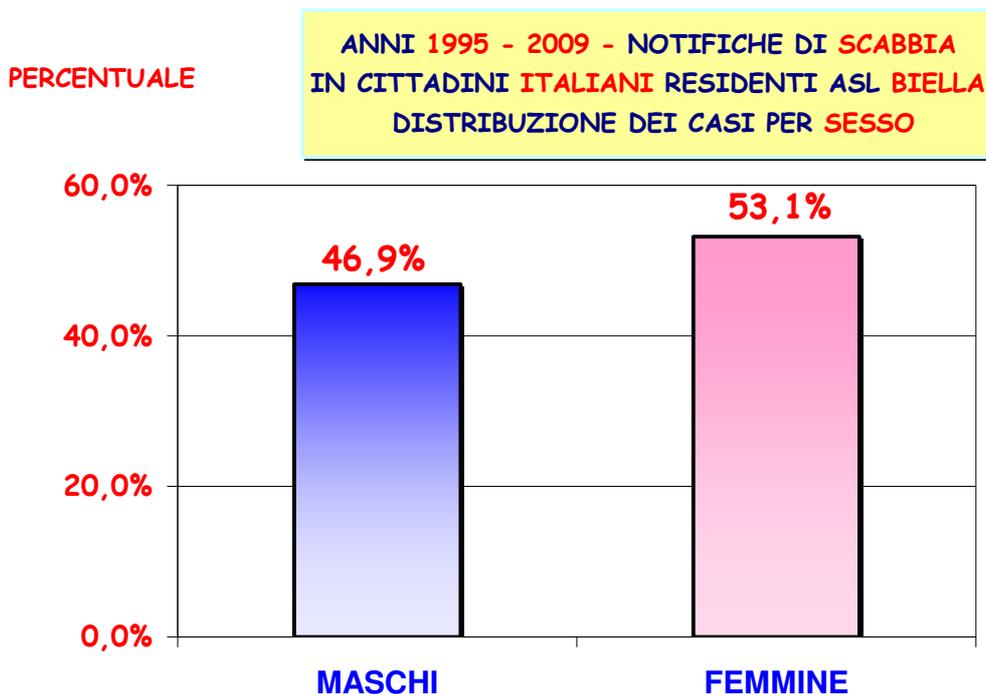
**N. PAZIENTI**



Si nota che tra gli stranieri prevalgono i soggetti giovani. In effetti tra i cittadini italiani l'età media di insorgenza è 41 anni con un'ampia deviazione standard (27 anni), mentre tra i cittadini stranieri l'età media di insorgenza è 22 anni con una

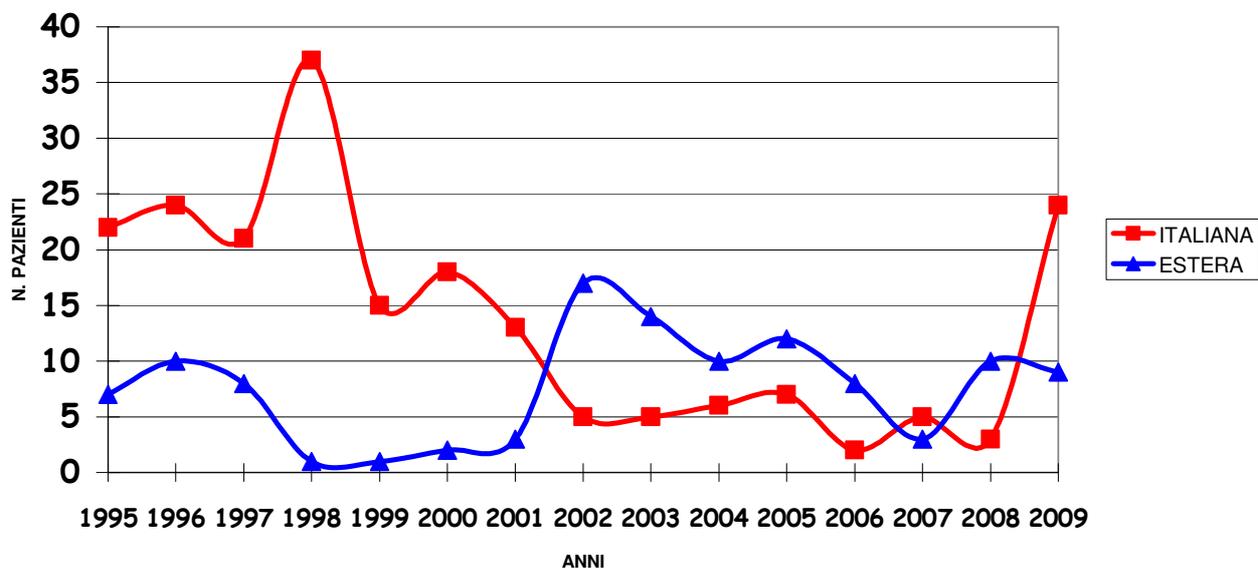
deviazione standard di 14 anni. Questi dati riflettono la differente composizione demografica delle 2 popolazioni.

Per quanto riguarda invece la distribuzione dei casi in relazione al sesso si notano le seguenti differenze:



Se si riportano i casi di notifiche di scabbia anno per anno distinguendoli in base alla nazionalità, si evidenzia il seguente andamento:

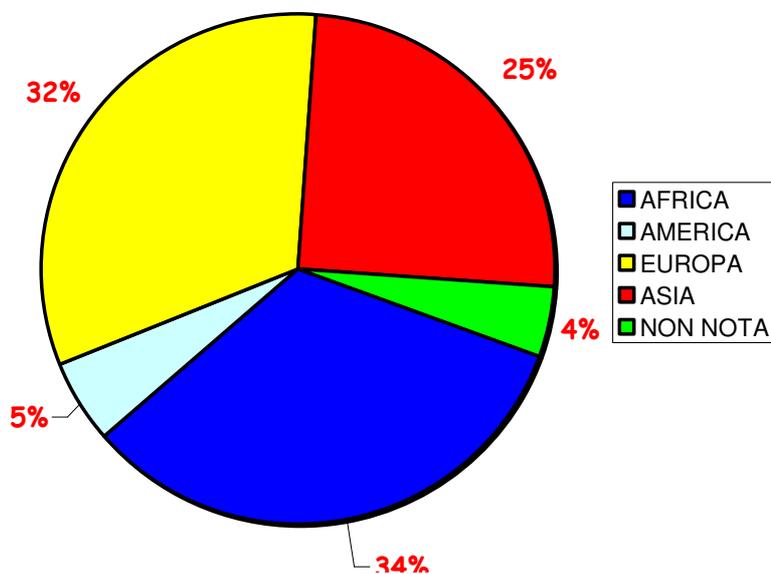
**ANNI 1995 - 2009 - NOTIFICHE DI SCABBIA  
SUDDIVISIONE DEI CASI PER CITTADINANZA  
RESIDENTI ASL BIELLA**



L'aumento dei casi tra gli italiani nel 2009 è stato dovuto in gran parte ad un focolaio epidemico che ha coinvolto anche personale dipendente dell'ospedale di Biella. In totale questo focolaio ha interessato 5 dipendenti ASL e altre 17 persone, tra cui alcuni ospiti di 4 strutture residenziali per anziani. Sono quindi state attivate le procedure sanitarie e terapeutiche previste sia per i contatti stretti dei casi che per il personale dipendente.

Nel grafico seguente è rappresentata la provenienza per aree continentali delle persone con cittadinanza estera con diagnosi di scabbia.

**ASL BIELLA - SCABBIA 1995 - 2009  
DISTRIBUZIONE DEI CASI PER CITTADINANZA ESTERA**



## I CASI DI SCABBIA NELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO

Dal 1995 al 2009 abbiamo ricevuto 93 notifiche di casi di scabbia in residenti nell'ASL di Biella di età inferiore a 15 anni, distribuiti a metà tra italiani (46) e stranieri (47); in 10 casi l'età era inferiore all'anno; i casi tra i 6 e i 14 anni erano 53 e salvo un episodio singolo in una scuola elementare, tutti questi bambini sono stati contagiati in famiglia.

La tabella riporta le scuole frequentate da questi bambini con scabbia:

<b>CASI DAL 1995 AL 2009</b>	
<b>SCUOLA FREQUENTATA</b>	<b>N. BAMBINI</b>
ASILO	2
MATERNA	13
ELEMENTARE	40
MEDIA	12
<b>TOTALE</b>	<b>67</b>

A fronte quindi di ben 67 casi di scabbia in bambini di età inferiore a 15 anni notificati dal 1995 al 2009 frequentanti strutture scolastiche, si ha notizia di un solo caso epidemico in una scuola elementare. Nella maggior parte dei casi le lesioni sono infatti localizzate in aree coperte dai vestiti con un basso rischio di contagio.

Sulla base di questi dati possiamo concludere che il rischio di epidemia a scuola a seguito di un caso di scabbia sia basso.

Al contrario avviene spesso che se in una famiglia, soprattutto se numerosa e con utilizzo in comune degli asciugamani o delle lenzuola, vi siano dei casi di scabbia, è alta la probabilità che i bambini vengano contagiati e quindi quando in una famiglia viene diagnosticato un caso, è bene che tutti i conviventi si sottopongano al trattamento, specialmente quando i casi sono più di uno.

## **FOCOLAI EPIDEMICI**

Nel 2009 abbiamo identificato 9 focolai epidemici, così suddivisi:

<b>FOCOLAI EPIDEMICI 2009</b>	
PEDICULOSI	2
TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	1
SCABBIA	5
PERTOSSE	1
<b>TOTALE</b>	<b>9</b>

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).

L'unica tossinfezione alimentare del 2009 si è verificata in un esercizio di ristorazione pubblica ed era dovuta alla Salmonella.

## **NUOVA INFLUENZA A(H1N1),**

In ottemperanza alle disposizioni sia ministeriali che regionali, il referente per la sorveglianza e il controllo delle malattie infettive dell'ASL, operante nel Servizio Igiene e Sanità Pubblica, nel corso del 2009 e nel mese di gennaio 2010 ha eseguito 79 indagini epidemiologiche relative ai casi di nuova influenza, sia sospetti che identificati tramite ricerca biomolecolare del virus con PCR su tampone naso faringeo.

Nel periodo estivo, tra il 20/7/2009 e il 21/9/2009, sono stati identificati nell'ASL di Biella 5 casi di nuova influenza A(H1N1)<sub>v</sub>, di cui 4 di importazione e 1 autoctono dovuto a trasmissione locale.

Dal 26 ottobre 2009 in base alle nuove disposizioni ministeriali la ricerca del virus tramite tampone è stata riservata ai soggetti ricoverati in ospedale o che presentavano complicazioni con sintomatologia compatibile con l'influenza da virus A(H1N1)<sub>v</sub>.

Nel periodo dal 28/10/2009 al 17/12/2009 sono state riscontrate 18 positività in soggetti residenti nell'ASL di Biella: 15 con tampone eseguito a Biella e 3 a Torino. Dal 17/12/2009 alla data di stampa della presente relazione (9 febbraio 2010) non sono risultate altre positività. Ciò in correlazione al fatto che l'ondata epidemica era ormai conclusa. Complessivamente quindi sono stati identificati 23 casi.

L'età dei soggetti con positività al tampone è variata da 1 mese a 65 anni di età; non sono state riscontrate positività in soggetti di età superiore a 65 anni.

Nel 2009, 10 casi sono stati diagnosticati in bambini di età inferiore a 10 anni (2 sotto l'anno di età); 2 tra i 10 e 19 anni, 2 tra 20 e i 29 anni, 1 tra i 30 e i 39 anni, 3 tra i 40 e i 49 anni, 3 tra i 50 e i 59 anni e 2 casi tra i 60 e i 65 anni.

Oltre un terzo dei casi non presentava patologie pregresse.

Dei 18 casi identificati dopo l'avvio del nuovo sistema di sorveglianza di ottobre, 16 sono stati ricoverati: 10 a Biella, 3 a Biella e poi trasferiti a Torino, 3 direttamente a Torino e 2 sono stati rinviati al domicilio in quanto non presentavano complicanze gravi ma risultavano affetti da patologie a rischio.

Tra le complicanze dei casi ricoverati si segnalano:

- 1) 7 polmoniti, 2 insufficienze respiratorie acute, una sindrome da distress respiratorio, una bronchite;
- 2) una encefalite;
- 3) un'aritmia cardiaca;
- 4) una crisi convulsiva febbrile.

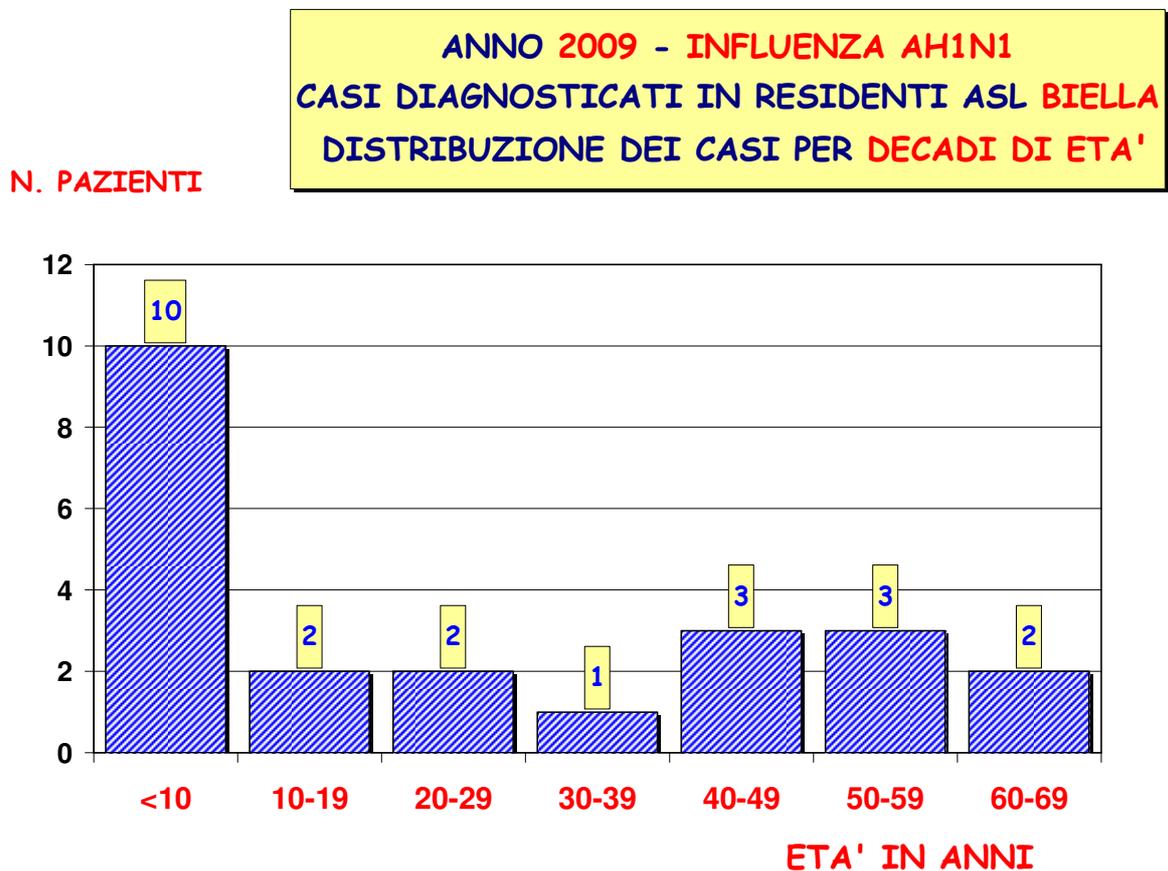
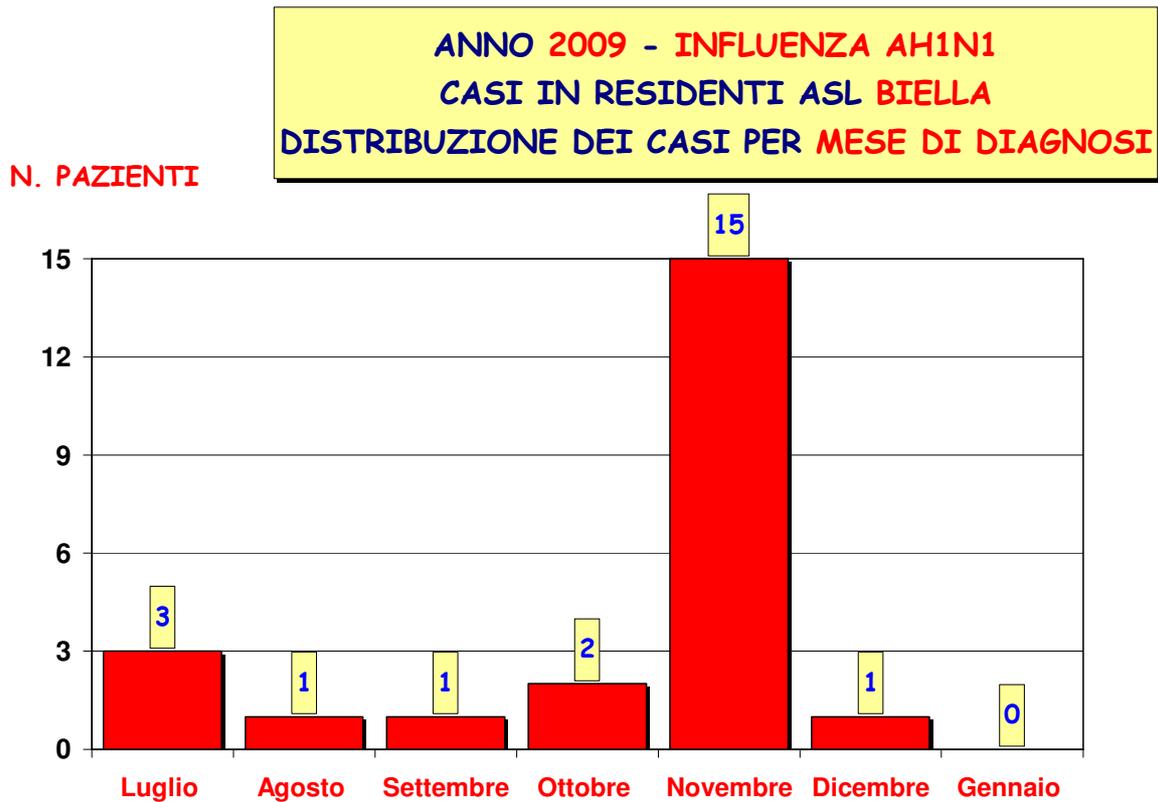
Vi sono poi stati altri 2 ricoveri in soggetti con febbre e presenza di altre patologie croniche pregresse. In 3 casi è stato necessario il ricovero in rianimazione.

Di questi 18 casi, uno solo era stato vaccinato, ma l'insorgenza dei sintomi si è verificata 1-2 giorni dopo la vaccinazione, quindi prima che il vaccino potesse avere effetto (non si è trattato quindi di un fallimento vaccinale). In questo caso fortunatamente non si è reso necessario il ricovero.

Tra i bambini la complicanza più frequente è stata la polmonite (per altro complicanza che compare pure durante le epidemie dell'influenza stagionale, anche in bambini sani).

Si è verificato un solo decesso in una persona di 46 anni.

Nei grafici seguenti vengono presentati il numero di casi di influenza da virus A(H1N1)<sub>v</sub> in soggetti residenti nell'ASL di Biella accertati con tampone e la distribuzione per età.



## ZOONOSI

Nel corso del 2009 sono pervenute, oltre alle già citate 20 notifiche di salmonellosi (17 in residenti nella nostra ASL e 3 residenti in altre ASL), anche 1 notifica di Tricostrongilosi (infezione da elminti) e 1 notifica di Tinea Capitis.

Dal Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria sono pervenute le seguenti segnalazioni di zoonosi in animali:

MALATTIA	N. CASI
CISTICERCOSI BOVINA	8
ECHINOCOCCOSI BOVINA	2
LEPTOSPIROSI CANINA	1

Nel corso del 2009 non sono pervenute segnalazioni di Leishmaniosi in animali.