

AZIENDA SANITARIA LOCALE BI

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

SETTIMO BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO DELLE MALATTIE INFETTIVE ANNI 2005-2008

E RIEPILOGO 1995-2008

Marzo 2009

elaborazione dati e relazione

a cura di Giovanni ARA

archiviazione informatizzata dei dati a cura di:

Giovanni Ara, Biagia Roselli e Adriano Paganin

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 2005-2008.....	8
NOTIFICHE DEI PEDIATRI CONVENZIONATI.....	10
CASI DOPPI/SOSPETTI.....	11
MALATTIE DI CLASSE II :	
VARICELLA.....	11
SCARLATTINA.....	13
PERTOSSE.....	13
MORBILLO.....	15
ROSOLIA.....	20
PAROTITE.....	21
SALMONELLOSI.....	22
MENINGITI-MENINGOENCEFALITI.....	24
EPATITI:	
EPATITE A.....	27
EPATITE B.....	31
EPATITE C.....	34
MALATTIE DI CLASSE III	
AIDS.....	37
TUBERCOLOSI.....	40
MALARIA.....	51
SCABBIA.....	55
FOCOLAI EPIDEMICI.....	61
COPERTURE VACCINALI.....	62

Nel corso del quadriennio 2005-2008 sono pervenute al Servizio Igiene e Sanità Pubblica **3.590** notifiche di malattie infettive, oltre a **739** segnalazioni di morsi di cani ed altri animali.

MALATTIE DI CLASSE I – QUADRIENNIO 2005 – 2008

TETANO

Due i casi di tetano nel corso del quadriennio 2005-2008, entrambi maschi e residenti nella nostra ASL: 1 caso nel 2005 (età 74 anni) e 1 caso nel 2007 (età 70 anni). Entrambi i pazienti sono sopravvissuti.

Un caso si è verificato in un paziente che aveva subito lo schiacciamento di 2 dita della mano destra; il secondo in un paziente che si era procurato una ferita all'area sovraciliare sinistra a seguito di una caduta.

Entrambi i pazienti non erano vaccinati.

Dal 1988 a fine 2008 si sono verificati 11 casi di tetano in residenti nella nostra ASL (8 donne ed 3 uomini). L'età delle persone era rispettivamente di 36, 57, 62, 63, 69, 70, 74 (2 casi), 77, 81 e 85 anni. Si sono verificati 3 decessi.

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 – QUADRIENNIO 2005 - 2008

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' previsto che nel corso del 2009 venga attivata in Piemonte una nuova modalità di invio delle notifiche basata su di una piattaforma web; ciò consentirà di avere in tempo reale l'andamento delle malattie infettive notificate, in quanto la registrazione sarà immediata, contestualmente al suo "inserimento" nel data base elettronico.

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.

MALATTIA	TOTALE 2005-2008	RESIDENTI NELLA ASL DI BIELLA	RESIDENTI IN ALTRE ASL
VARICELLA	1.903	1.885	18
SCARLATTINA	539	538	1
SALMONELLOSI NON TYPHI	113	110	3
MORBILLO	102	97	5
DIARREA INFETTIVA	97	95	2
ROSOLIA	39	39	0
LEGIONELLOSI	24	22	2
PAROTITE	18	18	0
EPATITE A	16	12	4
EPATITE B	12	6	6
PERTOSSE	10	10	0
EPATITE C	9	8	1
MENINGOENCEFALITE VIRALE	8	7	1
SIFILIDE	3	3	0
BRUCELLOSI	1	1	0
BLENNORRAGIA	1	1	0
LEISHMANIOSI	1	1	0
MENINGITE MENINGOCOCCICA	1	1	0
TOTALI	2.897	2.854	43

MALATTIE DI CLASSE V – QUADRIENNIO 2005 – 2008

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.

MALATTIA	TOTALE 2005- 2008	RESIDENTI NELLA ASL 12 BIELLA	RESIDENTI IN ALTRE ASL
INFEZIONI DA STREPTOCOCCO	153	151	2
PEDICULOSI DEL CAPO	94	93	1
SESTA MALATTIA	60	60	0
SCABBIA	49	48	1
MALATTIA MANI PIEDI BOCCA	47	47	0
MONONUCLEOSI	45	45	0
QUINTA MALATTIA	23	23	0
HERPES ZOSTER	17	17	0
IMPETIGINE	12	12	0
MENINGITE-MENINGO/ENCEFALITE PNEUMOCOCCICA	10	9	1
GIARDIASI	7	7	0
TINEA	6	6	0
OSSIURIASI	4	4	0
STOMATITE	4	4	0
TOXOPLASMOSI	3	3	0
PEDICULOSI PUBE	2	1	1
ASPERGILLOSI	1	1	0
ECHINOCOCCOSI	1	1	0
INFESTAZIONE DA PULCI	1	1	0
POLMONITE DA MYCOPLASMA	1	1	0
POLMONITE NOSOCOMIALE	1	1	0
TENIASI	1	1	0
MENINGO/ENCEFALITE STAFILOCOCCICA	1	0	1
TOTALE	543	536	7

PROVENIENZA DELLE NOTIFICHE

La ripartizione delle notifiche per provenienza è stata la seguente:

PROVENIENZA DELLE NOTIFICHE DI MALATTIE INFETTIVE 2005-2008	N.
MEDICI CONVENZIONATI/ LIBERI PROFESSIONISTI	2.913
PEDIATRIA OIB	224
MALATTIE INFETTIVE OIB	219
PNEUMOLOGIA OIB	69
DERMATOLOGIA OIB	45
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA	27
ANESTESIA E RIANIMAZIONE OIB	4
GERIATRIA/LUNGODEGENTI OIB	4
MEDICINA OIB	3
GUARDIA MEDICA BIELLA	3
NEFROLOGIA OIB	3
DEA OIB	2
UROLOGIA OIB	2
CASA DI CURA "LA VIALARDA"	1
ONCOLOGIA OIB	1
OSTETRICIA E GINECOLOGIA OIB	1
MEDICI ALTRE ASL	69
TOTALE	3.590

Nel corso del quadriennio 2005-2008 sono inoltre pervenute anche 739 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 2005-2008	N.
DEA OIB	619
OSPEDALE DI TRIVERO	66
MEDICI FUORI ASL	39
MEDICI CONVENZIONATI/LIBERI PROFESS.	12
PEDIATRIA OIB	1
SISP	1
GUARDIA MEDICA BIELLA	1
TOTALE	739

La rabbia non è endemica né in Italia né in Piemonte, per cui solitamente dopo un morso di cane non è necessaria la profilassi antirabbica, che viene invece

somministrata dal nostro Servizio 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 è stato iniziato il ciclo vaccinale antirabico.

ELENCO MEDICI NOTIFICATORI QUADRIENNIO 2005-2008
in ordine alfabetico

MEDICO NOTIFICATORE	N.	%	MEDICO NOTIFICATORE	N.	%
MEDICI ALTRE ASL	69	1.92	CHIORBOLI ELENA	44	1.23
ANDREONI MASSIMO	2	0.06	CIANINI ELENA	1	0.03
ACQUADRO CRISTINA	9	0.25	CICORIA GREGORIA	1	0.03
ACQUADRO PATRIZIO	2	0.06	CIMMINELLI LINA	13	0.36
AIMONE NICOLA' MAURIZIO	10	0.28	CODA GIANCARLO	2	0.06
AMORUSO ANTONIO	1	0.03	CODA ROBERTO	3	0.08
AMOSO ETTORE	185	5.15	COLAGEO UMBERTO	1	0.03
ANTONELLO GRAZIA	1	0.03	COMELLA LUIGI	2	0.06
ANTONINI MORENO	1	0.03	COMUNIELLO MARIA GABRIELLA	1	0.03
ARA GIOVANNI	20	0.56	CORTESE CLAUDIO	4	0.11
BACCALARO ANNA MARIA	4	0.11	CORTESE PAOLA	11	0.31
BAIETTO GISELLA	4	0.11	CREMONA ROSANNA	4	0.11
BAJARDI PIETRO	1	0.03	CUGNOLIO ALESSANDRO	1	0.03
BARBERA CESARE	1	0.03	D'AGOSTA SEBASTIANO	2	0.06
BARBERO RENATO	1	0.03	DATO IVO	1	0.03
BARCHI ADRIANO	1	0.03	DE ALBERTI ENEA	1	0.03
BENFANTE ANNA	2	0.06	DE BENEDICTIS CECILIA	14	0.39
BERNARDONI MAURO	5	0.14	DE GREGORI GUIDO	2	0.06
BERTOLA ANTONELLA	12	0.33	DE PASCALIS MARIANGELA	1	0.03
BERTOLETTI MASSIMO	24	0.67	DE SARACA MASSIMO	50	1.39
BEUERMANN ANKE	442	12.31	DEBERNARDI FRANCO	19	0.53
BIANCHINI FRANCO	5	0.14	DEL RE GIORGIO	6	0.17
BODO ENRICO	13	0.36	DI NUBILA CLAUDIO	1	0.03
BOGGIO BOZZO MASSIMO	2	0.06	DI PAOLI VALTER	24	0.67
BORRI BRUNETTO DOMENICO	39	1.09	DODARO LUCIO	10	0.28
BOSTICARDO GIANMARIO	1	0.03	ESHKAGHY MOHAMMAD REZA	14	0.39
BOTTINO CLAUDIO	4	0.11	FAGGIO ANNAMARIA	9	0.25
BRAMINI CLAUDIO	2	0.06	FANTON ERMANNO	7	0.19
BRASCHI STEFANO LORENZO	2	0.06	FERRARA ALDO	1	0.03
BREDO GIUSEPPINA	5	0.14	FERRARO MONICA	10	0.28
BROVARONE FRANCO	3	0.08	FERRAROTTI GABRIELLA	2	0.06
BUFFA IOSEPH	181	5.04	FILIPPONE CARMELA	3	0.08
BULLIO DOMENICO	53	1.48	FIORI MARIA GRAZIA	1	0.03
BUZZO PIER FLAVIO	11	0.31	FIORINA ALBERTO	10	0.28
BUZZO PIERFLAVIO	6	0.17	FLECCHIA GIUSEPPE	4	0.11
CALABRESE VINCENZO	3	0.08	FOGLIO STEFANO	2	0.06
CARPANO MAGLIOLI PAOLO	1	0.03	FORMAGNANA PIER LUIGI	15	0.42
CATTANEO GIUSEPPE	3	0.08	FUMAGALLI GIANFRANCO	6	0.17

MEDICO NOTIFICATORE	N.	%	MEDICO NOTIFICATORE	N.	%
FURNO MARCHESE CARLA	3	0.08	ORTENSIO ANGELA	7	0.19
GALLIGANI LEO	1	0.03	ORTONE ELENA	1	0.03
GALLIO FRANCESCO	2	0.06	PANDULLO ELEONORA	52	1.45
GAMBAROVA FRANCO	1	0.03	PAOLINI PIERO	26	0.72
GARIZIO MASSIMO	7	0.19	PAVIGNANO GIORGIO	4	0.11
GAZZOLA GIAN MARIA	3	0.08	PELLA PAOLO	16	0.45
GIACOMIN ADRIANO	1	0.03	PERACCHIO DANIELA	1	0.03
GIOVAGNINI FRANCA	1	0.03	PERINOTTI ROBERTO	1	0.03
GIRELLI GIULIANA	22	0.61	PERONA ANNA	26	0.72
GIUSTI UMBERTO	1	0.03	PESSINA LAURA	6	0.17
GOZZELINO FELICE	11	0.31	PETRI GIORGIO	87	2.42
ILLEGGIBILE	13	0.36	PETROCINI SERGIO	24	0.67
IMBASCIATI CHIARA	1	0.03	PEZZO DANIELE	3	0.08
LATTUADA MARINA	4	0.11	PIALE DARIO	2	0.06
LIBURNO ROBERTO	1	0.03	PIANA GRAZIANO	17	0.47
LINGUA ANNA	60	1.67	PIGLIA PAOLO	1	0.03
LOPERFIDO BRUNA	44	1.23	POGGIO GIOVANNI	1	0.03
MAFFEI GABRIELLA	9	0.25	RAMELLA BENNA FILIPPO	1	0.03
MALFITANA ANTONINO	23	0.64	RANDAZZO UGO	4	0.11
MALOSSI ALESSANDRA	1	0.03	RICCARDI GIANNA	6	0.17
MANZONI ROBERTO	9	0.25	ROSA CLAUDIO	26	0.72
MARASCO ROMOLO	3	0.08	ROTA MARINELLA	320	8.91
MARCUZZI ROBERTO	12	0.33	RUSSOLILLO ROSARIA	1	0.03
MARINONI VITO	2	0.06	SALATINO AURELIANO	107	2.98
MASCIAVE' LUCA	1	0.03	SANDIGLIANO FRANCA	14	0.39
MASI FABIO	18	0.50	SCARCELLA FRANCESCO	2	0.06
MELLO RELLA MAURA	1	0.03	SERAFINI ISABELLA (1° PREMIO!)	502	13.98
MINARI REMO	29	0.81	SERVO CORRADO	3	0.08
MINERO GUIDO	8	0.22	SIZZANO EZIO	41	1.14
MODINA ENRICO	13	0.36	SOLDATI TITO	1	0.03
MOHAMMAD REZA ESHRAGHY	8	0.22	SOLA GABRIELLA	4	0.11
MOLLIKA MARIA CLELIA	28	0.78	SPAGNOLELLO SEBASTIANO	1	0.03
MONDIN GIORGIO	1	0.03	SPOLA ROBERTA	17	0.47
MORANO FRANCO	2	0.06	TUROTTI MARCO	22	0.61
MORELLINI VERONICA	1	0.03	VALLESE GIAN CARLO	14	0.39
MOSCA BOGLIETTI ROBERTO	5	0.14	VALLIVERO PAOLA	10	0.28
MOSCA MARIA FRANCESCA	9	0.25	VALZ PIER GIORGIO	6	0.17
MUSCOLINO GIOVANNI	1	0.03	VERCELLINO SILVANO	12	0.33
MUSSONE GIAN LUIGI	2	0.06	VILLA ANNAMARIA	6	0.17
NEGRI ROSA	2	0.06	VIVENZA CLAUDIA	31	0.86
NEGRONE ENRICO	1	0.03	ZANCHI LINO	1	0.03
NELVA ANNA	2	0.06	ZANIERATO GIUSEPPINA	3	0.08
NGUON BOVANNRITH	1	0.03	ZANINI ROSELLA	351	9.78
NICCOLO GIANCARLO	6	0.17			
NOVELLI ANTONIO	1	0.03	Totale	3,590	100.00

**TOP TWENTY" DEI MEDICI NOTIFICATORI
QUADRIENNIO 2005-2008**

	MEDICO NOTIFICATORE	NUMERO DI NOTIFICHE
1	SERAFINI ISABELLA	502
2	BEUERMANN ANKE	442
3	ZANINI ROSELLA	351
4	ROTA MARINELLA	320
5	AMOSSO ETTORE	185
6	BUFFA IOSEPH	181
7	SALATINO AURELIANO	107
8	PETRI GIORGIO	87
9	LINGUA ANNA	60
10	BULLIO DOMENICO	53
11	PANDULLO ELEONORA	52
12	DE SARACA MASSIMO	50
13	CHIORBOLI ELENA	44
14	LOPERFIDO BRUNA	44
15	SIZZANO EZIO	41
16	BORRI BRUNETTO DOMENICO	39
17	VIVENZA CLAUDIA	31
18	MINARI REMO	29
19	MOLLICA MARIA CLELIA	28
20	PAOLINI PIERO	26

E' da notare che oltre 2.000 notifiche, pari al 58% del totale, sono state inviate da solo 7 medici (di cui 6 pediatri): Isabella Serafini (502 notifiche), Anke Beuermann (442), Rosella Zanini (351), Marinella Rota (320), Ettore Amosso (185), Ioseph Buffa (181) e Aureliano Salatino (107).

NOTIFICHE PEDIATRI CONVENZIONATI 2005-2008:

PEDIATRA	N. NOTIFICHE 2005-2008
SERAFINI ISABELLA	502
ZANINI ROSELLA	351
ROTA MARINELLA	320
AMOSSO ETTORE	185
BUFFA IOSEPH	181
PETRI GIORGIO	87
PANDULLO ELEONORA	52
CHIORBOLI ELENA	44
BORRI BRUNETTO DOMENICO	39
MOLLICA MARIA CLELIA	28
GIRELLI GIULIANA	22
BENFANTE ANNA	2
CALIGARIS GIORGIO	0
ZAVALLONE ANNALISA	0

CASI DOPPI/SOSPETTI

In 42 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 27 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.

Per quanto riguarda le statistiche seguenti, ove non diversamente specificato nel grafico, le notifiche riportate includono i casi segnalati 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.

I dati relativi al 2008 potrebbero subire lievissime modifiche in relazione a notifiche pervenute in ritardo nei primi mesi del 2009.

La presente relazione è aggiornata ai dati pervenuti entro il 15 febbraio 2009.

MALATTIE DI CLASSE II

Nel corso del quadriennio 2005-2008 si sono avute 2 epidemie di malattie prevenibili con la vaccinazione, cioè morbillo e rosolia, entrambe nel 2008.

Vediamo l'andamento delle più frequenti o importanti malattie di classe II.

VARICELLA

Questo l'andamento dei casi dal 2005 al 2008:

ANNI	N. casi
2005	494
2006	340
2007	443
2008	623

Il 2008 è stato un anno epidemico, con la maggior parte dei casi concentrati nel primo semestre.

L'incidenza media nel periodo è stata di 265/100.000 persone/anno, praticamente pari 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.

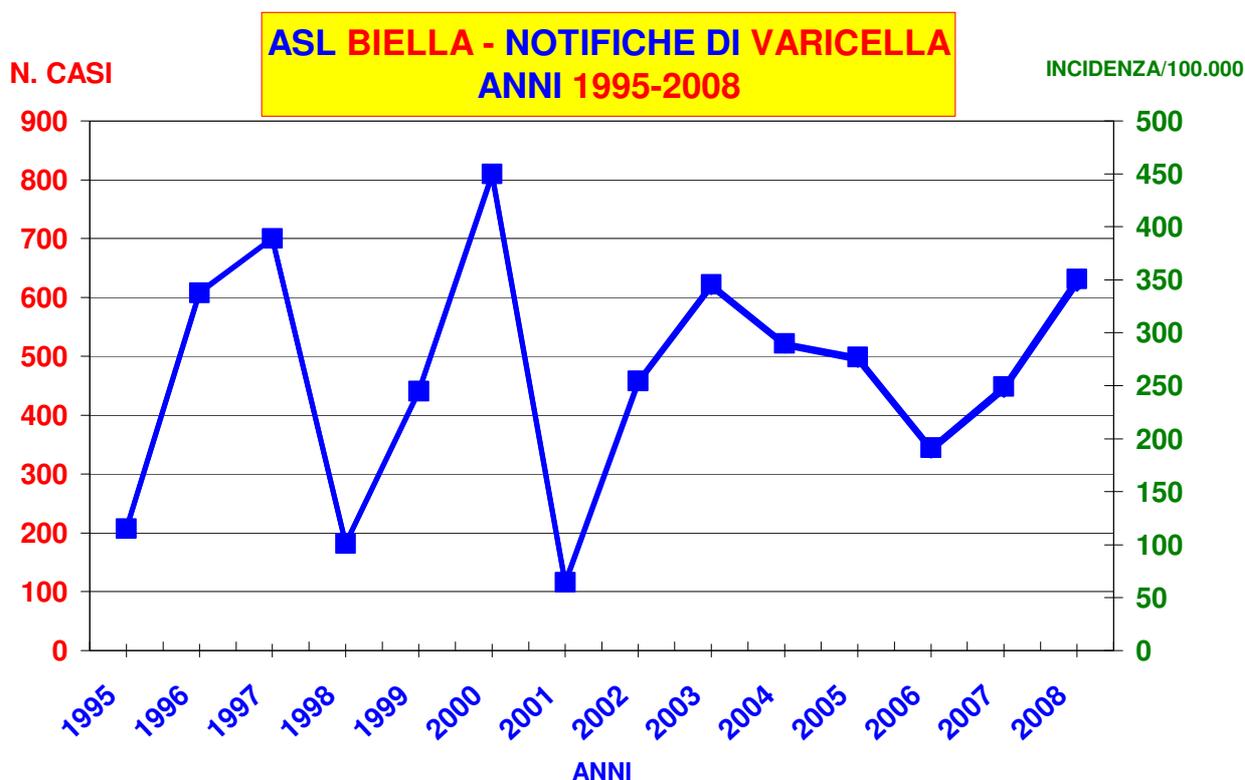
Nel grafico seguente vengono riportati i casi e l'incidenza della varicella nel periodo dal 1995 al 2008.

Sull'asse delle ascisse sono riportati gli anni dal 1995 (anno di costituzione dell'ASL di Biella) al 2008;

sull'asse delle ordinate vengono riportati 2 dati:

- sull'asse delle ordinate di sinistra, la scala si riferisce al numero dei casi notificati ogni anno;
- sull'asse delle ordinate di destra, la scala si riferisce all'incidenza per 100.000 abitanti/anno.

Dato che le 2 curve relative ai casi e all'incidenza hanno un andamento perfettamente sovrapponibile, 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).



La fascia di età più colpita è stata quella tra i 3 ed i 5 anni (picco ai 4 anni); il 3,4% dei casi (64 casi) sono stati notificati in neonati di età inferiore ad un anno e il 10% in persone di oltre 14 anni.

7 casi sono stati ricoverati in ospedale: 2 infanti di età inferiore all'anno, gli altri casi di 4, 5, 10, 13 e 29 anni. Da segnalare 1 caso di convulsioni febbrili in corso di varicella e 1 caso di polmonite varicellosa.

SCARLATTINA

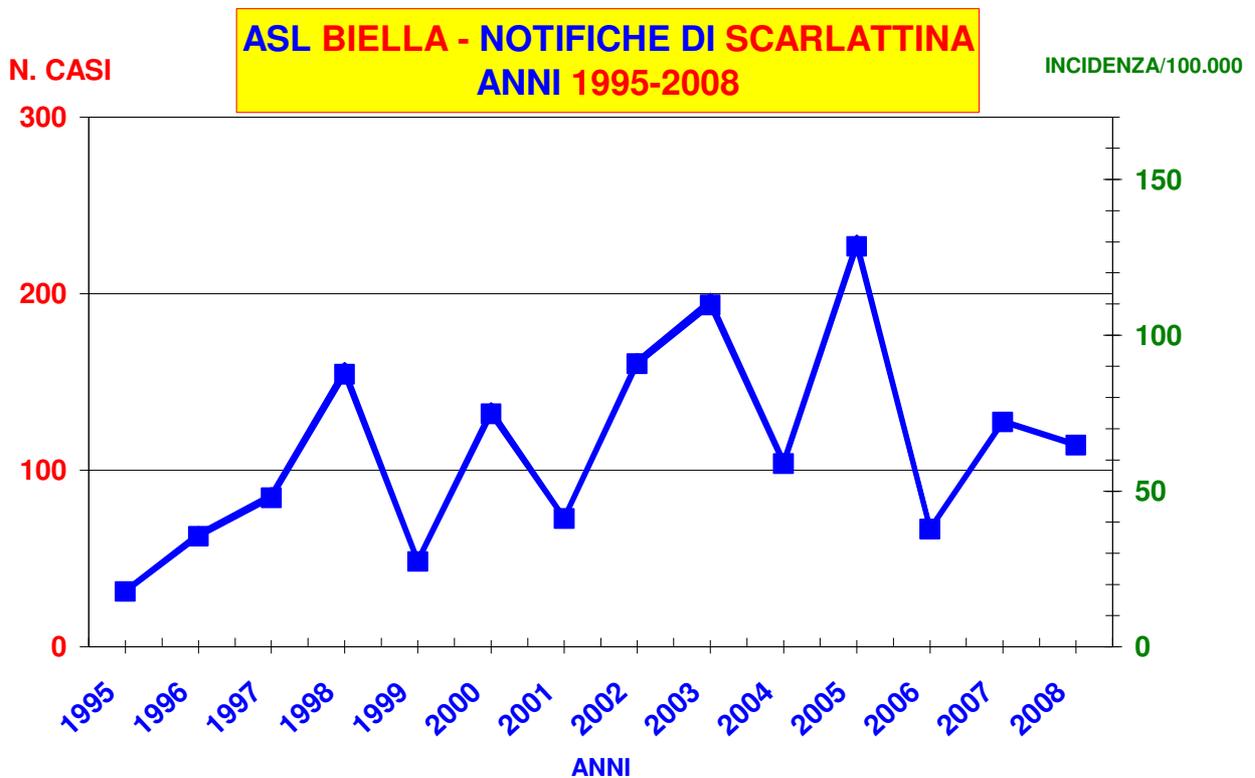
Per la scarlattina il tasso di incidenza nel quadriennio 2005-2008 è stato decisamente più basso rispetto alla varicella; l'incidenza è stata massima nel 2005 assestandosi poi attorno a dei valori medi.

In alcuni casi la malattia è stata notificata 2 volte nello stesso soggetto (nuove infezioni).

L'incidenza media nel periodo è stata di 75/100.000 persone/anno, esattamente come nel quadriennio 2005-2008.

La fascia di età più colpita è quella tra i 3 ed i 4 anni; segnalati solo 2 casi sotto l'anno; i ricoveri sono stati 2, in 2 bambini di 3 e 13 anni (un caso complicato da polmonite in soggetto con particolare patologia).

Nel grafico seguente sono riportati i casi e l'incidenza della scarlattina nel periodo dal 1995 al 2008.



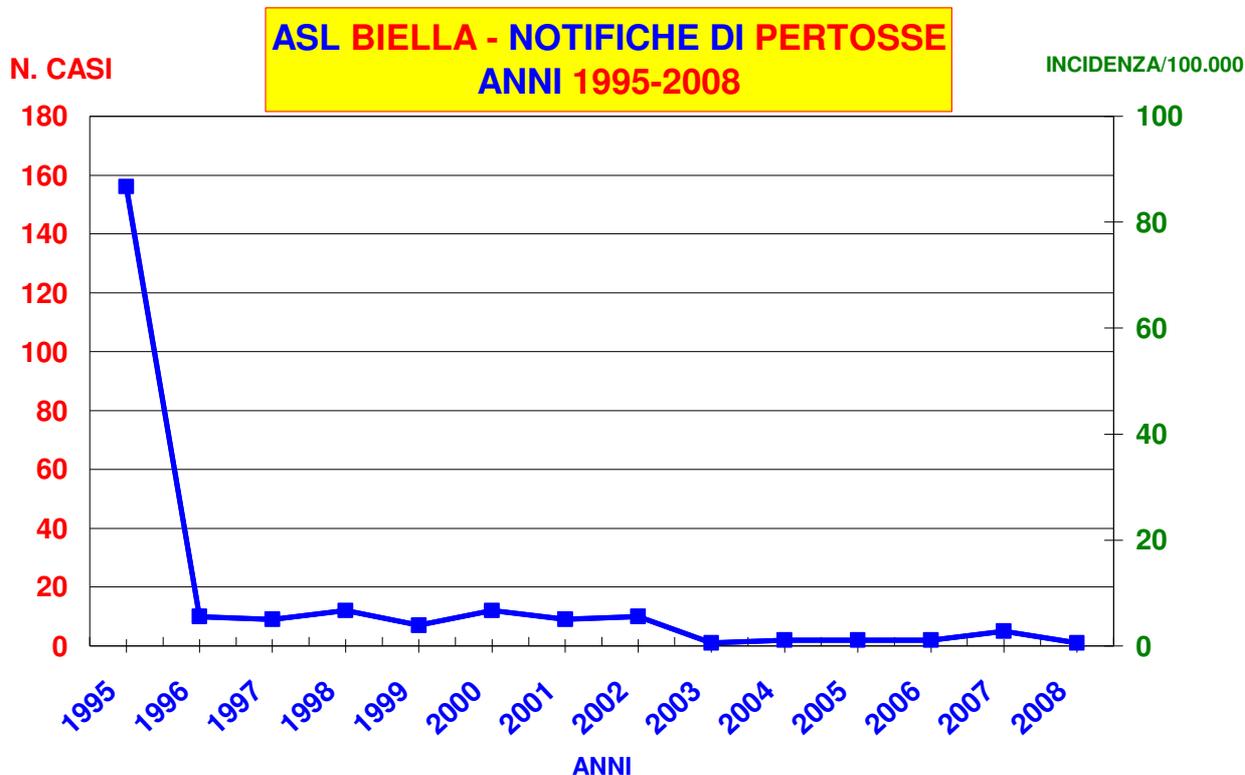
PERTOSSE

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 quadriennio 2005-2008 sono stati notificati solo 9 casi di pertosse; nessun caso in infanti sotto l'anno; i casi sono stati segnalati in soggetti di età compresa tra i 2 ed i 39 anni: età di 2, 4 (2 casi), 9, 11, 13 (2 casi), 22 e 39 anni. Si è verificato un focolaio familiare. Nessun ricovero.

L'incidenza media nel periodo è stata di 1,4/100.000 persone/anno.

Nel grafico seguente sono riportati i casi e l'incidenza della pertosse nel periodo dal 1995 al 2008. Il 1994 (dati non riportati nel grafico) fu l'ultimo anno epidemico nella nostra ASL.



Dei 9 casi di pertosse, 4 hanno riguardato persone vaccinate:

3 casi (1 caso di 2 anni e 2 casi di 4 anni) erano stati vaccinati con un ciclo di base di 3 dosi (2 erano fratello e sorella);

1 caso (età 9 anni) era stato vaccinato con un ciclo di base di 3 dosi e 3 anni prima aveva eseguito il richiamo ai 6 anni di età.

Considerata l'elevata copertura vaccinale, con il cosiddetto "metodo di screening" possiamo stimare una efficacia del vaccino antipertosse superiore al 98%.

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 DTP a 5-6 anni di età, e il successivo richiamo a 15 anni, che dal 2009 nel 50% circa dei casi viene già eseguito con il vaccino BOOSTRIX (difterite-tetano-pertosse acellulare) invece che con il solo difterite-tetano, dato che molti dei nati dal 1993 hanno già eseguito il ciclo di base nell'infanzia con l'antipertosse acellulare.

MORBILLO

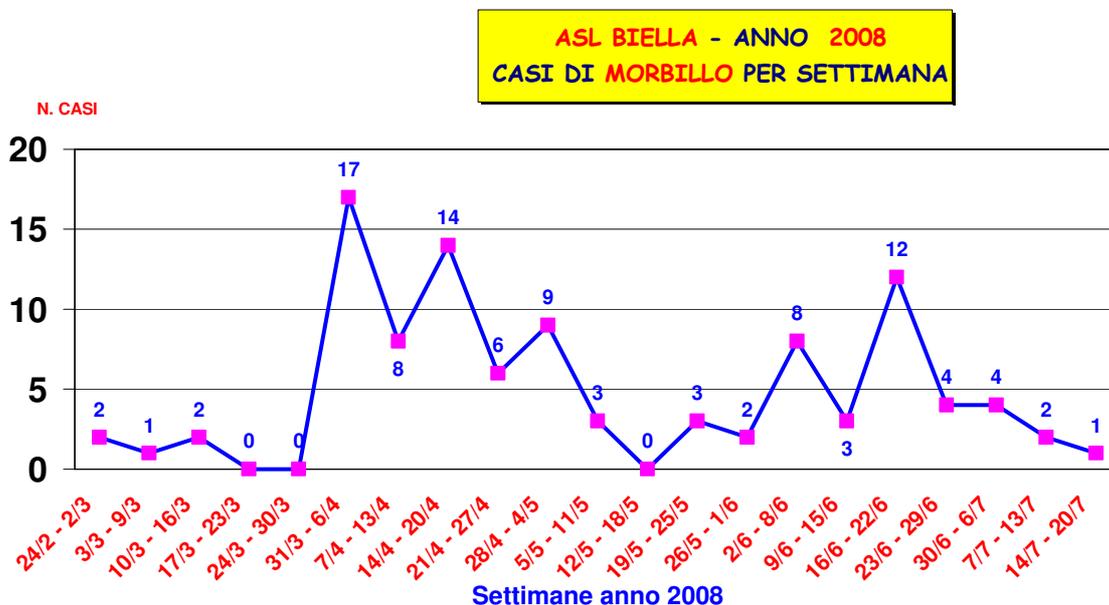
L'ASL di Biella, come il resto del Piemonte e altre regioni italiane, è stata interessata nel corso del 2008 da una epidemia di morbillo; ciò in quanto vi è uno "zoccolo duro" di genitori (e anche di medici) ostili alla vaccinazione anti-morbillo-parotite-rosolia e questo determina l'accumulo nel tempo di soggetti suscettibili a queste 3 malattie, con l'inevitabile verificarsi di epidemie periodiche.

In Piemonte l'epidemia è iniziata a settembre 2007 nel comune di Savigliano, dove alcuni studenti non vaccinati si sono ammalati dopo avere contratto il morbillo durante una gita in Inghilterra.

L'epidemia si è rapidamente diffusa in tutto il Piemonte, raggiungendo nel corso della primavera 2008 la nostra ASL.

In Piemonte l'epidemia ha provocato 1 decesso, 5 encefaliti e oltre 300 ricoveri.

Il numero dei casi settimanali nella nostra ASL è mostrato nel grafico seguente (totale: 102 casi).



Il primo picco (fine marzo 2008) è dipeso soprattutto dall'epidemia tra gli studenti dell'ITIS, mentre il secondo (giugno 2008) da una epidemia che, partita da alcuni alunni non vaccinati della scuola media di Cavaglia, ha coinvolto numerosi allievi di una scuola di danza, che ha eseguito 2 saggi al Teatro Sociale di Biella il 31 maggio e il 1° giugno 2008; in queste occasioni l'infezione è stata trasmessa ad altre persone, 3

delle quali hanno dovuto essere ricoverate in ospedale per complicazioni. Questo secondo focolaio ha interessato oltre venti persone.

I casi si sono distribuiti equamente tra maschi e femmine: 51 casi in M. e 51 tra le F. L'incidenza è stata circa 56/100.000.

A seguito dell'invio al nostro Servizio di notifiche di sospetti casi di morbillo e delle successive indagini epidemiologiche e laboratoristiche, sono state eseguite in totale 113 interviste per la compilazione del relativo modulo ministeriale per la raccolta dati; dopo gli accertamenti ematologici, si sono avute le seguenti diagnosi:

102 morbillo;
2 rosolie;
9 diagnosi incerta (morbillo non confermato).

DEFINIZIONE DEI CASI DI MORBILLO

La definizione dei casi è stata la seguente:

- **SOSPETTO** : un caso diagnosticato da un medico come morbillo
- **PROBABILE**: un caso clinicamente compatibile con:
 - Febbre superiore a 38°C;
 - Esantema di durata superiore a 3 gg; e
 - presenza di almeno 1 dei seguenti segni e sintomi:
rinite, tosse, congiuntivite
- **CONFERMATO**
 - un caso confermato in laboratorio
 - un caso clinicamente compatibile con un collegamento epidemiologico con un caso confermato in laboratorio

Sulla base di tale definizione i casi sono stati classificati come segue:

CRITERIO	N. CASI
confermati tramite ricerca con PCR del virus del morbillo sulle orine :	8
confermati tramite ricerca delle IgM anti-morbillo su sangue :	49
confermati per LINK EPIDEMIOLOGICO con un caso già accertato tramite IgM:	36
TOTALE CASI CONFERMATI	93

Altri 9 casi sono stati definiti **PROBABILI** in quanto compatibili clinicamente ma privi di un link epidemiologico diretto con un caso confermato e per i quali non è stato dato il consenso per il prelievo ematico.

NAZIONALITA' DEI CASI

E' da notare che tutti i casi si sono verificati in soggetti italiani; il rifiuto della vaccinazione anti-MPR presso gli stranieri è infatti pressoché nulla.

ETA' DEI CASI

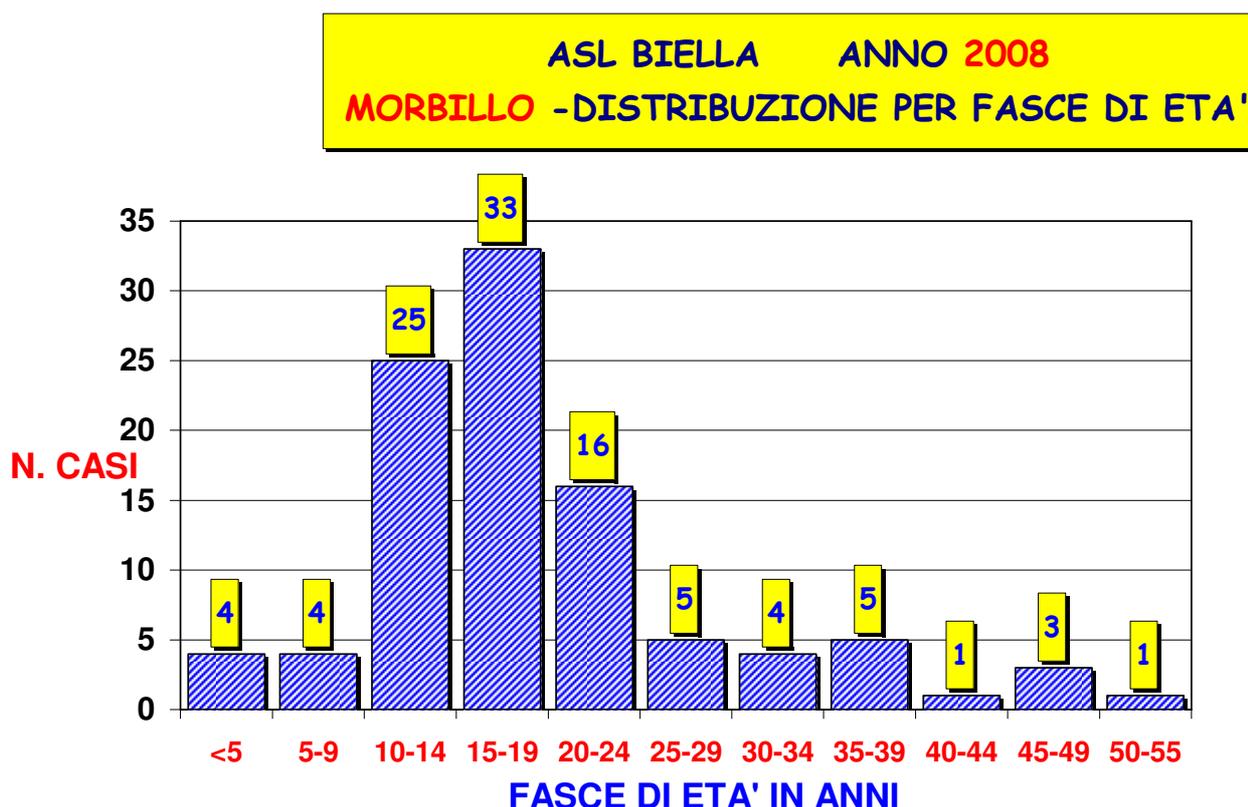
L'epidemia ha interessato soprattutto bambini e giovani adulti, anche se non sono mancati casi tra soggetti di età superiore a 40 anni.

L'età media è risultata di 19,3 anni.

La mediana di 17 anni (circa il 50% dei casi aveva 17 o meno di 17 anni); l'80% dei casi aveva meno di 24 anni.

Il range dell'età è stato da 1 a 53 anni.

Il grafico seguente riporta la distribuzione dei casi per fasce di età (classi di età di 5 in 5).



VACCINAZIONE

Dei 102 casi, 86 non erano mai stati vaccinati; 9 si sono sottoposti a vaccinazione quando ormai era avvenuto il contagio, pertanto questi sono da considerarsi casi in cui non vi è stato un fallimento vaccinale ma una somministrazione tardiva; in 7 casi

invece si è trattato di un fallimento vaccinale (l'efficacia di una singola dose di vaccino è del 95%).

Gli anni in cui erano stati vaccinati i 7 casi con fallimento vaccinale erano i seguenti (ognuno un caso):

1984 – 1990 – 1991 – 1994 – 1995 – 2005 più un caso in cui non si è potuto stabilire con certezza l'anno della vaccinazione.

Non si è avuto nessuno caso clinicamente compatibile con la definizione di morbillo negli oltre ventimila soggetti vaccinati con la doppia dose di vaccino morbillo-parotite-rosolia (MPR).

C'è da segnalare che per quasi tutti i casi di morbillo insorti in soggetti non vaccinati e nati dopo il 1985 la vaccinazione era stata rifiutata dai genitori; solo in 2 casi la vaccinazione non era stata eseguita per una (falsa) controindicazione (allergia all'uovo).

Purtroppo per i soggetti nati prima del 1985 (22 casi) non è stata eseguita in passato una campagna vaccinale con ricerca attiva dei suscettibili e quindi per questi soggetti non è in gioco un rifiuto della vaccinazione. Tra questi 22 casi, 1 era stato vaccinato nel 1984 mentre 3 si sono vaccinati dopo la comparsa di un caso in famiglia ma ormai era troppo tardi.

In molti casi ci siamo trovati di fronte a persistenti rifiuti da parte dei genitori all'offerta di vaccinazione; in 2 casi, dei ragazzi quasi maggiorenni hanno chiesto di essere vaccinati, contro il parere dei genitori, dopo avere visto le conseguenze del morbillo su di una loro compagna di scuola (polmonite con dispnea e cheratocongiuntivite).

Nel complesso, nel corso del 2008, nella nostra ASL sono state eseguite circa 500 dosi di vaccino in più rispetto all'atteso, nell'ambito di una campagna straordinaria di vaccinazione.

RICOVERI OSPEDALIERI

In totale vi sono stati 11 ricoveri, pari al 10,9% dei casi; nel conteggio non è stato incluso un caso di un lattante non residente ma solo domiciliato nella nostra ASL che è stato infettato dalla mamma e che ha avuto la manifestazione sintomatologica nella regione di residenza.

COMPLICANZE DEL MORBILLO

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).

I ricoveri sono avvenuti in 9 casi presso la S.C. Malattie Infettive dell'OIB, in 1 caso presso la S.C. Pediatria dell'OIB e in 1 caso fuori regione, in quanto la malattia si è manifestata durante le vacanze.

L'età dei ricoverati è variata dai 9 ai 46 anni, con una media di 24 e mediana di 22; quindi i ricoveri si sono verificati in una popolazione di età media superiore a quelli dei casi non ricoverati.

C'è da segnalare che vi sono state anche alcune visite urgenti in Pronto Soccorso o strutture private soprattutto per dispnea e cheratocongiuntiviti.

PROFESSIONE.

La maggioranza dei casi (68/101) si è verificata in studenti.

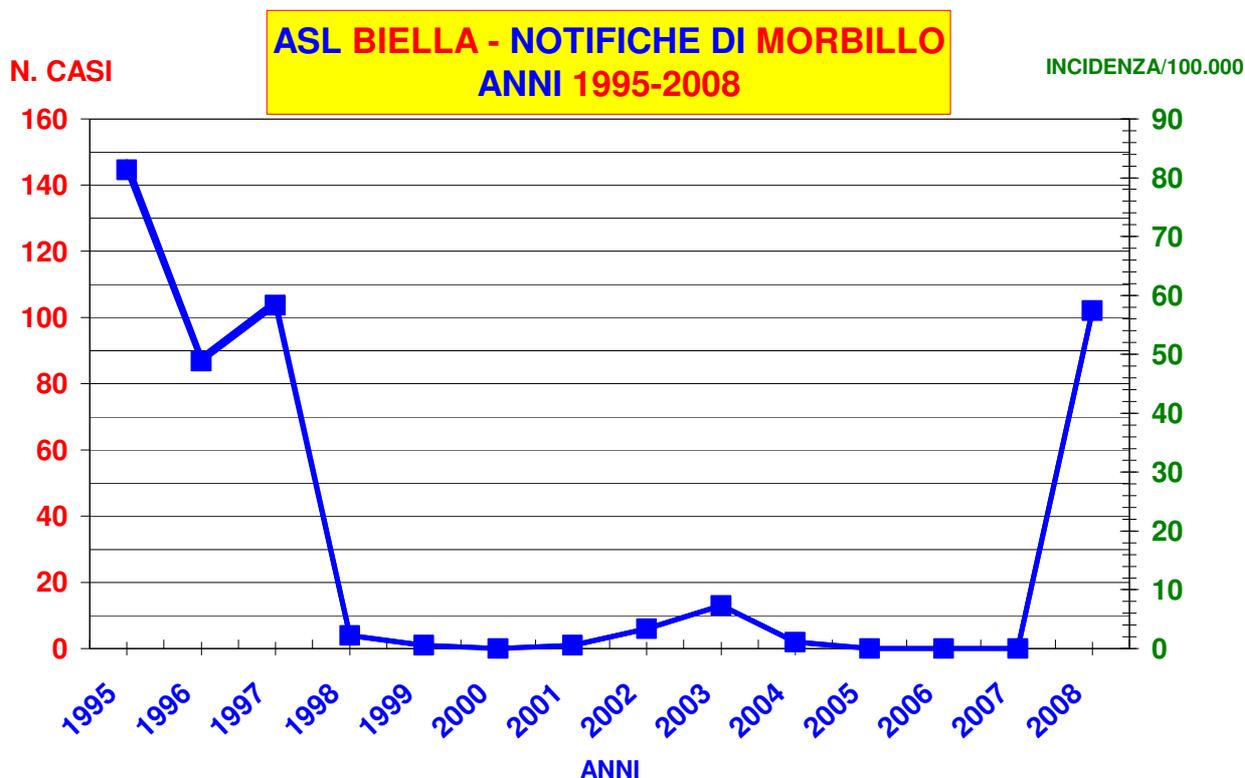
Tra le altre categorie più rappresentate gli artigiani (8 casi).

Da segnalare 4 casi in infermiere e studentesse di scienze infermieristiche frequentanti l'ospedale di Biella, di cui una operante nella Struttura Complessa di Malattie Infettive (e non era stata vaccinata da bambina per rifiuto dei genitori!)

COMUNE DI RESIDENZA

Il comune più rappresentato è stato ovviamente Biella con 20 casi; seguono Ponderano con 10, Cavaglià con 9, Cerrione, Cossato e Occhieppo Superiore con 8, e via via tutti gli altri.

Nel grafico seguente sono riportati i casi e l'incidenza del morbillo nella nostra ASL nel periodo dal 1995 al 2008.



ROSOLIA

Anche l'ASL di Biella è stata interessata dall'epidemia di rosolia che ha colpito il Piemonte nel corso del 2008.

In Piemonte nel 2008 sono state confermate sierologicamente 29 infezioni rubeoliche in donne gravide (dimostrata sierconversione); inoltre per altri 3 casi vi è un sospetto diagnostico.

Esiti:

- in 5 casi si è avuta un'interruzione volontaria della gravidanza;
- in 5 casi si è avuta un'interruzione terapeutica della gravidanza;
- negli altri 22 casi si è giunti al parto (di cui uno gemellare).

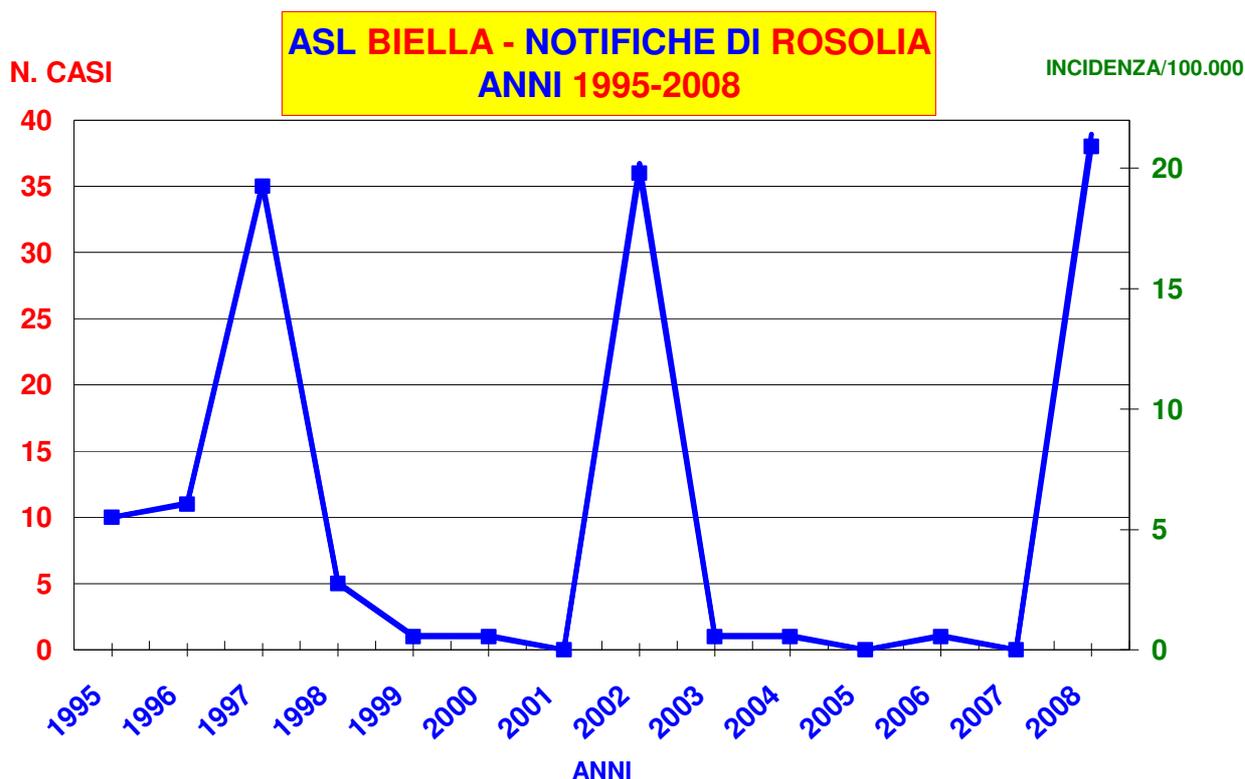
Sono in corso le indagini per verificare se i figli di queste donne hanno contratto la rosolia e hanno avuto malformazioni congenite.

Fortunatamente nella nostra ASL non sono stati diagnosticati casi in gravidanza (la rosolia in gravidanza è soggetta a notifica obbligatoria).

Nell'ASL di Biella i casi di rosolia notificati nel periodo 2005-2008 sono stati 39 e ben 38 nel 2008.

L'incidenza nel 2008 è stata del 21,4/100.000 (Obiettivo OMS: 1/100.000.....).

Nel grafico seguente sono riportati i casi e l'incidenza della rosolia nella nostra ASL nel periodo dal 1995 al 2008.



Il 50% dei casi si è verificato in soggetti di età inferiore ai 16 anni; sono stati segnalati anche 4 casi in donne di età superiore a 40 anni e un caso in una 75enne (!), mamma di una donna anche lei affetta da rosolia.

Distribuzione per sesso: 22 maschi e 17 femmine.

E' interessante notare che nessuno dei soggetti era stato vaccinato per la rosolia (per 2 soggetti non era noto lo stato vaccinale).

In un caso vi è stato un ricovero ospedaliero.

Non sono state segnalate complicazioni particolari e tutti i casi hanno avuto esito favorevole.

PAROTITE

Nel corso del quadriennio 2005-2008 abbiamo ricevuto solo 18 notifiche di parotite, tutti in residenti nella nostra ASL.

L'incidenza media nel periodo è stata di 2,5/100.000 persone/anno.

Quasi tutti i casi avevano meno di 12 anni, ma 2 casi sono stati segnalati in adulti (33 e 69(!) anni. Più della metà dei casi (10) si sono manifestati in soggetti vaccinati.

Nessuno è stato ricoverato.

E' probabile che un'epidemia di parotite possa comparire entro 2-3 anni, considerato che per morbillo e rosolia l'epidemia è già avvenuta 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.

Nel grafico seguente sono riportati i casi e l'incidenza della parotite nella nostra ASL nel periodo dal 1995 al 2008.



SALMONELLOSI

Nel quadriennio 2005-2008 sono state notificate 113 salmonellosi: 110 in residenti nella nostra ASL e 3 in residenti in altre ASL.

In 10 casi la notifica in residenti nella nostra ASL è pervenuta da altre ASL (soprattutto Vercelli); alcuni casi sono stati diagnosticati in bambini in vacanza in altre regioni italiane; dato il breve periodo di incubazione le salmonellosi contratte in vacanza si manifestano spesso nel luogo di villeggiatura.

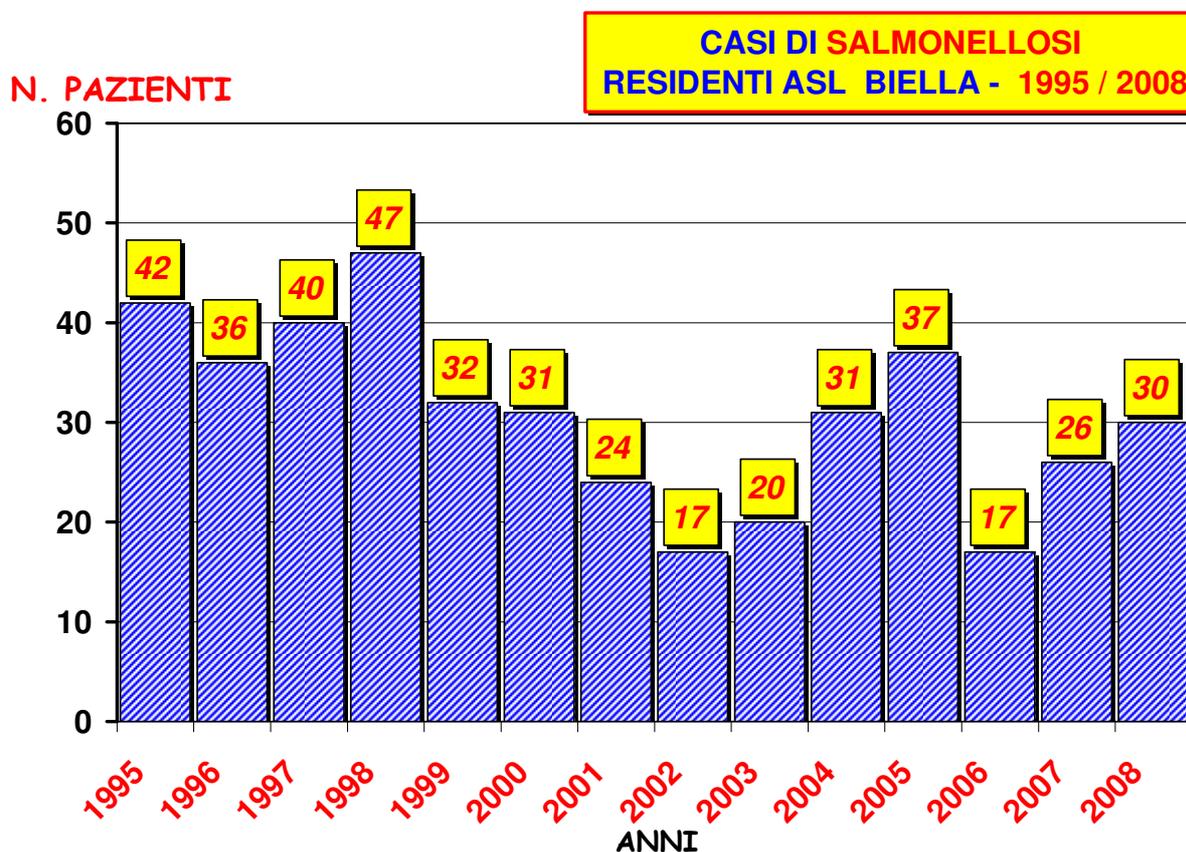
L'incidenza media nel periodo è stata di 15,5/100.000 persone/anno.

Il 50% dei casi è stato notificato in bambini di meno di 6 anni, dato che in questa fascia di età è più facile che si giunga al ricovero e quindi all'esecuzione della coprocoltura; vi sono stati anche alcuni casi sotto l'anno di età, periodo in cui la salmonellosi può essere molto pericolosa per il pericolo di sepsi e localizzazioni secondarie.

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.

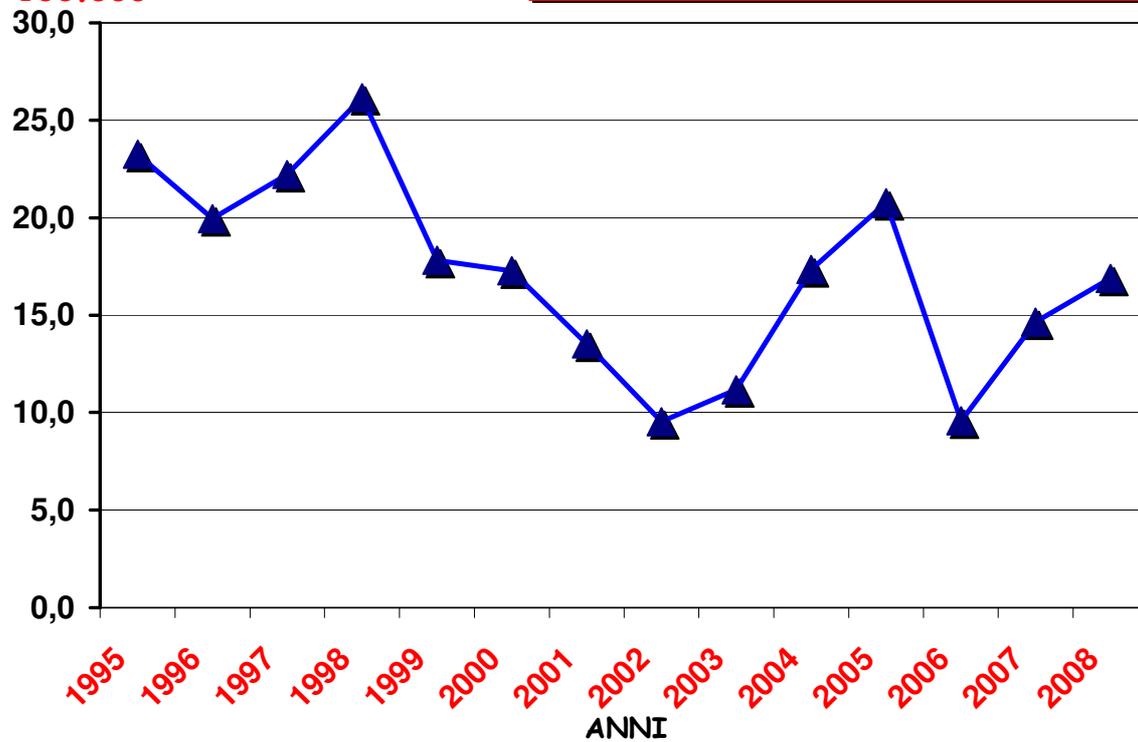
Molti casi sono ancora stati correlati al consumo di uova fresche d'allevamento domestico e alimenti con essi prodotti (soprattutto tiramisù e vitello tonnato), anche se proporzionalmente in misura minore rispetto al passato.

Nei grafici seguenti vengono mostrati separatamente i casi e l'incidenza della salmonellosi in residenti nella nostra ASL nel periodo dal 1995 al 2008.



INCIDENZA/
100.000

SALMONELLOSI - INCIDENZA/100.000
RESIDENTI ASL BIELLA - 1995 / 2008



MENINGITI / MENINGO-ENCEFALITI

Nel corso del quadriennio 2005-2008 ci sono stati notificati 17 casi di meningite/meningo-encefalite in residenti nella nostra ASL:

ANNO	NUMERO DI CASI
2005	6
2006	8
2007	2
2008	1
TOTALE	17

Dal 1996 ci è stata segnalata una sola meningite da emofilo di tipo b (nel 2004); l'elevata copertura vaccinale nella prima infanzia ha prodotto una netta riduzione della circolazione del batterio.

MENINGITI - MENINGOENCEFALITI IN RESIDENTI ASL BIELLA ANNI 2005-2008	N. CASI
MENINGITE PNEUMOCOCCICA	8
MENINGO-ENCEFALITE PNEUMOCOCCICA	1
MENINGITE/MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	7
MENINGITE MENINGOCOCCICA	1
TOTALE	17

La distribuzione per età dei casi 2005-2008 è stata la seguente:

DISTRIBUZIONE PER ETÀ DEI CASI DI MENINGITI/MENINGOENCEFALITI 2005-2008 IN RESIDENTI ASL BIELLA	ETÀ' IN ANNI
MENINGITE PNEUMOCOCCICA	1, 25, 49, 65, 73, 74, 80 e 85 anni
MENINGO-ENCEFALITE PNEUMOCOCCICA	90 anni
MENINGITE/MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	23, 32, 39, 52, 52, 62 e 71 anni
MENINGITE MENINGOCOCCICA	81 anni

Si sono verificati 8 decessi:

1 paziente di 81 anni per meningite da meningococco (sierogruppo B);

1 paziente di 71 anni per meningoencefalite virale;

6 pazienti di 49, 65, 73, 80, 85, 90 anni per meningite da pneumococco (la meningite da pneumococco nell'anziano è spesso mortale).

Da notare che si è verificato 1 caso di meningite da pneumococco in un giovane di 25 anni splenectomizzato e che non era mai stato vaccinato contro lo pneumococco!

Ricordo che per i soggetti splenectomizzati la regione Piemonte prevede la gratuità delle vaccinazioni contro lo pneumococco, il meningococco e l'emofilo b.

Nelle 2 tabelle seguenti è presentato un quadro riassuntivo delle meningiti/meningo-encefaliti nel periodo 1995-2008.

CASI DI MENINGITI/MENINGO-ENCEFALITI IN RESIDENTI NELL'ASL BIELLA NOTIFICATI DAL 1/1/1995 al 31/12/2008						
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	TO TA LI
MENINGOCOCCICA	0	1	1	0	1	3
PNEUMOCOCCICA	2	1	0	3	16	22
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	3	4	3	15
CEREBELLITE POST VARICELLOSA	0	2	0	0	0	2
TUBERCOLARE	0	0	0	2	1	3
TOTALI	3	12	5	12	23	55

Nel periodo 2005-2008, 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 le seguenti sepsi con isolamento del germe responsabile (sono incluse **solo le persone residenti nell'ASL di Biella**):

ANNO	SEPSI (TUTTE)	SEPSI IN BAMBINI SOTTO I 6 ANNI DI ETA'
2005	2 da streptococco, 9 da pneumococco	1 da pneumococco - sierotipo 19A (*), età 1 anno e 6 mesi
2006	1 da streptococco, 17 da pneumococco	2 da pneumococco: 1 da sierotipo 14A, 1 non tipizzato, età 9 mesi e 5 anni
2007	1 da streptococco, 6 da pneumococco	Nessun caso
2008	7 da pneumococco	3 da pneumococco: sierotipi 19A, 22F, 33F, età 3 mesi, 2 anni, 3 anni; (*)

(*): sierotipi non contenuti nel vaccino anti-pneumococcico PREVENAR 7valente.

**NUMERO DI CASI DI MENINGITI/MENINGO-ENCEFALITI
IN RESIDENTI NELL'ASL BIELLA NOTIFICATI
DAL 1/1/1995 al 31/12/2008**

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	2005	2006	2007	2008
MENINGOCOCCICA	1								1			1		
PNEUMOCOCCICA				3	1	1	2	1	5		4	3	2	
EMOFILO b	2									1				
BATTERICHE ALTRA EZIOLOGIA							1		1	1				
BATTERICHE A EZIOLOGIA IGNOTA						1		1		2				
VIRALE	1	1	1 (*)		1 (**)	1	1		2		2 (§)	4 (§§)		1
CEREBELLITE POST VARICELLA			1						1					
TUBERCOLARE				2		1								
TOTALE PER ANNO	4	1	2	5	2	4	4	2	10	4	6	8	2	1

Totale complessivo: 55 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 quadriennio 2005-2008 in soggetti **residenti nella nostra ASL**.

ANNO DI NOTIFICA	EPATITE A	EPATITE B	EPATITE C	TOTALI
2005	0	0	4	4
2006	6	4	1	11
2007	3	1	1	5
2008	7	1	2	10
TOTALI	16	6	8	30

EPATITE A

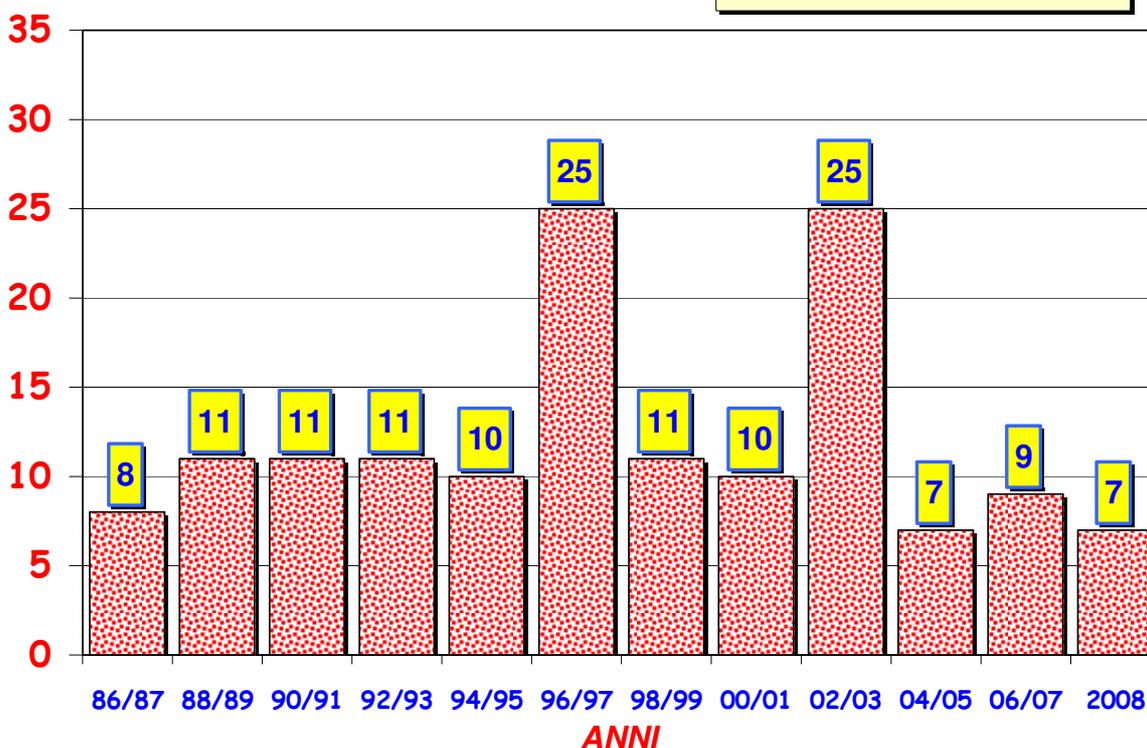
Come già avvenuto nel 2001-2004, l'epatite A ha costituito la maggioranza dei casi di epatite del quadriennio 2005-2008.

L'incidenza media del quadriennio è stata di 2,25 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 2008; si noti che l'ultimo valore sull'asse delle ascisse si riferisce al solo 2008, mentre i valori precedenti si riferiscono a periodi di 2 anni.

N. PAZIENTI

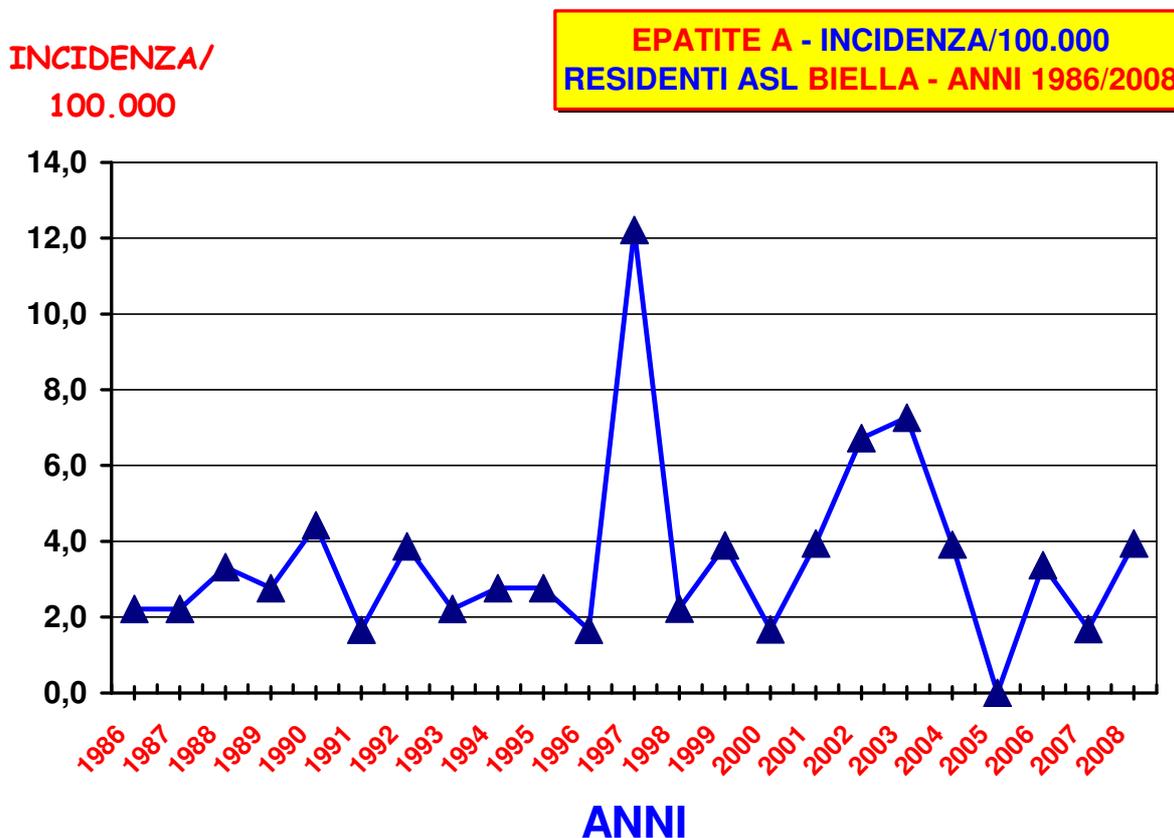
ANNI 1986 - 2008
NOTIFICHE DI EPATITE A
IN RESIDENTI ASL BIELLA
TOTALE: 145 CASI



Nel periodo 2005-2008 il 75% dei casi di epatite A sono stati notificati in persone al di sotto dei 12 anni e l'87% al di sotto dei 40.

Per quanto riguarda la nazionalità, 6 casi in italiani e 10 in stranieri; gli stranieri sono tutti bambini di età dai 2 agli 11 anni, residenti nella nostra ASL.

Il grafico seguente riporta l'incidenza annuale dei casi di epatite A in residenti nella nostra ASL dal 1986 al 2008.



MODALITA' DI CONTAGIO NEL PERIODO 2005-2008

La maggioranza dei pazienti con epatite A del quadriennio 2005-2008 ha contratto l'infezione in Italia; 6 dei 16 casi di epatite A (37,5%) avevano effettuato un viaggio all'estero nelle 6 settimane precedenti: in 5 casi si trattava di bambini che avevano fatto un viaggio con i genitori al loro paese d'origine, mentre in un caso il contagio è avvenuto per consumo di cozze in Spagna da parte di un turista italiano.

In 6 casi (37,5%) il contagio è avvenuto perchè il paziente è stato a contatto con un pregresso caso di epatite A (caso secondario).

Il consumo di frutti di mare è stato riferito solo da 3 pazienti su 16 (19%). In un caso è probabile un contagio da fragole, con un caso secondario familiare (fratello).

Non è stato invece possibile identificare la causa in un soggetto di 79 anni che non aveva effettuato alcun viaggio e non aveva mangiato alimenti a rischio.

FOCOLAI EPIDEMICI DI EPATITE A

Nel 2006 e nel 2008 vi sono stati 2 episodi di focolai epidemici.

In un episodio (del 2006) si è avuto un focolaio di epatite A che ha coinvolto 4 cuginetti di nazionalità estera appartenenti a 2 distinte famiglie.

Questi bambini hanno contratto la malattia senza spostarsi dall'Italia; il primo caso è avvenuto probabilmente per consumo di alimenti importati dai paesi d'origine dei genitori, e da questo caso sono seguiti altri 3 casi secondari, tramite contagio intrafamiliare.

Il secondo episodio è avvenuto nel 2008 e ha interessato 2 bambini italiani frequentanti una scuola elementare del Biellese; il contagio è probabilmente avvenuto per consumo di fragole durante l'inverno, e quindi verosimilmente con prodotto importato. Anche questi bambini non si erano mossi dall'Italia e non avevano consumato frutti di mare.

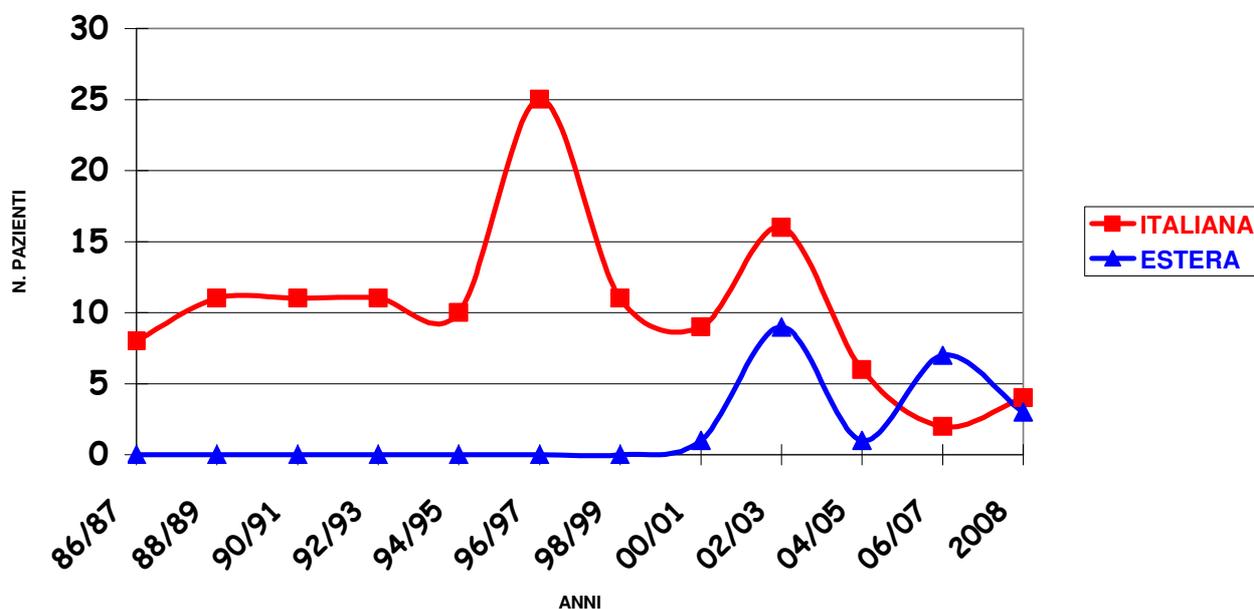
A seguito di questi focolai, si è provveduto ad offrire la vaccinazione anti-epatite A a tutti gli studenti frequentanti le stesse scuole dei casi acuti di epatite A e non vi sono stati casi di contagio secondario nelle scuole. Le linee guida nazionali infatti consigliano l'offerta della vaccinazione quando nella stessa scuola vi siano 2 o più casi; se però un caso di epatite A si verifica in un asilo nido o in una scuola materna, è mia opinione che sia indicata l'offerta attiva della vaccinazione a tutti i compagni e al personale della scuola.

L'EPATITE "A" IN BAMBINI DI NAZIONALITA' ESTERA

Un fenomeno evidenziatosi dal 2001 è stato l'aumento dei casi di epatite A in bambini di nazionalità estera rientrati da un viaggio nel paese di origine dei genitori.

Il grafico seguente riporta il numero dei casi di epatite A nella nostra ASL dal 1986 al 2008 distinto per nazionalità (italiana o estera); si noti che l'ultimo valore sull'asse delle ascisse si riferisce al solo anno 2008, mentre i valori degli anni precedenti si riferiscono a periodi di 2 anni.

ASL BIELLA - EPATITE A - ANNI 1986-2008
CASI IN BASE ALLA CITTADINANZA



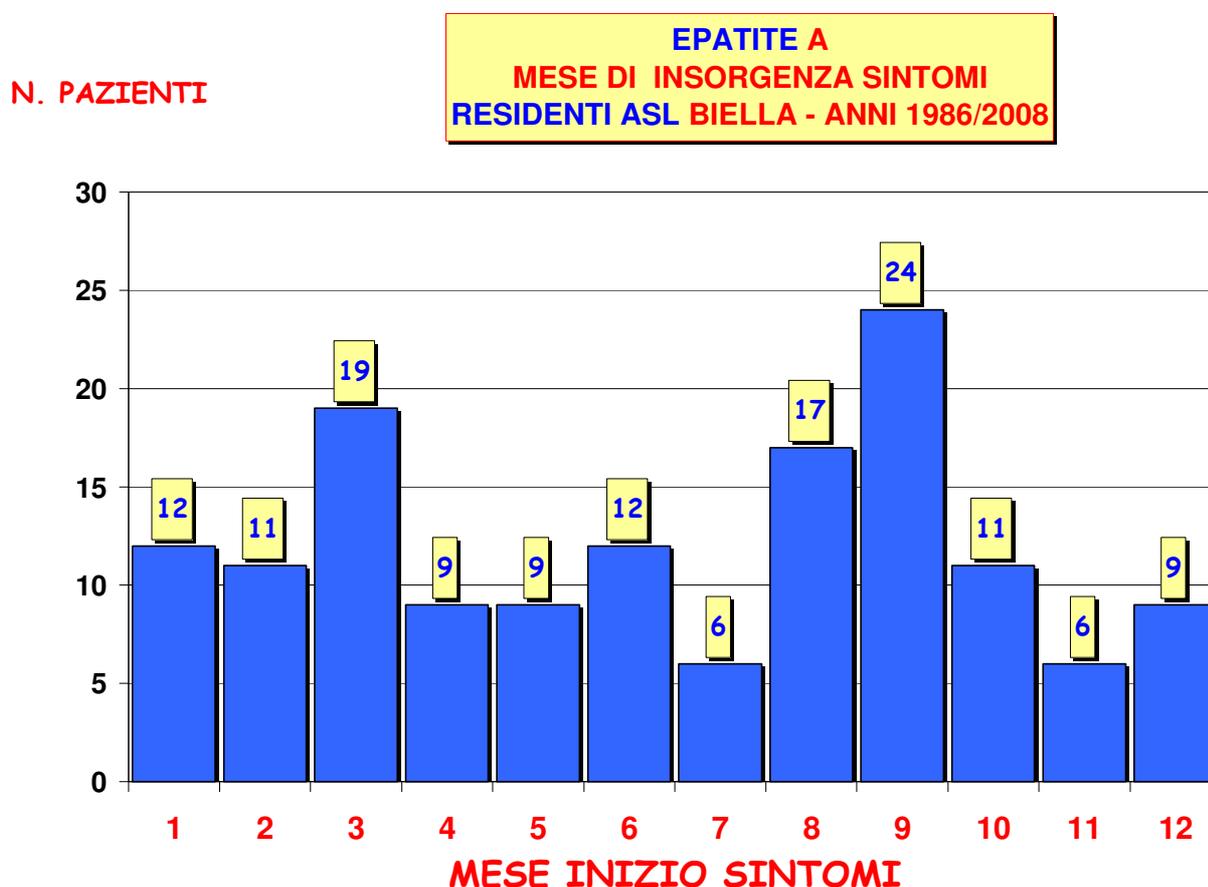
Tutti i 21 casi di epatite A in persone di nazionalità estera sono stati notificati dal 2001 al 2008 e il 90% (19 casi) si sono manifestati in bambini di età inferiore a 13 anni (gli altri 2 casi hanno riguardato cittadini dell'est Europa rientrati al loro paese d'origine).

Per questo motivo, dato che questo trend è stato evidenziato in tutta la Regione Piemonte, a seguito di pressante richiesta di molti referenti per la sorveglianza delle malattie infettive, **è stata disposta per tutta la regione Piemonte la somministrazione gratuita del vaccino contro l'epatite A per tutti i minori di 18 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 18 anni).**

Tali vaccini vengono somministrati 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 2008, 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.



EPATITE B

Oramai i casi di epatite B stanno diventando rari, con una incidenza media nel quadriennio 2005-2008 inferiore a 1/100.000 persone/anno.

La scarsa numerosità dei casi di epatite B tra il 2005 e il 2008 non consente di fornire notizie sulle modalità di contagio.

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.

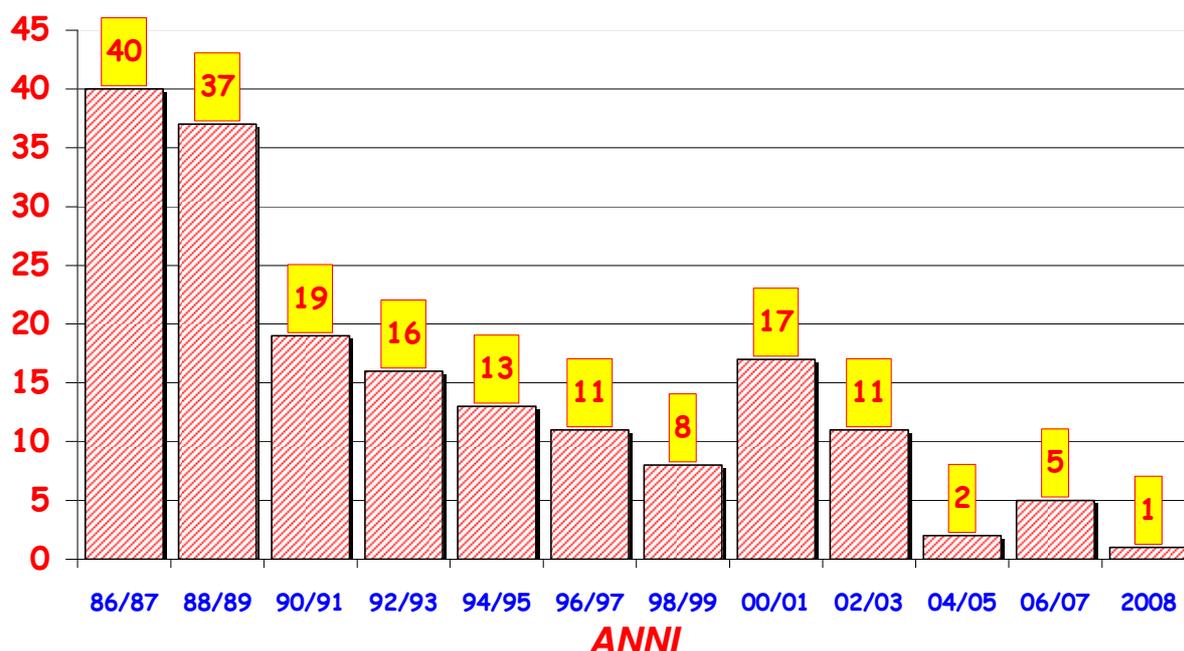
Infatti, dato che la campagna di vaccinazione di massa anti-epatite B è iniziata dai nati nel 1980, ormai la stragrande maggioranza dei soggetti fino a 28 anni di età è vaccinata.

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 2008, 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 2008; si noti che l'ultimo valore sull'asse delle ascisse si riferisce al solo 2008, mentre i valori degli anni precedenti si riferiscono a periodi di 2 anni. Sono inclusi anche 3 casi di epatite "delta", insorti in persone portatrici croniche del virus dell'epatite B.

N. PAZIENTI

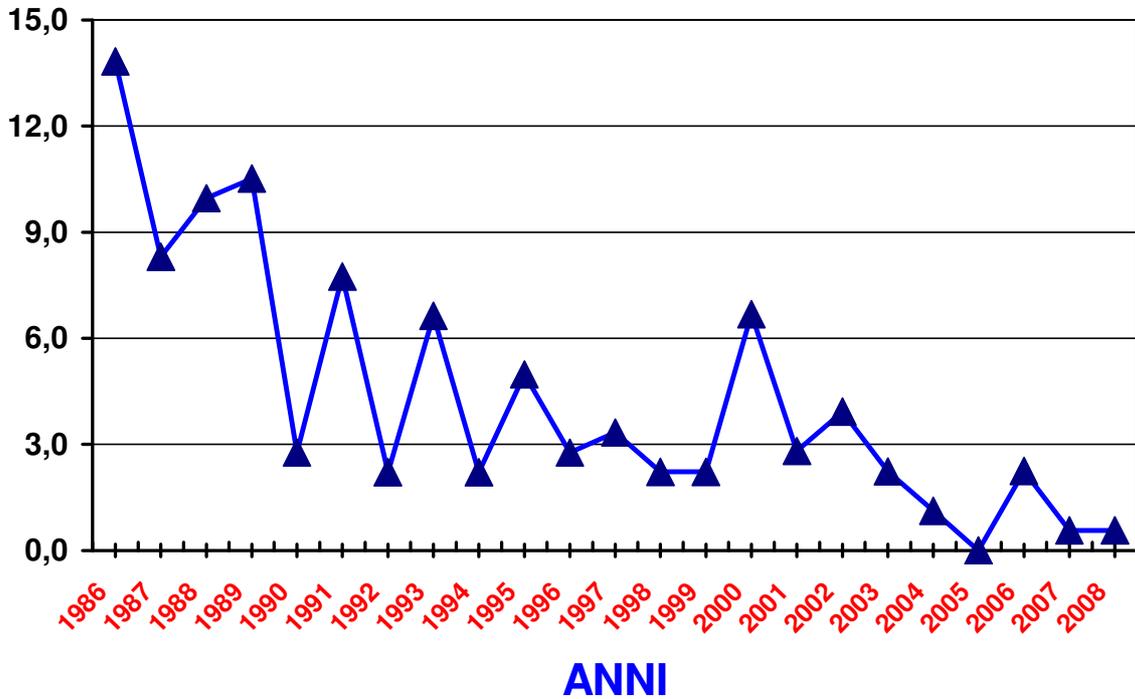
ANNI 1986 - 2008
NOTIFICHE DI EPATITE B
IN RESIDENTI ASL BIELLA
TOTALE: 180 CASI



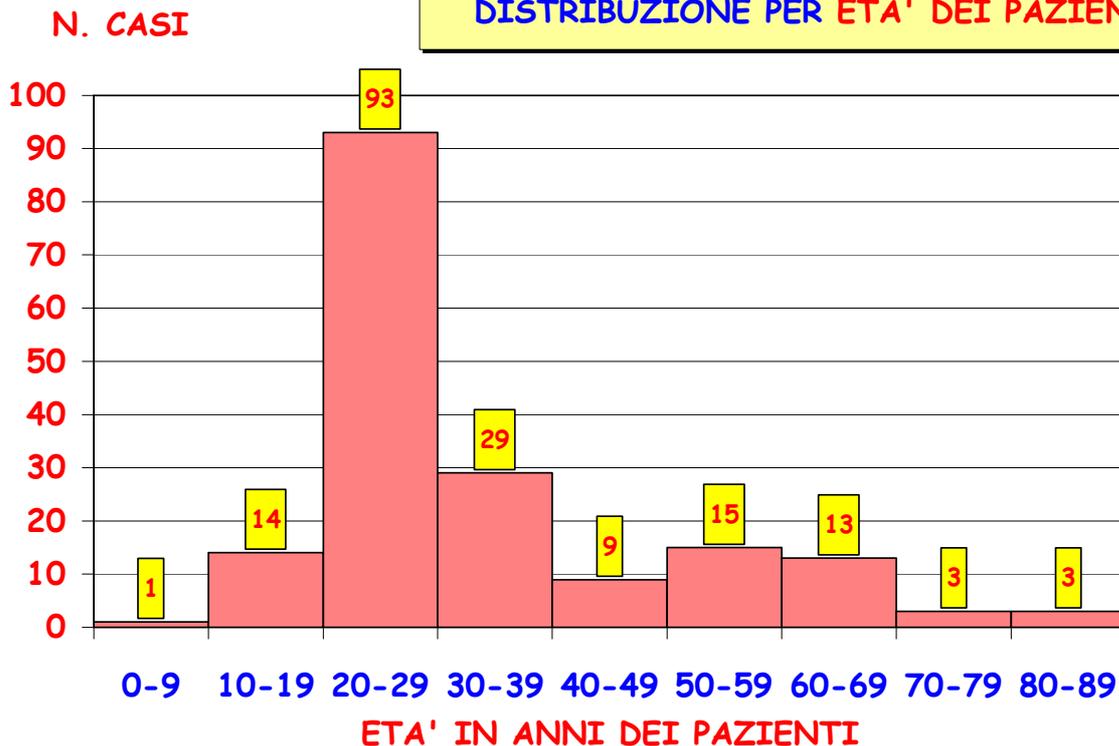
I 2 grafici seguenti riportano l'incidenza annuale e la distribuzione per decade di età dei casi di epatite B in residenti nella nostra ASL dal 1986 al 2008.

**INCIDENZA/
100.000**

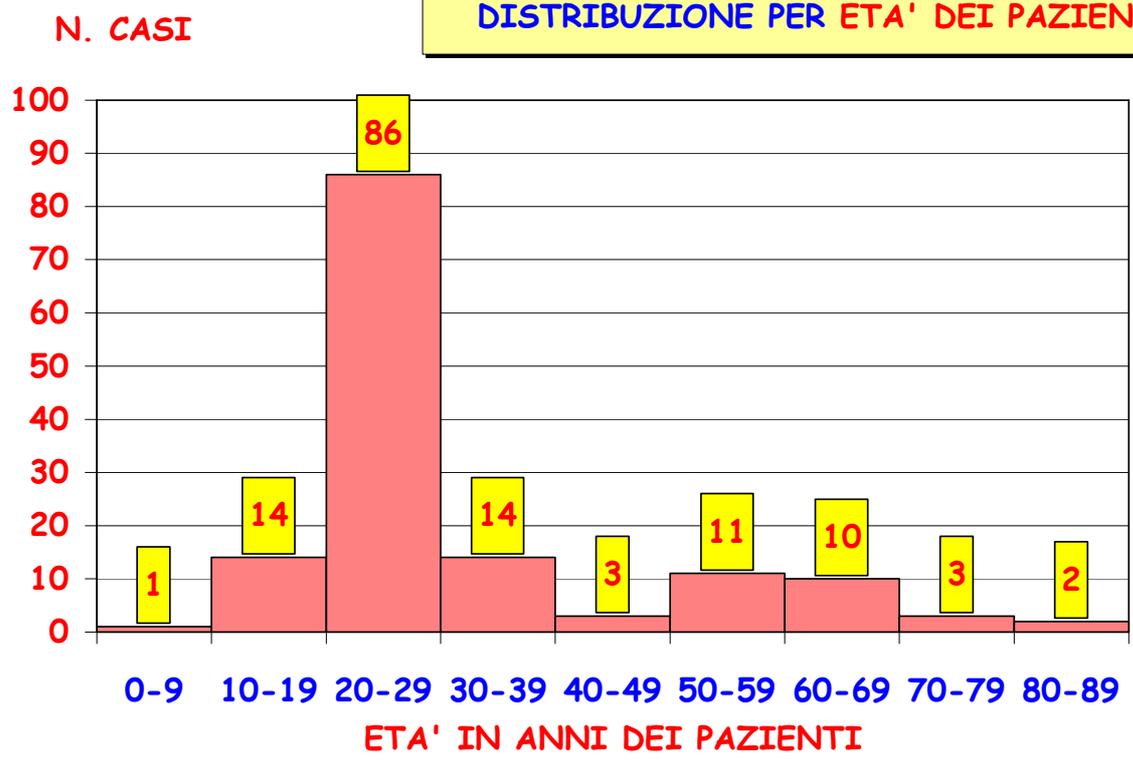
**EPATITE B - INCIDENZA/100.000
RESIDENTI ASL BIELLA - ANNI 1986/2008**



**ANNI 1986 - 2008
CASI DI EPATITE B IN RESIDENTI ASL BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**

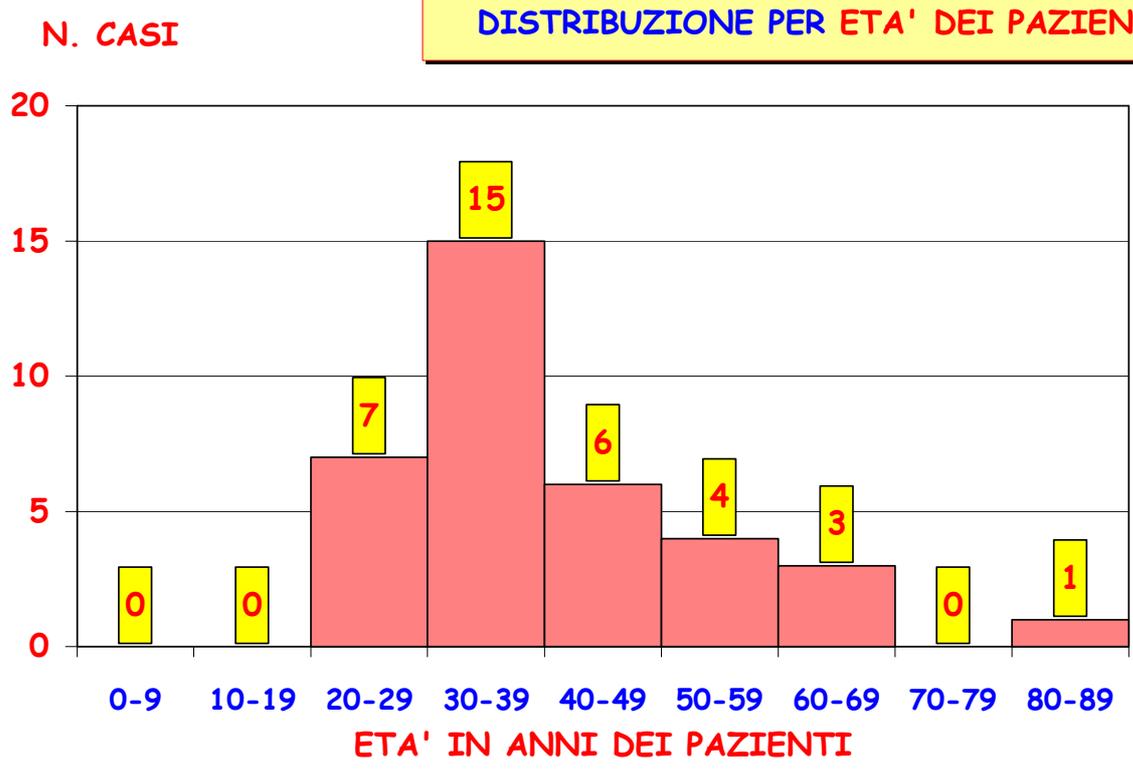


ANNI 1986 - 1999
CASI DI EPATITE B IN RESIDENTI ASL BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI



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 sotto i 30 anni di età).

ANNI 2000 - 2008
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.

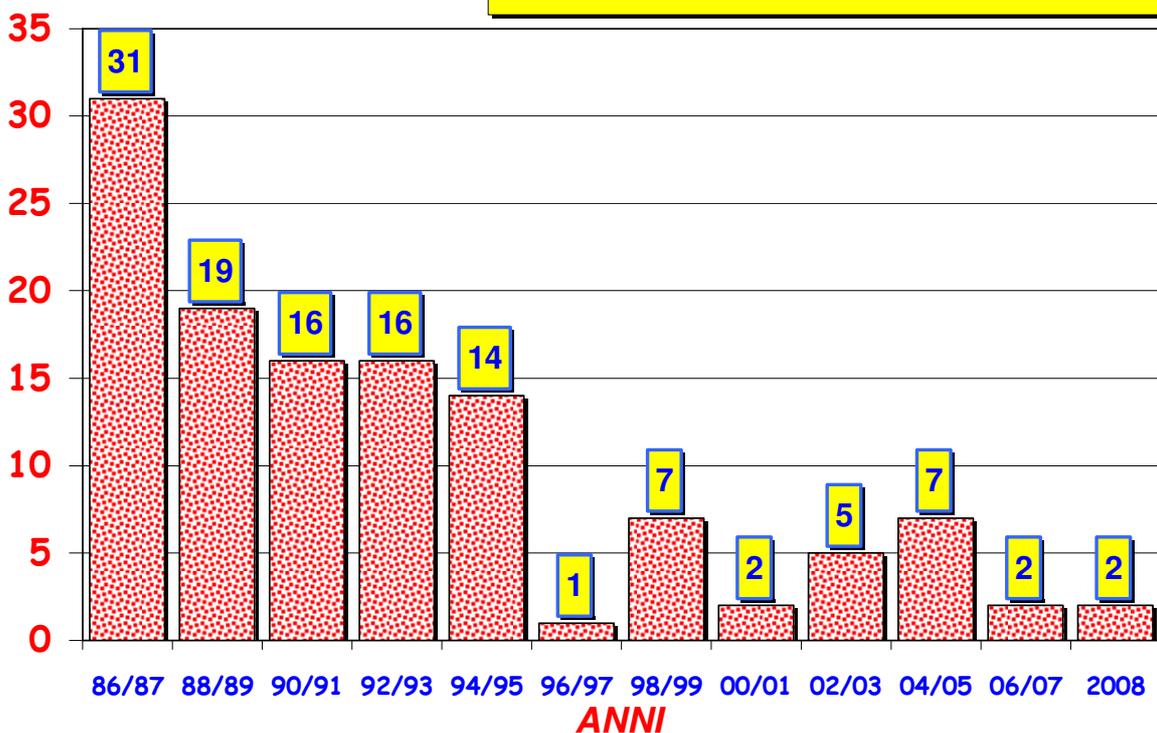
Circa il 37% delle epatiti C (a partire dal 1990) sono state diagnosticate in persone non itteriche, spesso nel corso di controlli di routine, ad es. presso le strutture che seguono le persone con problemi di tossicodipendenza.

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 nella nostra ASL dal 1986 al 2008; si noti che l'ultimo valore sull'asse delle ascisse si riferisce al solo 2008, mentre i valori degli anni precedenti 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 da virus C; nel grafico seguente sono state comunque incluse tutte le notifiche di epatite non A non B precedenti al 1990.

N. PAZIENTI

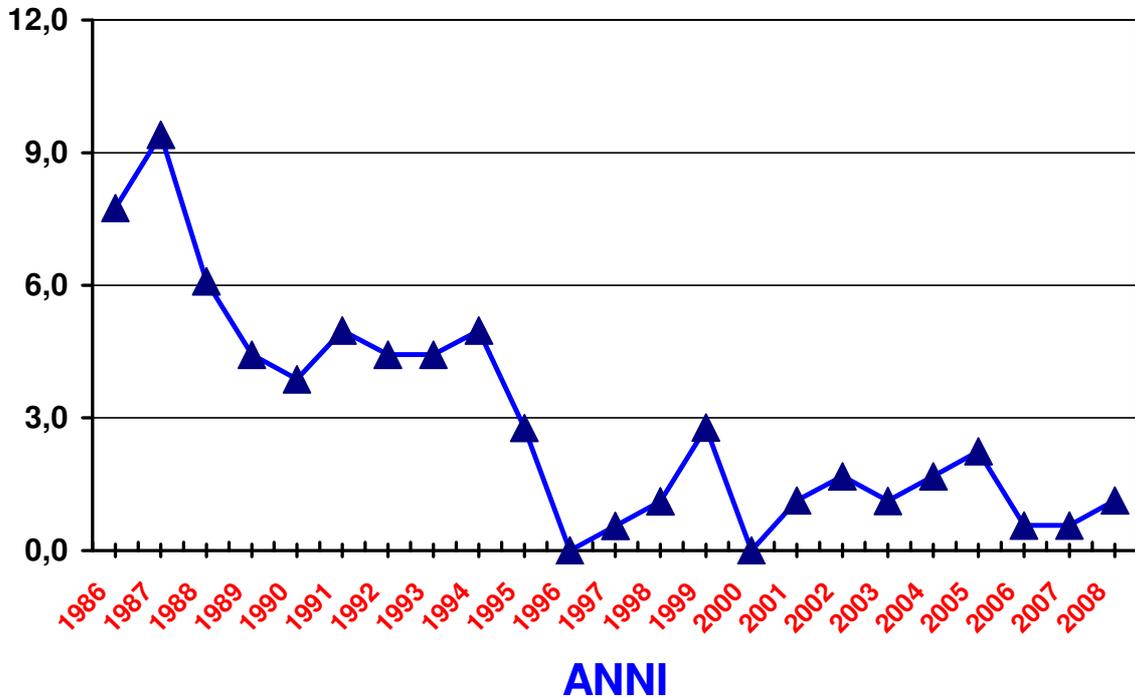
ANNI 1986 - 2008
NOTIFICHE DI EPATITE C/NON A NON B
IN RESIDENTI ASL BIELLA
TOTALE: 122 CASI



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 -1986/2008

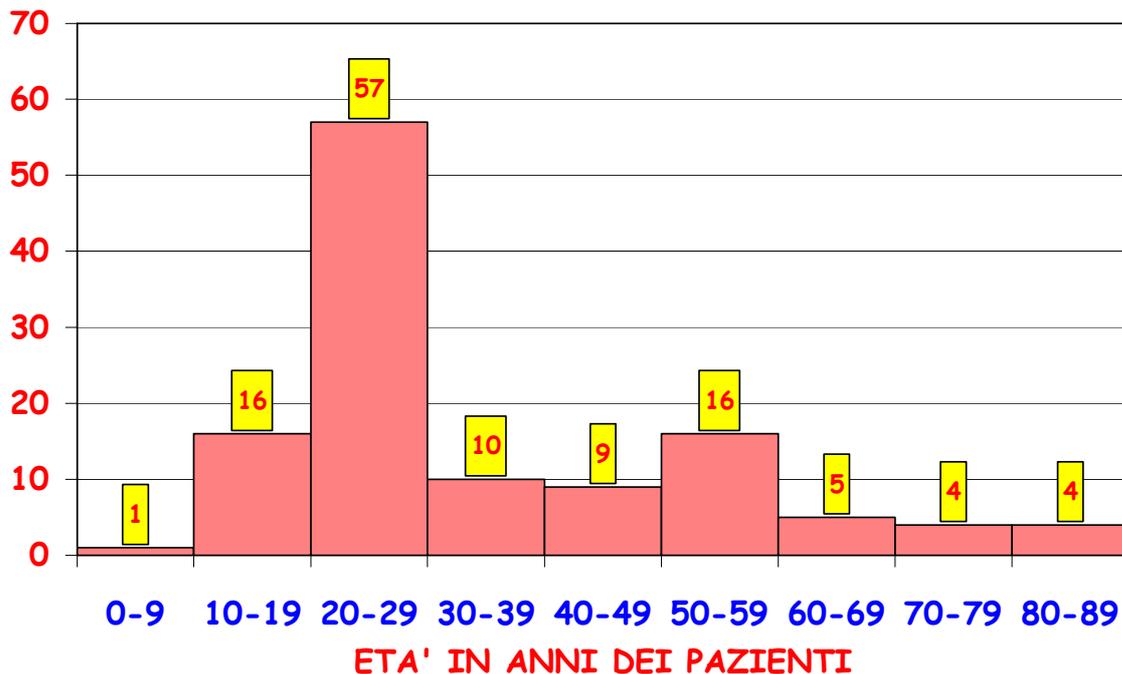
**INCIDENZA/
100.000**

**EPATITE C/NON A NON B - INCIDENZA/100.000
RESIDENTI ASL BIELLA - ANNI 1986/2008**

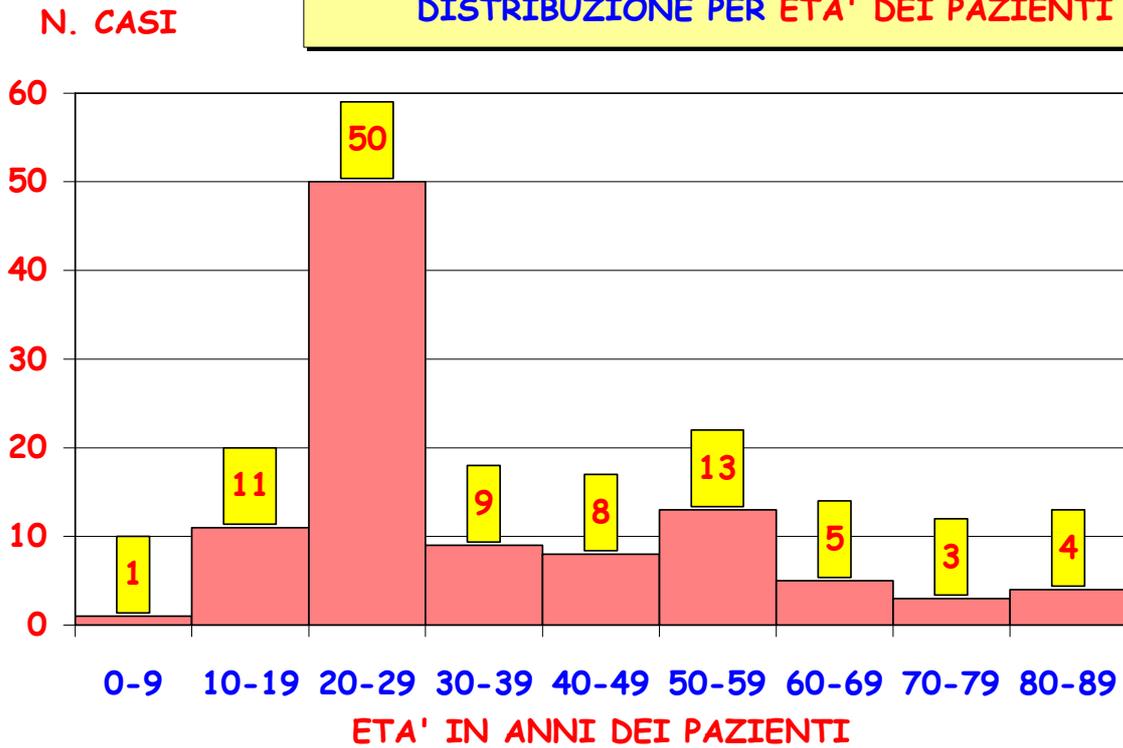


**ANNI 1986/2008 - CASI DI EPATITE C/NON A NON B
IN RESIDENTI ASL BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**

N. CASI

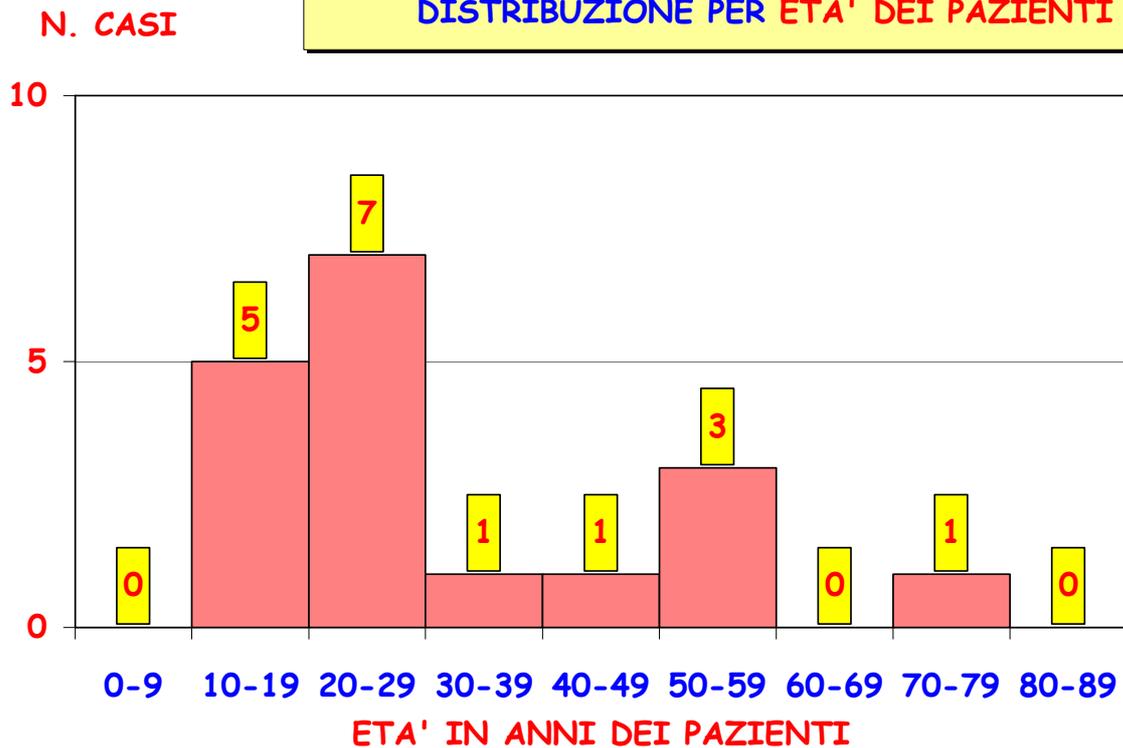


**ANNI 1986/1999 - CASI DI EPATITE C/NON A NON B
IN RESIDENTI ASL BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**



Non esistendo un vaccino, anche negli ultimi anni i casi di epatite C hanno continuato a manifestarsi in soggetti giovani.

**ANNI 2000/2008 - CASI DI EPATITE C/NON A NON B
IN RESIDENTI ASL BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**



MALATTIE DI CLASSE III

AIDS

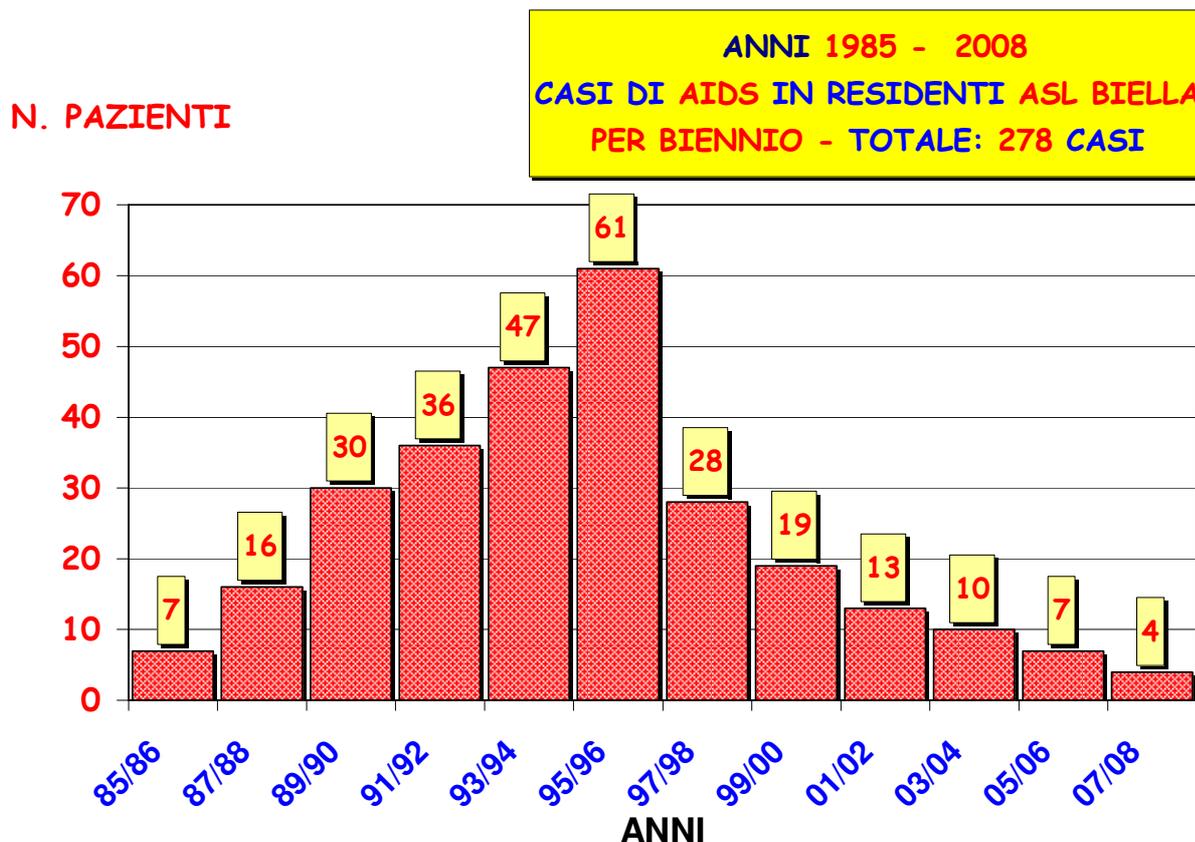
Continua la riduzione delle diagnosi di nuovi casi di AIDS, grazie soprattutto ai miglioramenti della terapia e della profilassi delle infezioni opportunistiche.

Nel corso del 2005-2008 sono pervenute 11 notifiche di nuovi casi di AIDS in persone residenti nella nostra ASL.

ANNO	NUMERO DI DIAGNOSI DI AIDS
2005	4
2006	3
2007	2
2008	2
TOTALE	11

Dall'inizio dell'epidemia i casi notificati in persone che al momento della diagnosi risiedevano nella ASL di Biella ammontano a 278.

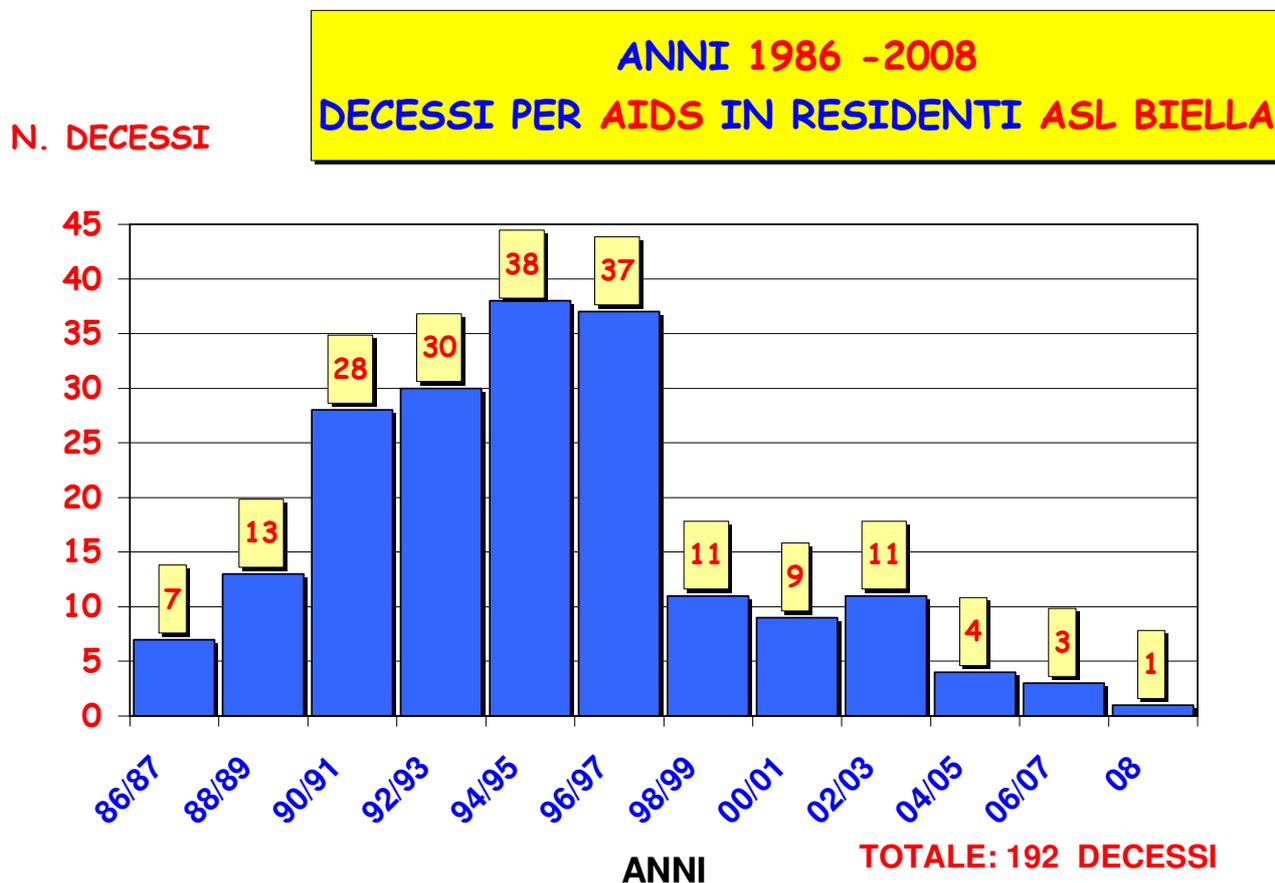
Il grafico seguente riporta il numero biennale dei casi di AIDS in residenti nella nostra ASL dal 1985 al 2008.



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 – 2008.

Nota: il dato relativo ai decessi dell'anno 2008 può essere soggetto ad aggiornamenti.

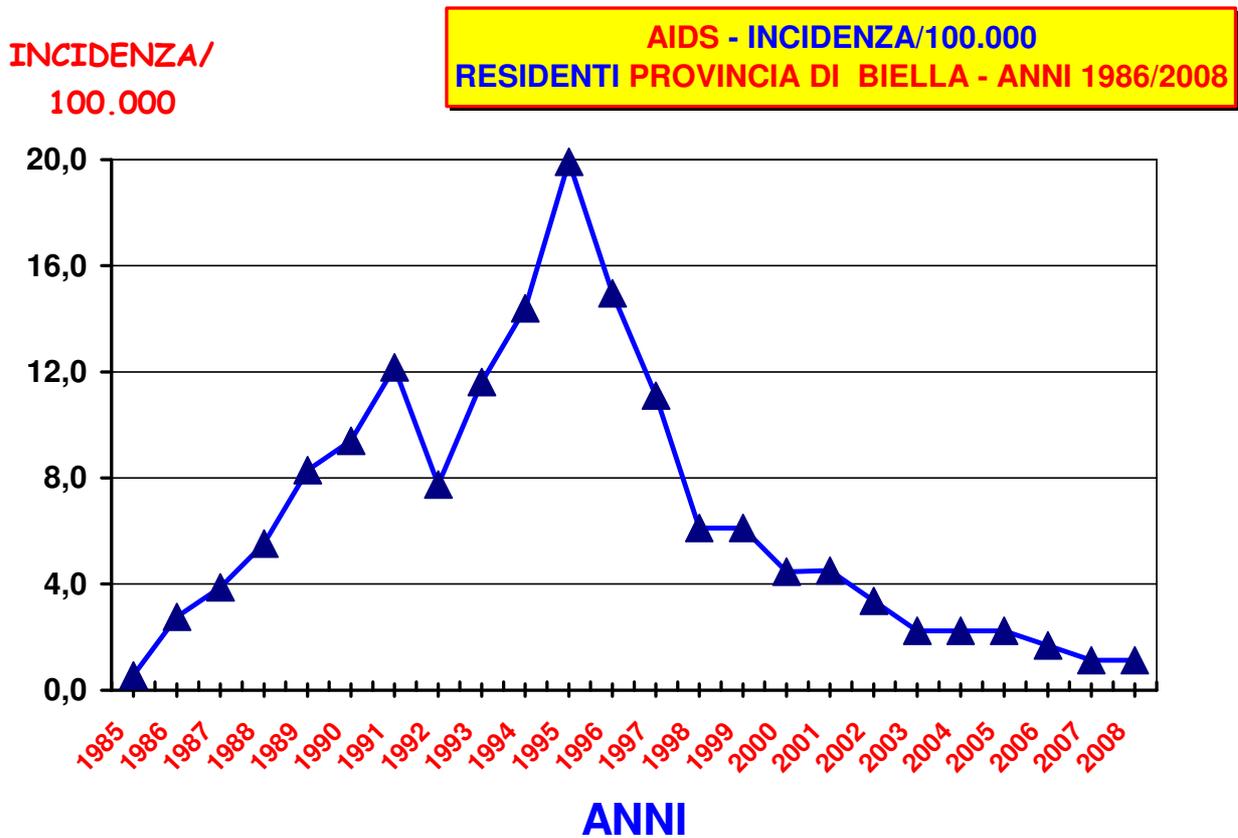


Nel grafico non sono incluse le persone decedute per cause diverse dall'AIDS, pur avendo una pregressa diagnosi di AIDS. In questi soggetti (25 dal 1986 al 2008) nella maggioranza dei casi il decesso è avvenuto per complicanze di un'epatite cronica HCV correlata o per tumore.

Nel corso del periodo 2005-2008 sono state 7 le persone affette da AIDS decedute per cause diverse dall'AIDS.

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.

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 2008 (fonte del numero dei casi di AIDS: SEREMI ASL di Alessandria – per il 2008 il dato è fornito dal dr. Massimo Andreoni della S.C. di Malattie Infettive dell'Ospedale di Biella).



TUBERCOLOSI

Nel periodo 2005-2008 sono pervenute 61 notifiche di tubercolosi in residenti nella ASL di Biella; a queste vanno aggiunte 2 casi di micobatteriosi non tubercolari.

I casi di tubercolosi sono stati diagnosticati in 49 casi nella nostra ASL e in 12 casi in ospedali siti al di fuori della ASL di Biella e successivamente comunicati al nostro Servizio.

I nuovi casi di tubercolosi sono stati 58; in altri 3 casi si è trattato di una recidiva/reinfezione in pazienti già curati.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEI CASI DI TUBERCOLOSI NEL QUADRIENNIO 2005-2008

Dei 61 casi di tubercolosi notificati, 43 (70,5%) sono occorsi in cittadini italiani e 18 (29,5%) in cittadini stranieri; 31 casi in maschi e 30 in femmine, senza differenze per quanto riguarda la ripartizione per cittadinanza:

	CITTADINANZA ITALIANA	CITTADINANZA ESTERA	TOTALI
MASCHI	21	9	30
FEMMINE	22	9	31
TOTALI	43	18	61

Nel periodo dal 1993 al 2004 il rapporto tra il numero dei casi nei maschi e nelle femmine era stato di 1,58; dal 2005 al 2008 invece il rapporto è stato praticamente di 1/1.

L'età è variata dai 12 agli 89 anni.

Tra gli italiani l'età media è stata di 60 anni; il 55% dei casi sono stati diagnosticati in persone con 60 anni e più anni.

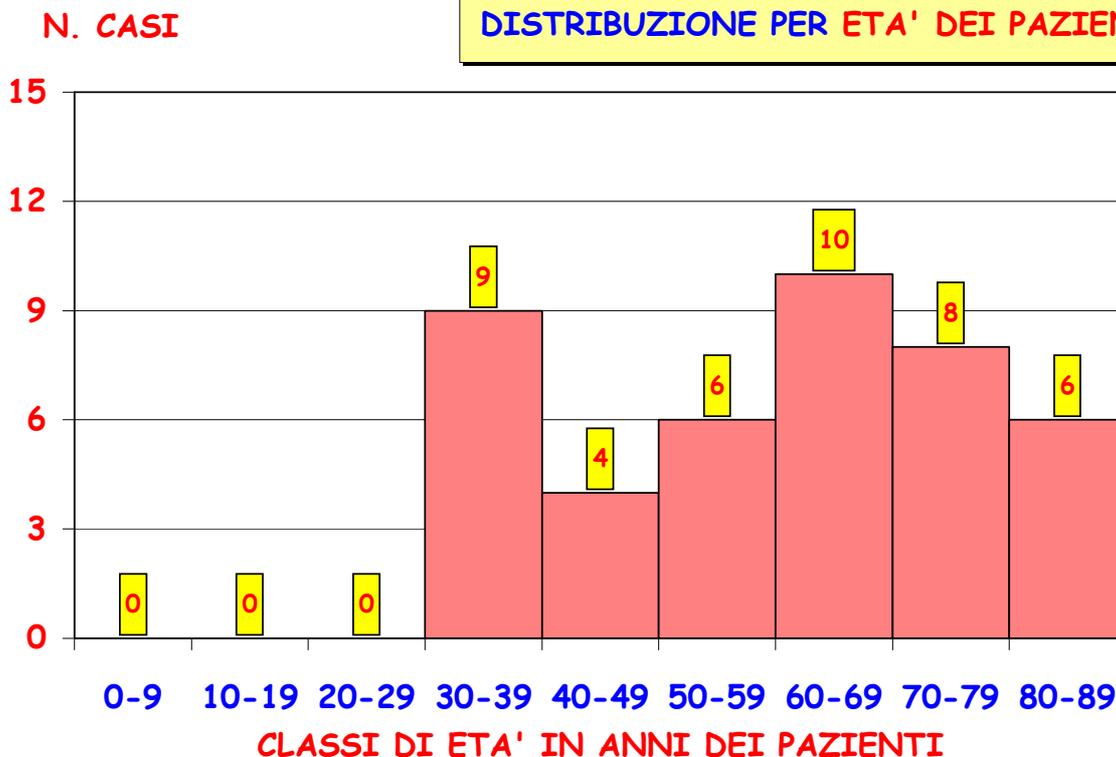
Tra gli stranieri l'età media è stata di 30 anni; il 70% dei casi sono stati diagnosticati in persone con meno di 35 anni.

Tra gli stranieri sono stati diagnosticati 2 casi di TBC in 2 bambini di 12 e 13 anni contagiati da un parente convivente; fortunatamente si è trattato di un complesso primario chiuso, di recentissima formazione, immediatamente individuato dai colleghi pneumologi in seguito all'esecuzione dell'intradermoreazione tubercolinica eseguita nel corso dello screening sui contatti del caso di TBC e dei successivi accertamenti radiologici; ragion per cui non è stato necessario effettuare controlli nelle scuole frequentate dai 2 bambini (si trattava di lesioni chiuse non contagianti).

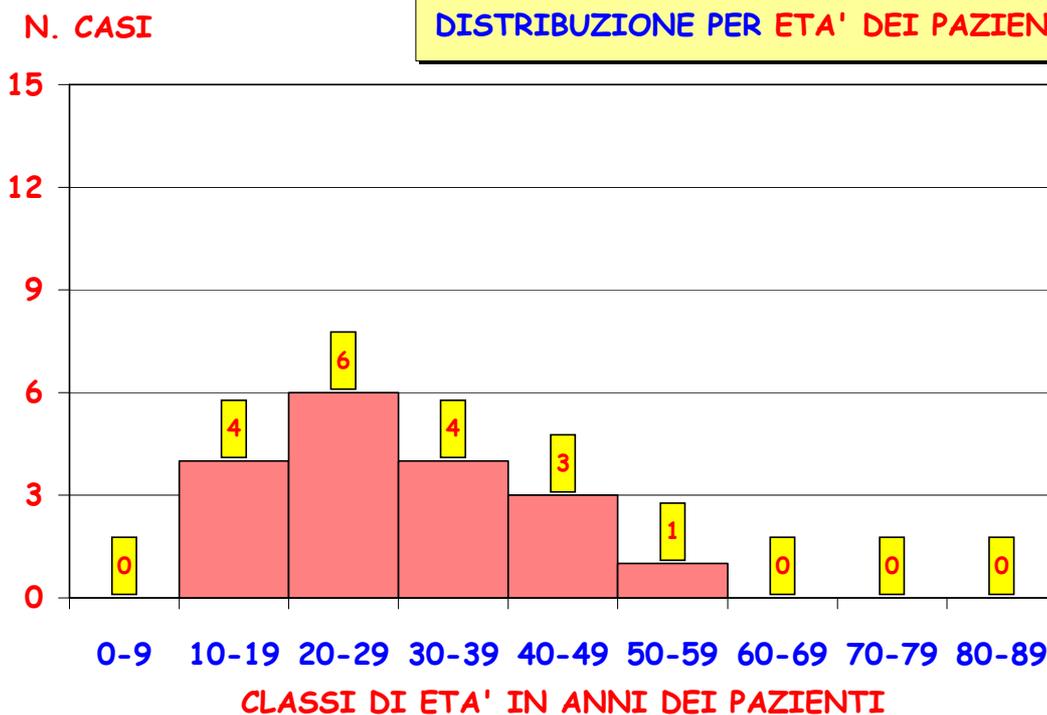
Nei grafici seguenti sono inclusi anche i casi di tubercolosi diagnosticati in cittadini stranieri non in regola con il permesso di soggiorno e non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, ma domiciliati nell'ASL di Biella al momento della diagnosi.

Nei 2 grafici seguenti sono riportati i casi ripartiti per fasce di età, distinti tra cittadini italiani e stranieri, nel periodo 2005-2008.

**ANNI 2005/2008 - CASI DI TUBERCOLOSI
IN ITALIANI RESIDENTI ASL BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**



**ANNI 2005/2008 - CASI DI TUBERCOLOSI
IN STRANIERI RESIDENTI ASL BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**



C'è da notare che tra i 13 casi verificatisi tra i cittadini italiani sotto i 50 anni di età, 2 persone erano temporaneamente domiciliate all'estero per motivi di lavoro ma residenti anagraficamente in Italia, mentre una terza persona era un cittadino italiano vissuto all'estero in età giovanile; quindi è probabile che questi casi non siano stati acquisiti in Italia. Un quarto caso era residente in un'altra regione ma si ricoverò nell'ospedale di Biella in quanto residente nella nostra ASL.

Tra i cittadini stranieri la provenienza per area geografica nel periodo 2005-2008 è stata la seguente:

ASIA	3
AFRICA	9
EUROPA	4
SUD AMERICA	2
TOTALE	18

TIPO E SEDE DELLE MICOBATTERIOSI

La localizzazione dei casi 61 casi notificati nel periodo 2005-2008 è stata la seguente:

SEDE	
POLMONARE	45
POLMONARE DISSEMINATA	3
EXTRAPOLMONARE	13
Totale	61

La tabella seguente riporta le localizzazioni extrapulmonari della TBC, nel periodo 2005-2008:

LOCALIZZAZIONE TBC EXTRAPOLMONARE ANNI 2005-2008	NUMERO CASI
LINFOGHIANDOLORE	5
OSSEA	3
DISSEMINATA/MILIARE	3
CUTANEA	2
GENITO-URINARIA	2
INTESTINALE	1
TOTALE	16

In 13 (27%) delle 48 forme a localizzazione polmonare il bacillo di Koch (BK) è stato riscontrato direttamente nell'escreato, mentre in altri 12 casi (25%) è stato riscontrato su altro materiale (broncoaspirato, broncolavaggio). La presenza del BK nell'escreato è indice di maggiore contagiosità del paziente. Il bacillo di Koch è stato evidenziato direttamente su materiale biologico nel 52% dei casi delle forme polmonari. L'incidenza media del quadriennio 2005-2008 di positività dell'escreato è stata di 1,82/100.000; 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, http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/en/index.html).

Dei 48 casi a localizzazione polmonare la diagnosi è stata posta con la positività colturale sull'escreato in 23 casi; con la positività colturale su broncoaspirato /broncolavaggio in 9 casi; in un caso con PCR su prelievo istologico.

Nei restanti 15 casi la diagnosi è stata posta:

1) con la sola positività sul diretto sull'escreato in 3 casi (con Rx torace e clinica compatibili);

2) con la sola positività sul diretto broncoaspirato /broncolavaggio in 8 casi (con Rx torace e clinica compatibili);

3) nei restanti 4 casi si è fatto ricorso al criterio ex juvantibus in pazienti che presentavano un quadro clinico e radiologico compatibile con lesioni tubercolari ma con ricerche sempre negative del Bacillo di Koch. In un caso si è trattato di una paziente con diagnosi di tubercolosi già fatta all'estero e che aveva già iniziato la terapia; il caso fu comunque notificato dalla Struttura Complessa di Pneumologia dell'ospedale di Biella e fu inserito in casistica (il proseguimento della terapia portò ad un netto miglioramento con conferma della diagnosi iniziale).

Dei 13 casi extrapolmonari (non includendo i 3 casi anche con localizzazione polmonare), in 6 casi era disponibile una coltura positiva.

Quindi nel periodo 2005-2008 dei 61 casi notificati di TBC, è risultata disponibile una coltura positiva in 38 casi (62,3%). Per confronto in Italia dal 2004 al 2007 la percentuale di casi con coltura positiva sul totale dei casi notificati è stata rispettivamente del 46%, 39%, 36% e 39% (“Tuberculosis Surveillance in Europe” - pag. 34).

Cinque pazienti sono deceduti.

Ben dodici casi di TBC si sono verificati in lavoratori in comunità; e in 4 di questi casi il diretto dell'escreato era positivo, con rischio di contagio ai contatti e conviventi; pertanto è stato necessario informare i compagni di lavoro, con la collaborazione del medico competente, e sottoporli agli accertamenti necessari tramite l'ambulatorio pneumologico dell'ospedale di Biella.

Nota sui criteri per la notifica dei casi.

Va specificato che l'attuale sistema di notifica della tubercolosi utilizzato in Piemonte e nelle regioni italiane che usano il software denominato “SIMI2” (seconda versione del “Sistema Integrato per la notifica della Malattie Infettive”) tende a privilegiare la sensibilità del sistema di notifica piuttosto che la specificità della diagnosi.

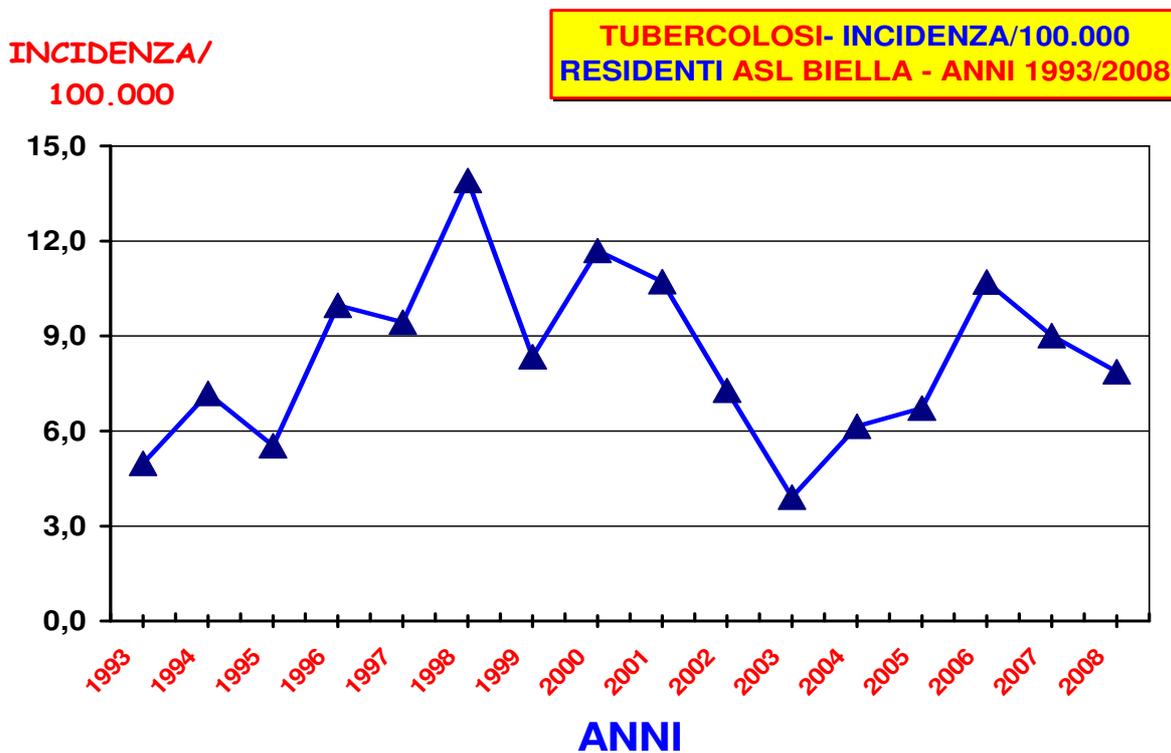
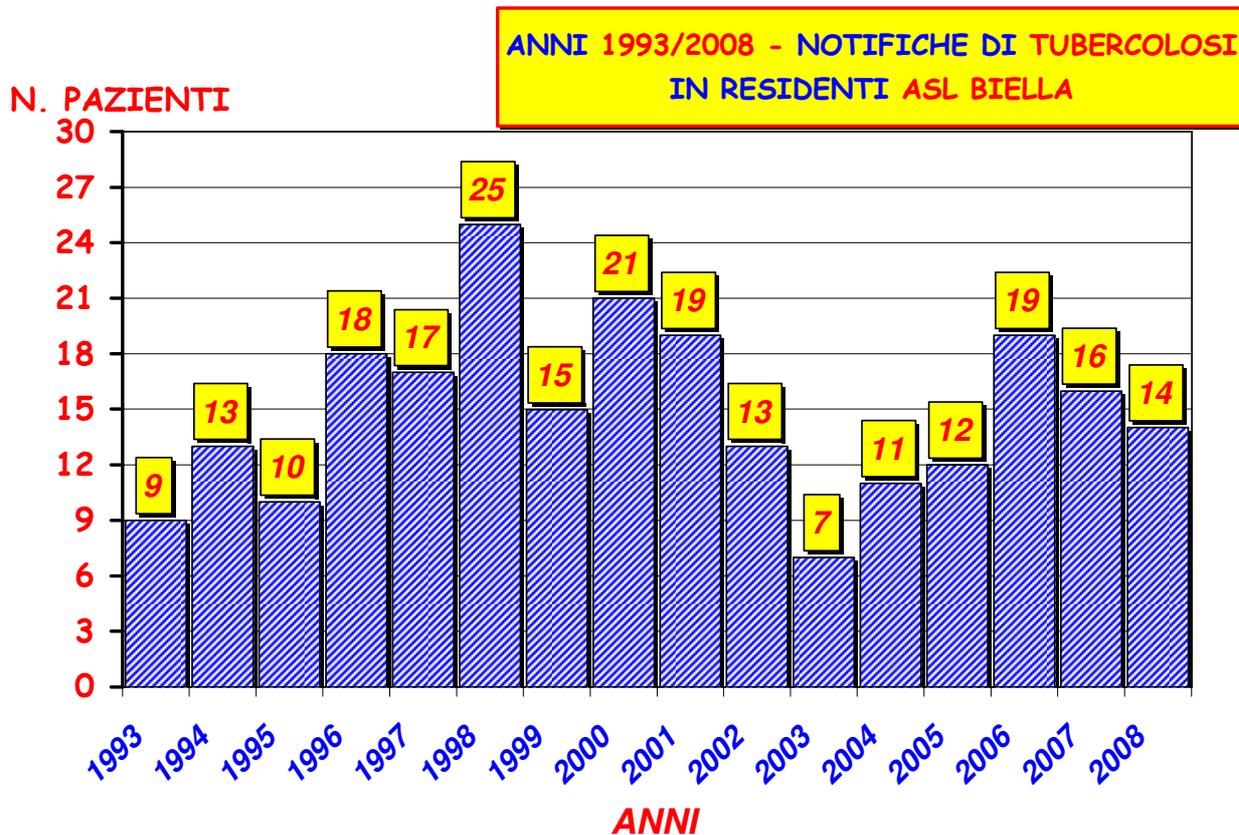
Il software è programmato in modo da accettare la diagnosi di tubercolosi anche in assenza di positività di una esame colturale qualora vi siano altri criteri, ad es. la positività alla ricerca diretta del Bacillo di Koch sul materiale prelevato e un quadro clinico compatibile.

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

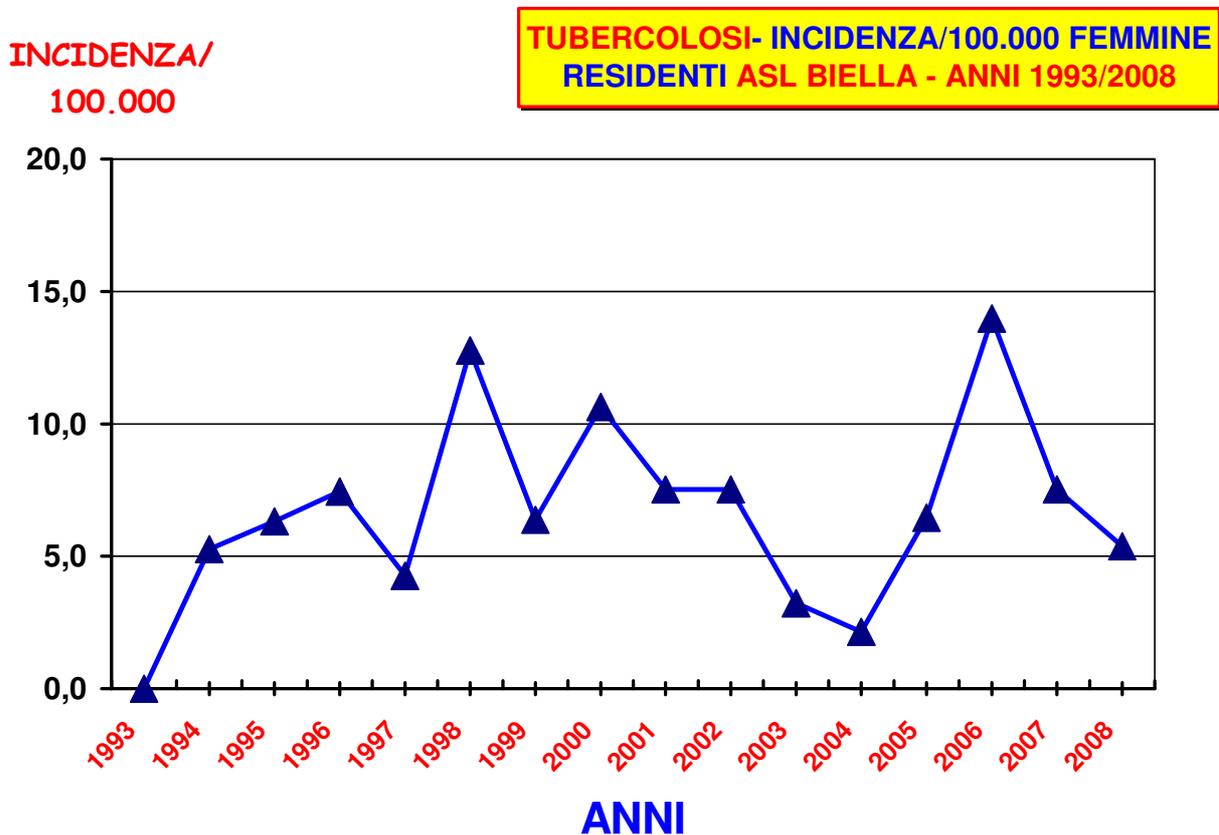
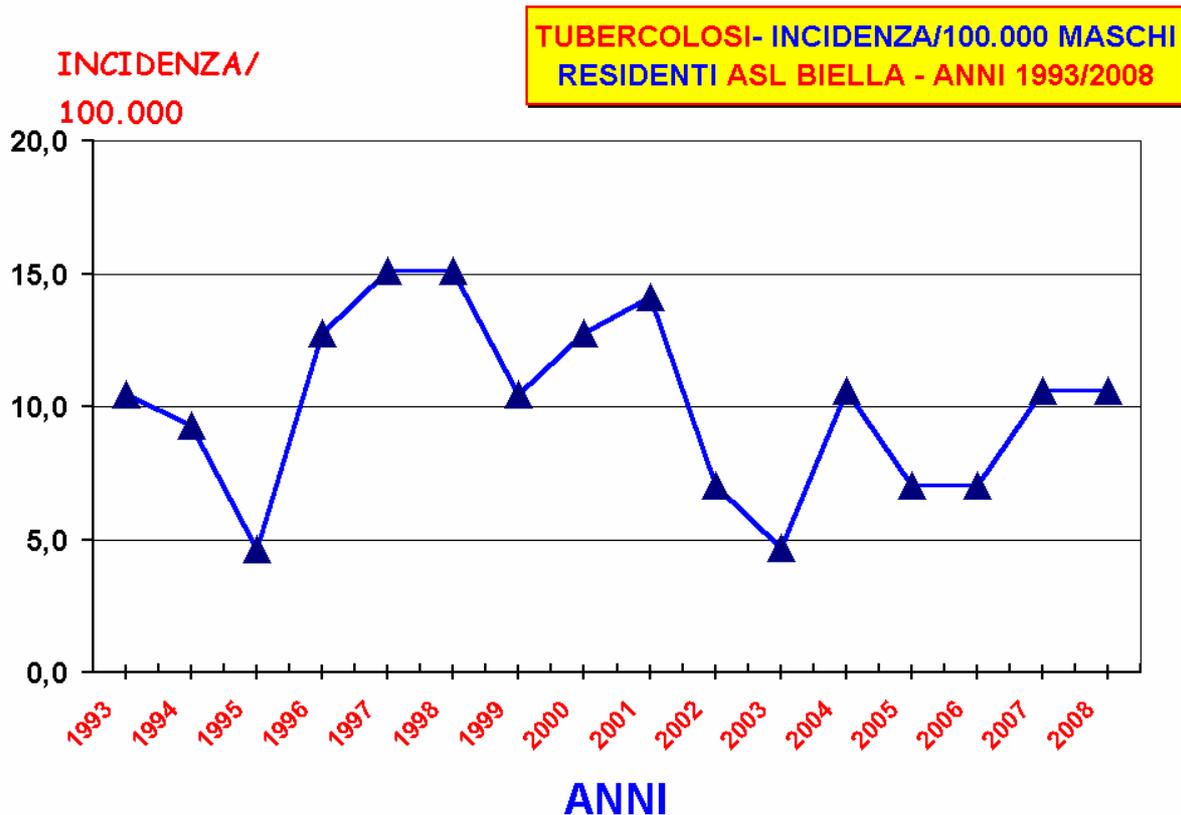
+ positività BK senza colturale). E' quindi possibile che nella casistica siano inclusi anche casi da micobatteri atipici (non contagiosi).

RIEPILOGO 1993 - 2008

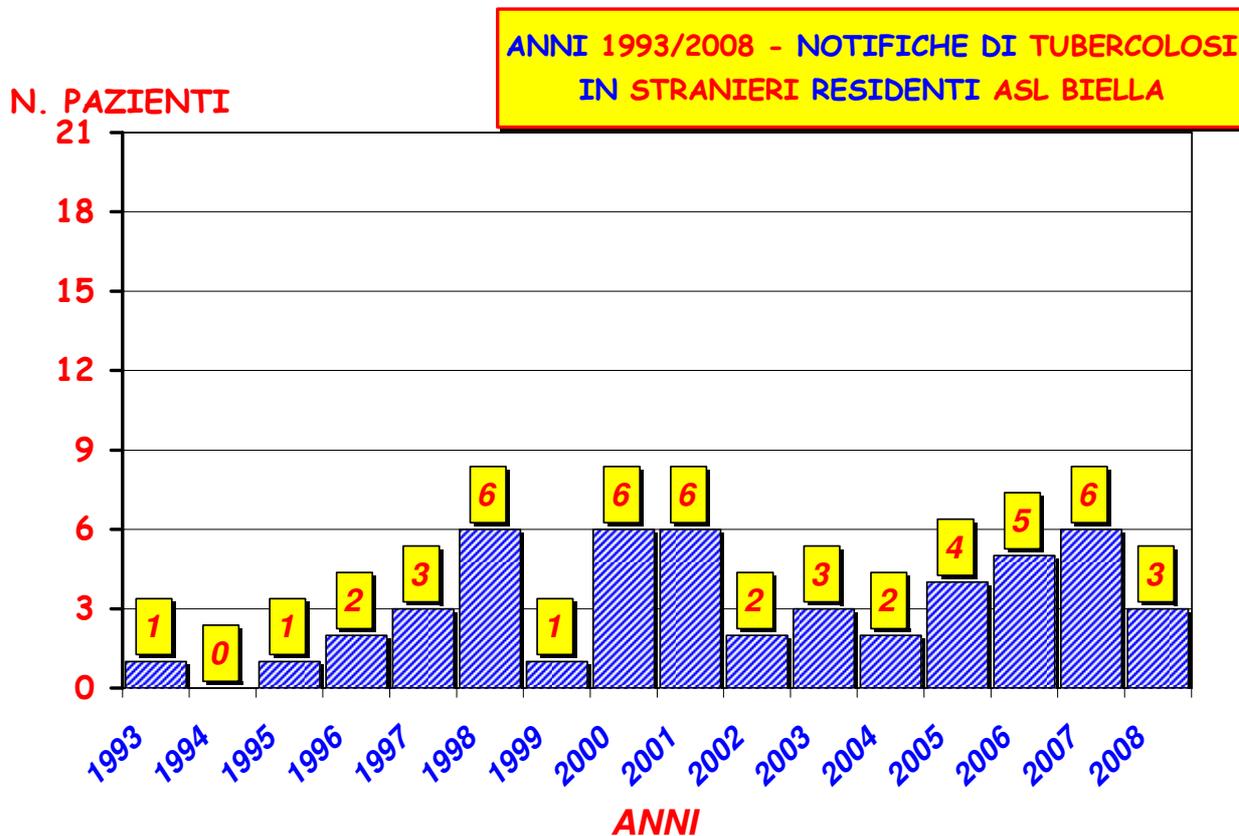
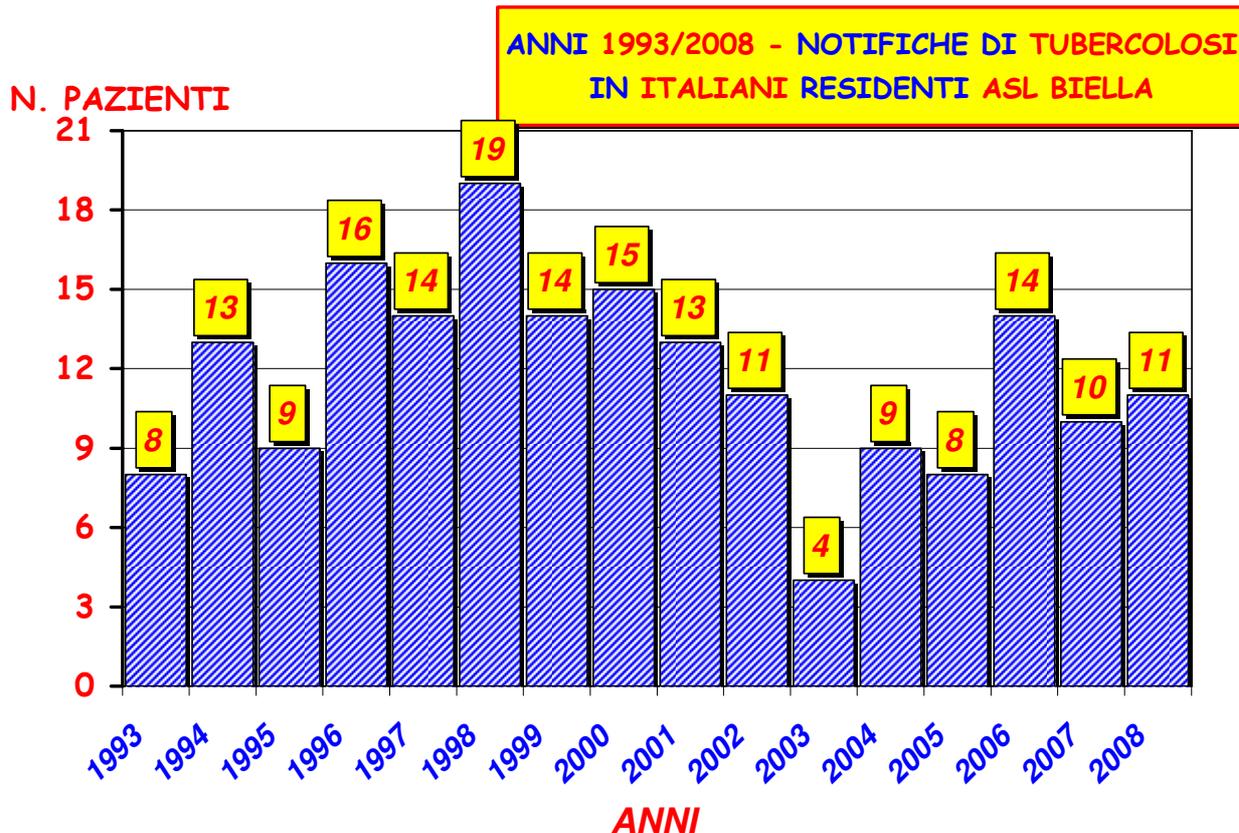
Nei grafici seguenti sono riportati l'andamento delle notifiche di tubercolosi (sia forme polmonari che extrapolmonari) dal **1993 al 2008** in residenti nella nostra ASL, suddivise in base all'anno di notifica e l'incidenza annuale/100.000.



I 2 grafici seguenti riportano l'incidenza annuale dei casi di tubercolosi in residenti nella nostra ASL dal 1993 al 2008 suddivisa per sesso.



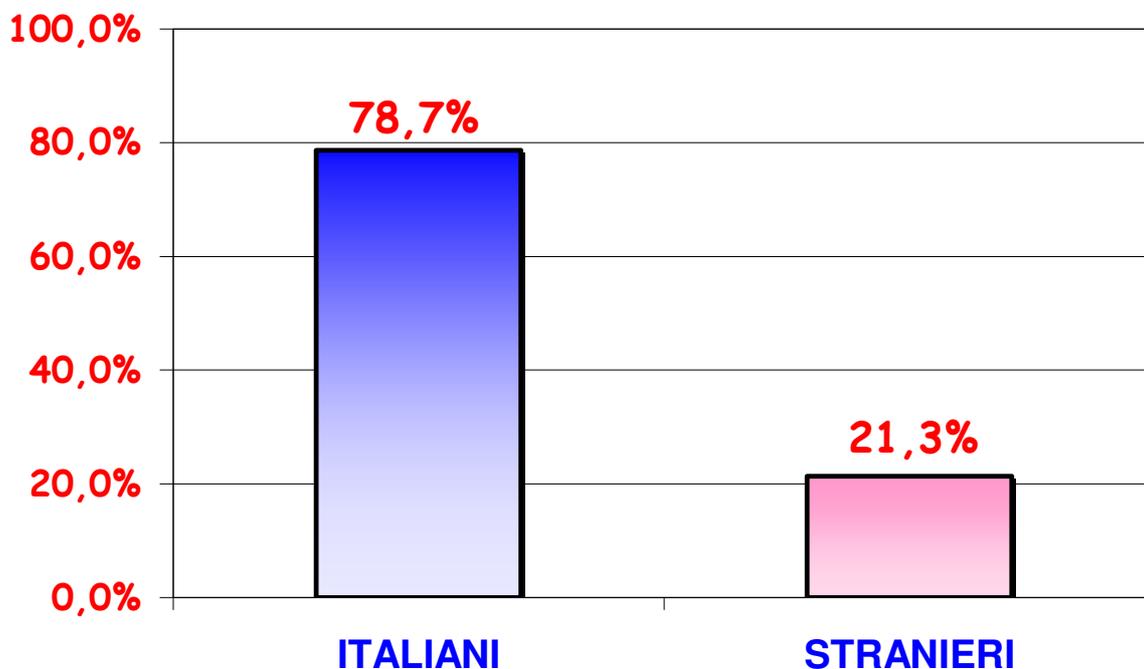
I 2 grafici seguenti riportano i casi di tubercolosi in residenti nella nostra ASL dal 1993 al 2008 distinti tra cittadini italiani e stranieri.



I 2 grafici seguenti riportano i casi totali di tubercolosi 1993-2008 in italiani e stranieri e l'andamento nel tempo dei casi tra pazienti italiani e stranieri.

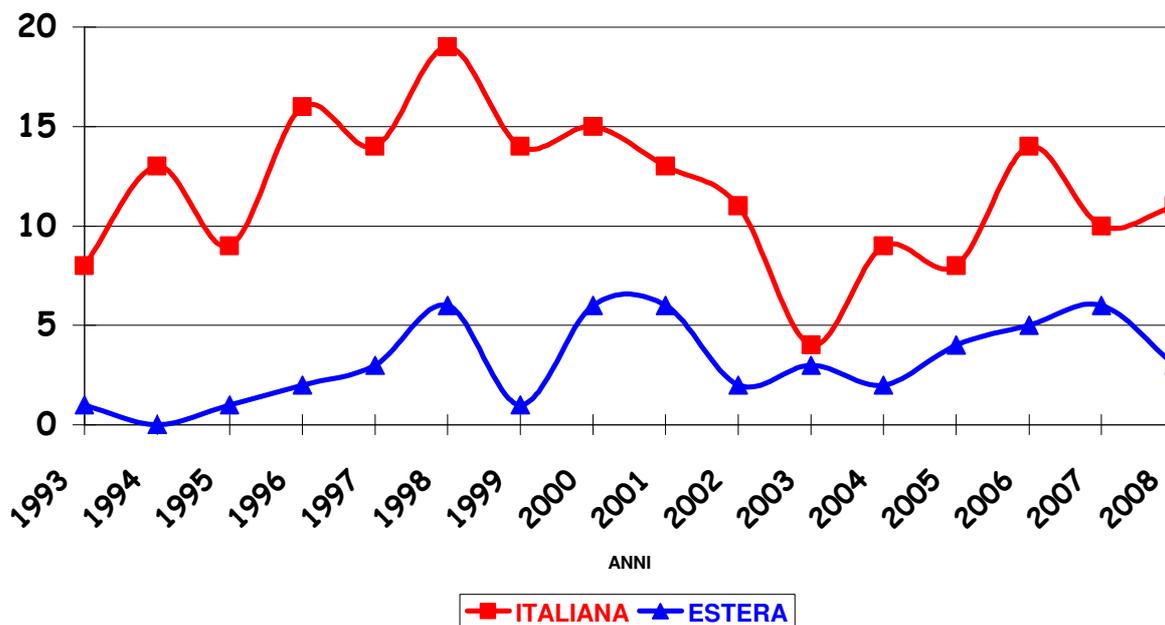
PERCENTUALE

ASL BIELLA - TUBERCOLOSI 1993 - 2008
DISTRIBUZIONE DEI CASI PER NAZIONALITA'



ASL BIELLA - TUBERCOLOSI - ANNI 1993-2008
CASI IN BASE ALLA CITTADINANZA

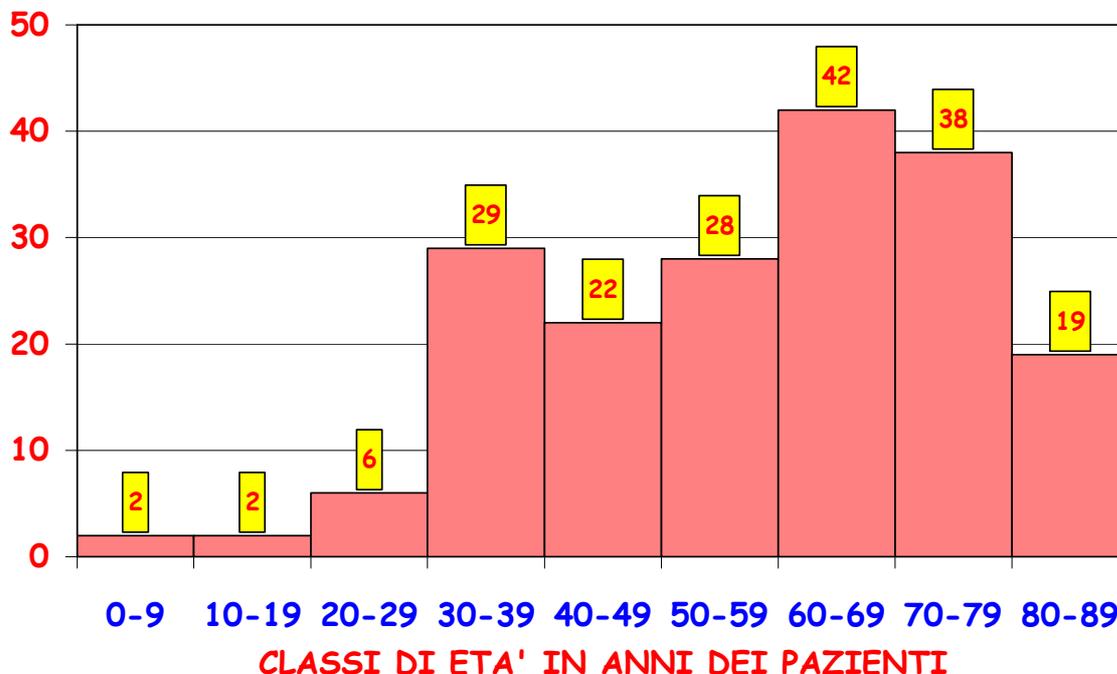
N. PAZIENTI



Nei 2 grafici seguenti a confronto le diverse distribuzioni per età dei casi di tubercolosi in pazienti italiani e stranieri dal 1993 al 2008 residenti nella nostra ASL.

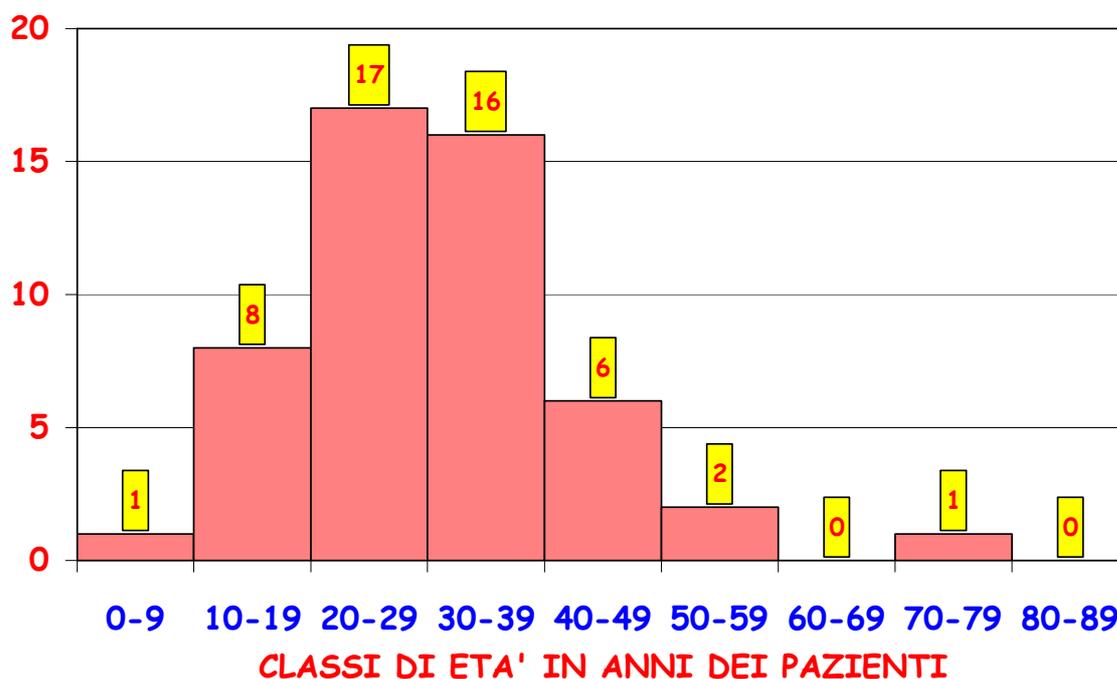
N. CASI

**ANNI 1993/2008 - CASI DI TUBERCOLOSI
IN ITALIANI RESIDENTI ASL BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**

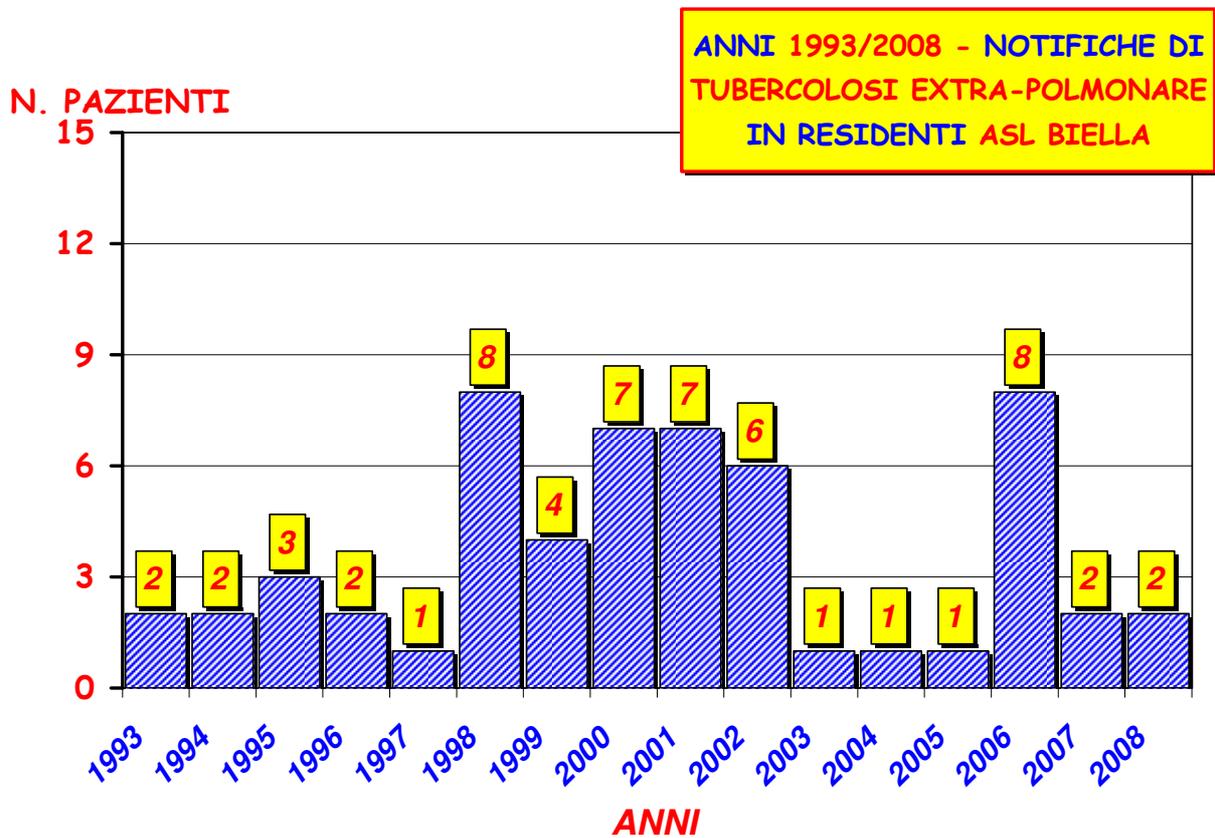
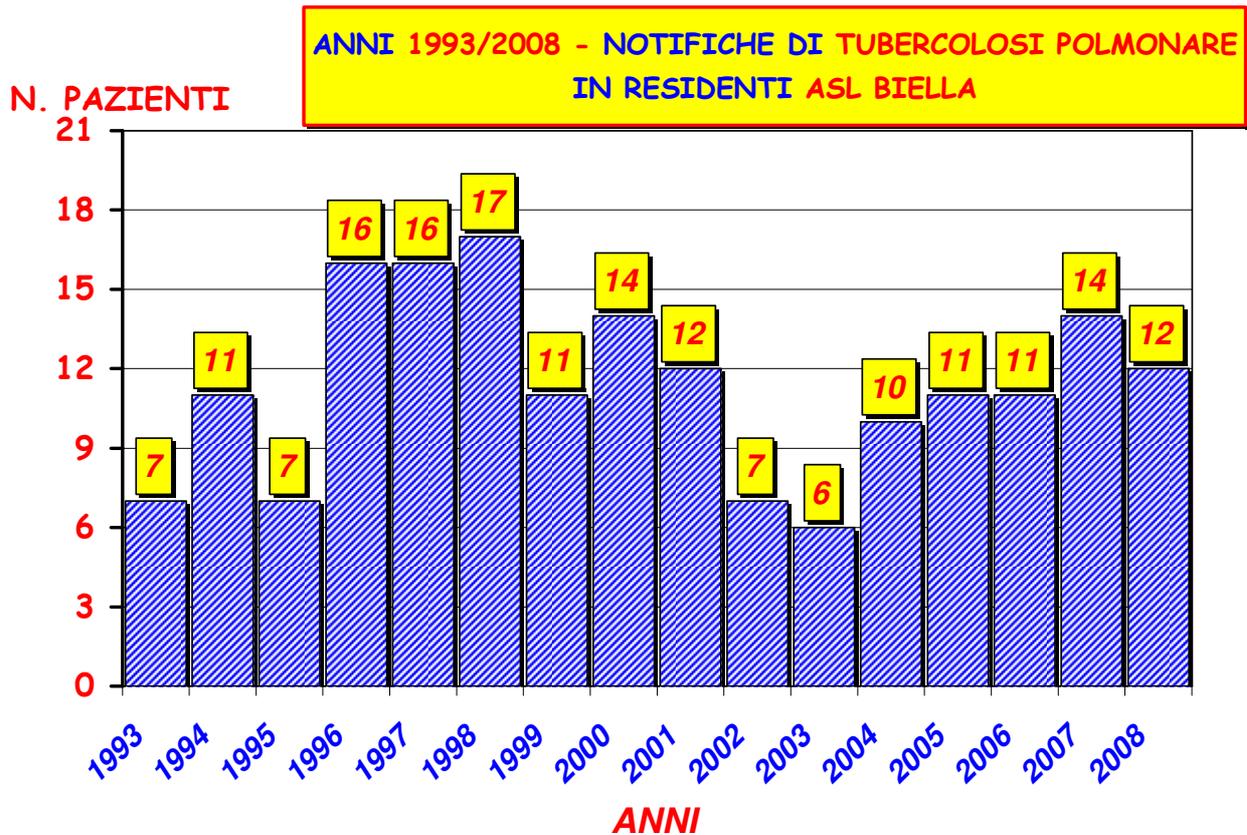


N. CASI

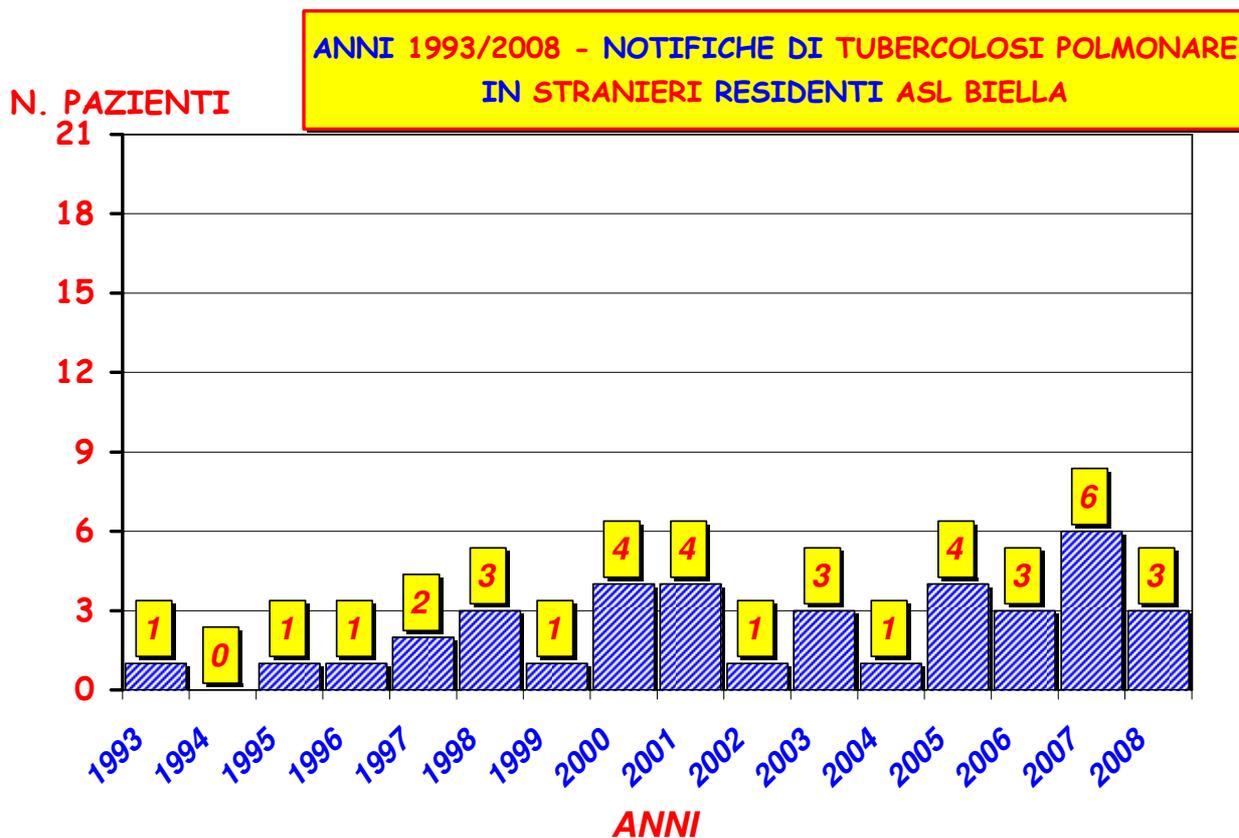
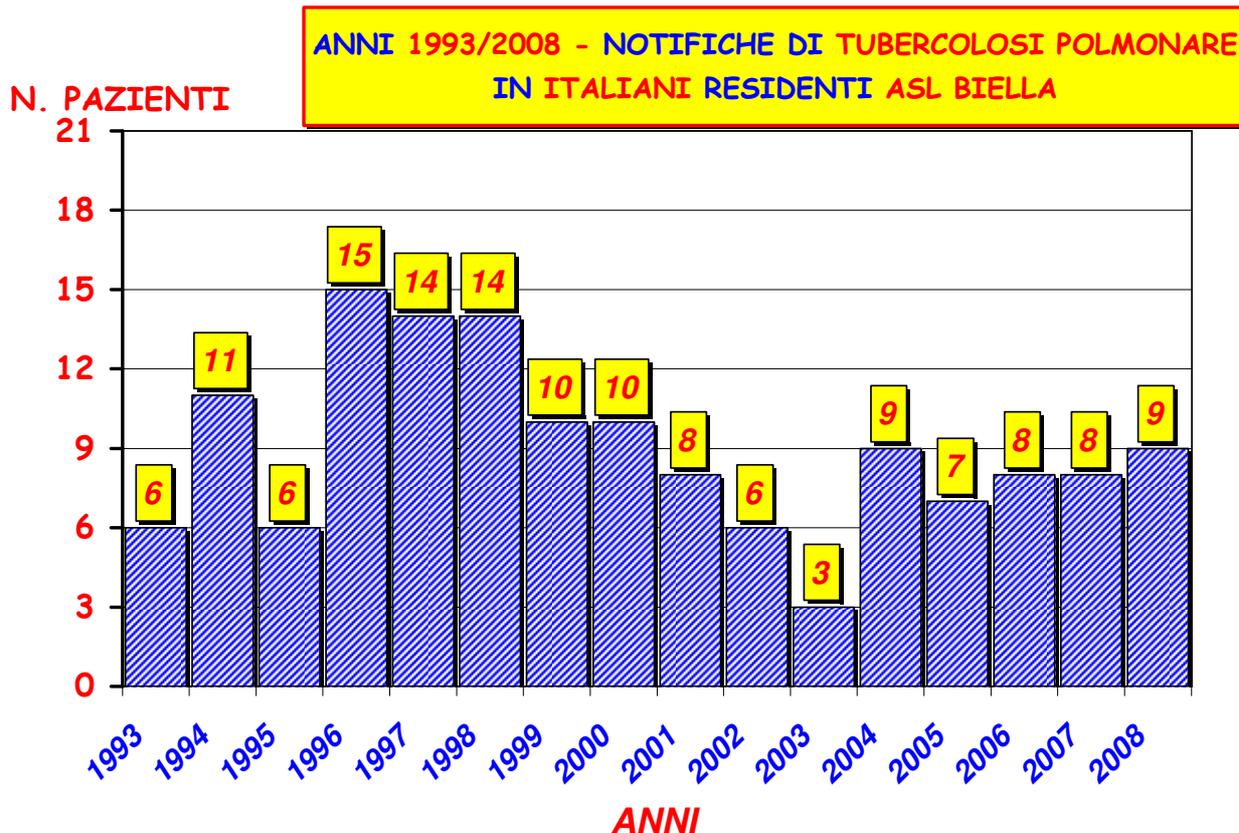
**ANNI 1993/2008 - CASI DI TUBERCOLOSI
IN STRANIERI RESIDENTI ASL BIELLA
DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI PAZIENTI**



Nei 2 grafici seguenti i casi di TBC polmonare ed extrapolmonare in residenti nell'ASL di Biella dal 1993 al 2008. I casi di TBC polmonare con contemporaneo interessamento extrapolmonare sono inclusi nel grafico delle forme polmonari.



Nei 2 grafici seguenti i casi di TBC polmonare in residenti nell'ASL di Biella dal 1993 al 2008 distinti tra casi in cittadini italiani e stranieri. Sono inclusi i casi polmonari con contemporaneo interessamento extrapolmonare.



MALARIA

I pazienti con malaria nel quadriennio 2005-2008 sono stati solo 5; nessuno è deceduto. Va segnalato tuttavia che 2 casi di malaria “benigna” da P. Vivax sono recidivati rispettivamente 1 e 2 volte in 2 persone, per cui i “casi” di malaria sono stati 8.

La tabella seguente riassume alcune caratteristiche dei casi di malaria notificate negli anni 2005-2008.

CARATTERISTICHE DEI CASI DI MALARIA 2005-2008

SESSO	NAZIONALITA'	RANGE ETA'	MOTIVO DEL VIAGGIO
3 MASCHI 2 FEMMINE	3 ITALIANI 2 STRANIERI	38- 62 ANNI	2 TURISMO 1 VOLONTARIATO 1 RIENTRO PAESE ORIGINE 1 LAVORO

I paesi in cui è stata contratta la malaria (anni 2005-2008) sono stati i seguenti:

THAILANDIA-LAOS-CAMBOGIA	2
INDIA	1
GUINEA EQUATORIALE	1
KENYA	1
TOTALE	5

I sintomi sono insorti:

- in 1 caso già durante il soggiorno nel paese estero; si tratta per altro di un caso dubbio, in quanto la diagnosi è stata fatta in loco e si trattava di una persona che stava effettuando regolarmente la profilassi; non essendo disponibile il vetrino con lo striscio di sangue, al rientro in Italia è stato eseguito un dosaggio degli anticorpi anti-malaria con esito negativo; tuttavia questo non esclude che possa essersi trattato effettivamente di malaria;
- negli altri casi tra 6 e 14 giorni dopo il rientro in Italia.

Come detto, abbiamo avuto 3 casi di recidive da P. Vivax in 2 persone; in un caso la recidiva è avvenuta a ottobre, mentre il rientro dal viaggio era avvenuto a fine febbraio.

Il ricovero dei pazienti è avvenuto in 2 casi lo stesso giorno dell'insorgenza dei sintomi; negli altri 3 casi da 3 a 5 giorni dopo.

Per quanto riguarda la specie del Plasmodio, 2 forme da Falciparum e 3 da Vivax.

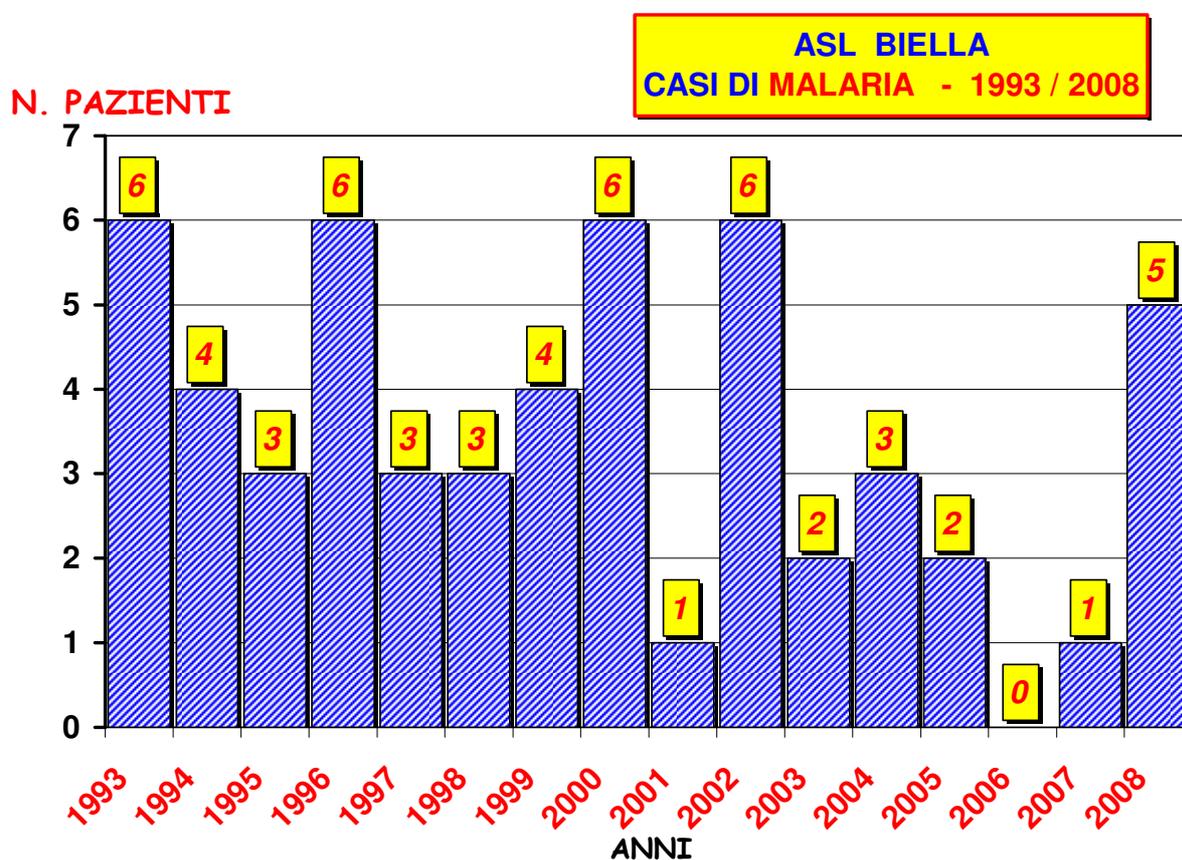
CHEMIOPROFILASSI DEI PAZIENTI CON MALARIA 2005-2008:

4 pazienti non avevano eseguito nessuna chemioprolifassi, mentre, come detto, in un caso (per altro dubbio), diagnosticato in Africa, la paziente stava assumendo regolarmente la profilassi.

CASI DI MALARIA 1993-2008 - ASL BIELLA

Dal 1993 al 2008 sono pervenute al nostro Servizio 55 notifiche di malaria in soggetti residenti o domiciliati nella nostra ASL: 40 in italiani e 15 in stranieri.

Nel grafico seguente è riportato l'andamento delle notifiche di malaria (incluse le recidive) dal 1993 al 2008 in residenti nella nostra ASL, suddivise in base all'anno di notifica.



Da notare che le notifiche sono 55, ma i viaggiatori solo 49, in quanto:

- 1 paziente ha contratto 2 diverse forme di malaria nel corso dello stesso viaggio;
- 1 paziente ha contratto 2 volte la malaria in occasione di 2 viaggi;
- 3 pazienti hanno avuto 4 recidive da P.Vivax .

**PAESI IN CUI E' STATA CONTRATTA LA MALARIA
(RESIDENTI NELL'ASL BIELLA, ANNI 1993-2008):
(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	2
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 (§)
TOTALE	55

(*): 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 (1993-2008):

AFRICA	46
ASIA	8
CENTRO-AMERICA	1
TOTALE	55

**CONTINENTI VISITATI E SPECIE DI PLASMODIO CONTRATTO
PERIODO 1993-2008 – SONO INCLUSE LE RECIDIVE DA P.VIVAX:**

CONTINENTE	FALCIPARUM (MALIGNA)	MALARIAE (BENIGNA)	VIVAX (BENIGNA)	TOTALE
AFRICA	37	0	9	46
CENTROAMERICA	0	1	0	1
ASIA	1	0	7	8
TOTALE	38	1	16	55

MOTIVO DEL VIAGGIO DEI PAZIENTI CON MALARIA 1993-2008

MOTIVO	N.
TURISMO	24
LAVORO	11
RIENTRO AL PAESE D'ORIGINE	8
RESIDENTE ESTERO PER LAVORO	4
VOLONTARIATO	2
MISSIONE MILITARE	1
IMMIGRATO DA PAESE ENDEMICO	1
TOTALE	51

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

CHEMIOPROFILASSI DEI VIAGGIATORI CON MALARIA - 1993-2008

TIPO DI CHEMIPROFILASSI	N.
NESSUNA	48
CON FARMACO SBAGLIATO	4
PROFILASSI INTERROTTA	2
CORRETTAMENTE ESEGUITA	1 (*)
TOTALE	55

(*): 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

PERIODO 2005- 2008

Dopo il progressivo aumento dei casi verificatosi dal 1990 al 1998, la situazione sembra essersi stabilizzata dal 1999, con una tendenza alla riduzione delle notifiche dal 2005 al 2007, e un lieve rialzo nel corso del 2008.

Va considerato 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 ci inviano notifiche di scabbia.

Inoltre è probabile che il numero reale dei casi di scabbia sia superiore a quelli notificati, perché soprattutto con gli 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.

Nel quadriennio 2005-2008 i casi di scabbia notificati sono stati 49 (rispetto ai 78 del 2001-2004), tutti residenti nell'ASL di Biella tranne 1 (anche se stabilmente domiciliato nella nostra ASL).

In 42 casi la diagnosi è stata posta nella nostra ASL e in 7 casi in altre ASL e poi comunicata al nostro Servizio.

L'età è variata dai 4 mesi ai 78 anni (la scabbia è una delle malattie con il range di età più ampio); il 41% dei casi sono stati notificati in minori di 15 anni; 17 casi sono stati notificati in persone con cittadinanza italiana e 32 casi in persone con cittadinanza straniera.

CASI NOTIFICATI DI SCABBIA 2005-2008 PER ANNO E CITTADINANZA

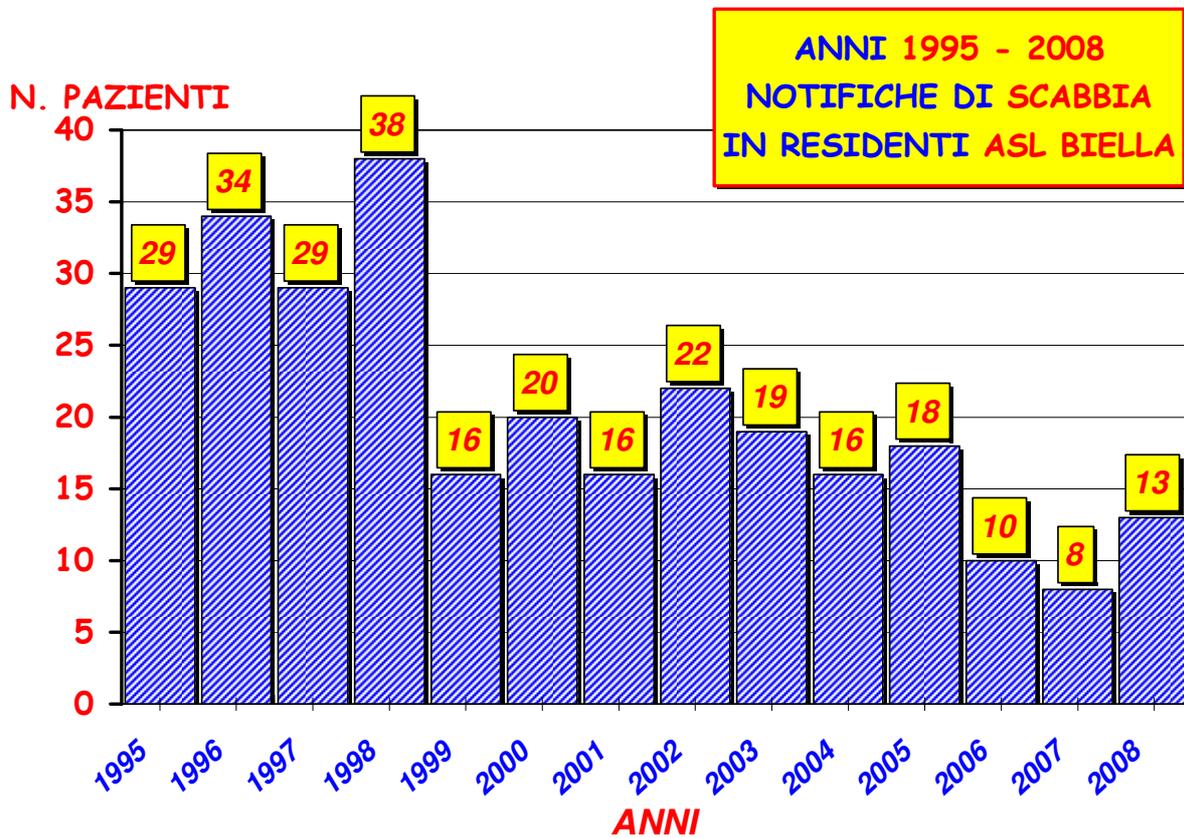
ANNO	CASI IN ITALIANI	CASI IN STRANIERI	TOTALE
2005	7	11	18
2006	2	8	10
2007	5	3	8
2008	3	10	13
TOTALE	17	32	49

Si sono verificati 7 focolai epidemici, tutti in ambito familiare.

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

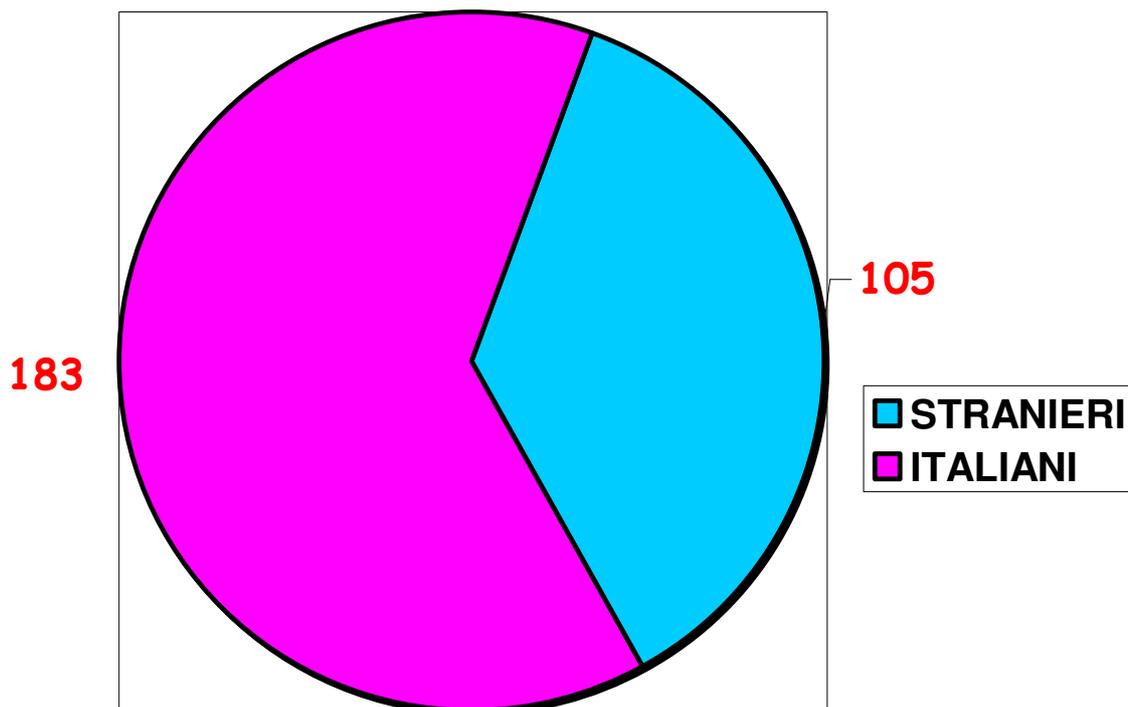
LA SCABBIA IN RESIDENTI ASL BIELLA DAL 1995 AL 2008

Dal 1995 al 2008 sono stati notificati 288 casi di scabbia in residenti nella nostra ASL. Il grafico seguente riporta la distribuzione per anno dei casi di scabbia notificati in soggetti residenti nella nostra ASL dal 1995 a fine 2008.



Il grafico seguente riporta la distribuzione dei casi notificati in soggetti residenti nella nostra ASL dal 1995 a fine 2008 distinti in base alla cittadinanza.

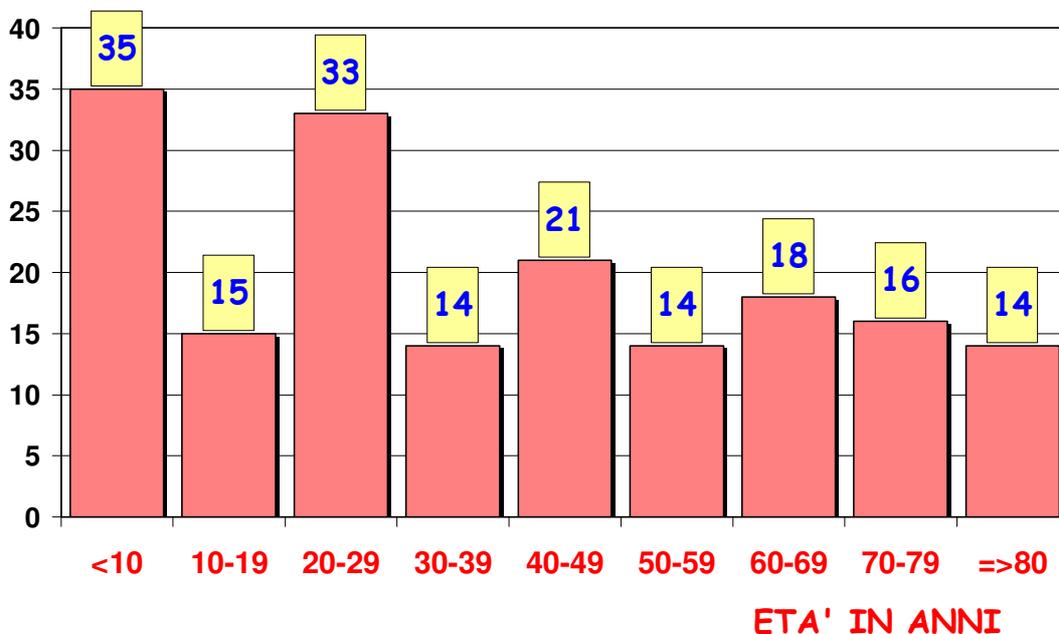
**ASL BIELLA - SCABBIA 1995 - 2008
DISTRIBUZIONE DEI CASI PER NAZIONALITA'**



I grafici seguenti riportano la distribuzione per decadi di età dei casi notificati in soggetti residenti nella nostra ASL dal 1995 a fine 2008 distinti in base alla cittadinanza. Si nota che tra gli stranieri prevalgono i soggetti giovani.

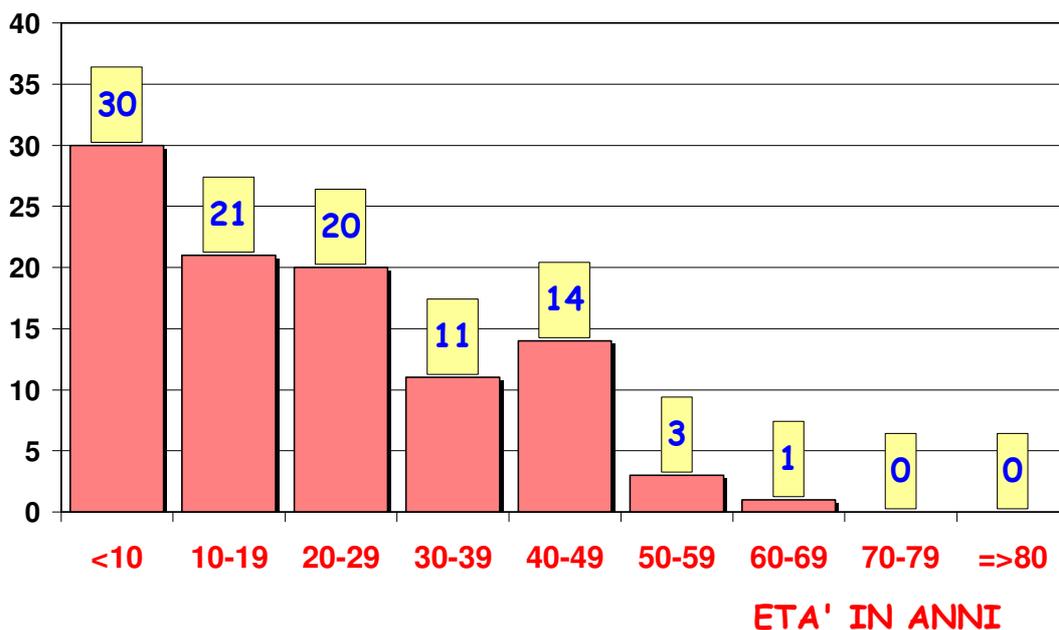
**ASL BIELLA - SCABBIA 1995 - 2008
CASI PER DECADI DI ETA' IN ITALIANI**

N. PAZIENTI

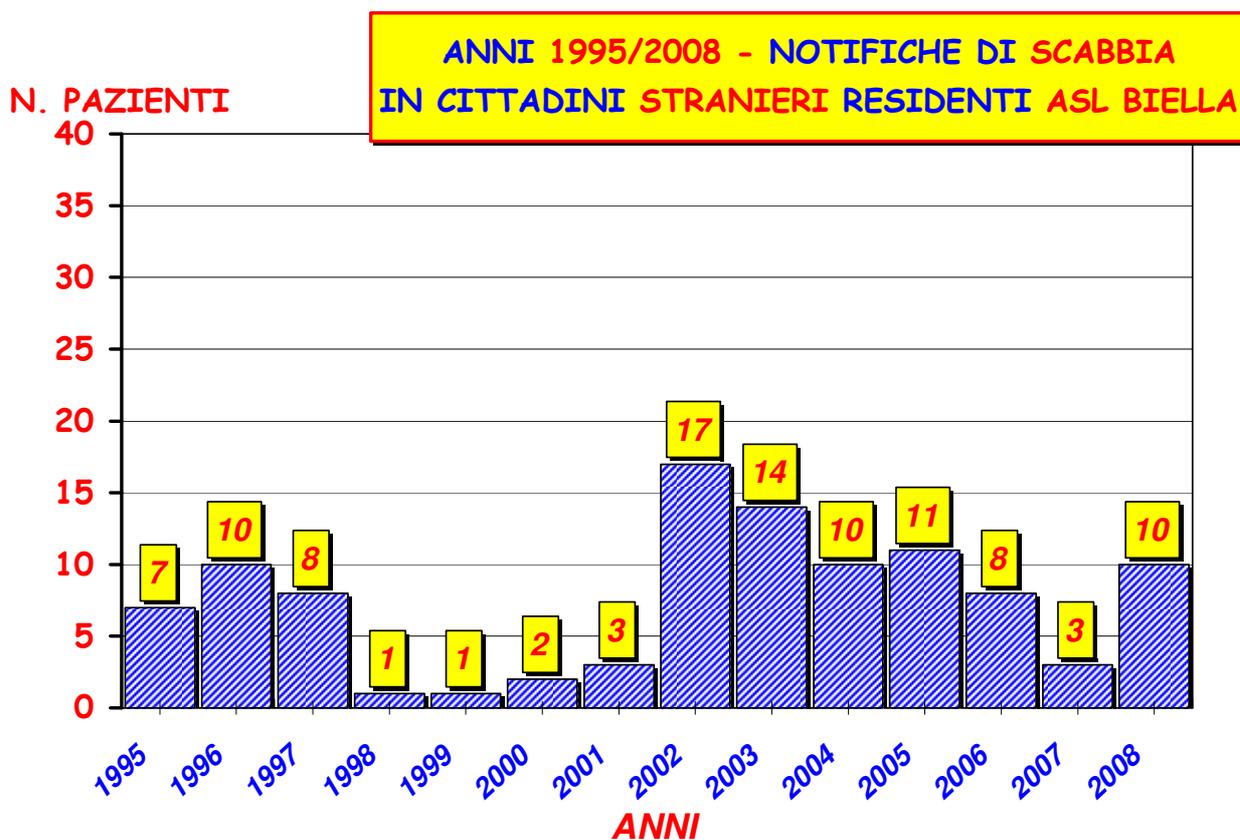
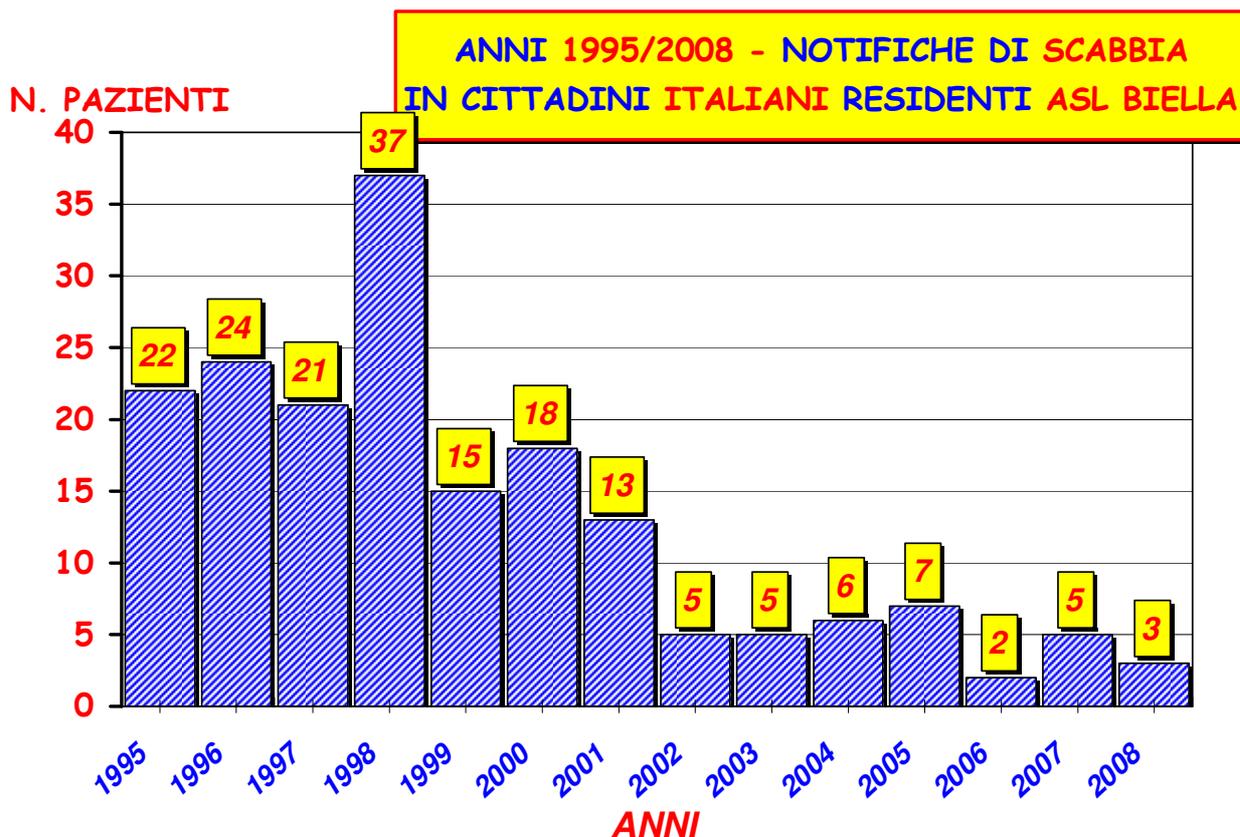


**ASL BIELLA - SCABBIA 1995 - 2008
CASI PER DECADI DI ETA' IN STRANIERI**

N. PAZIENTI

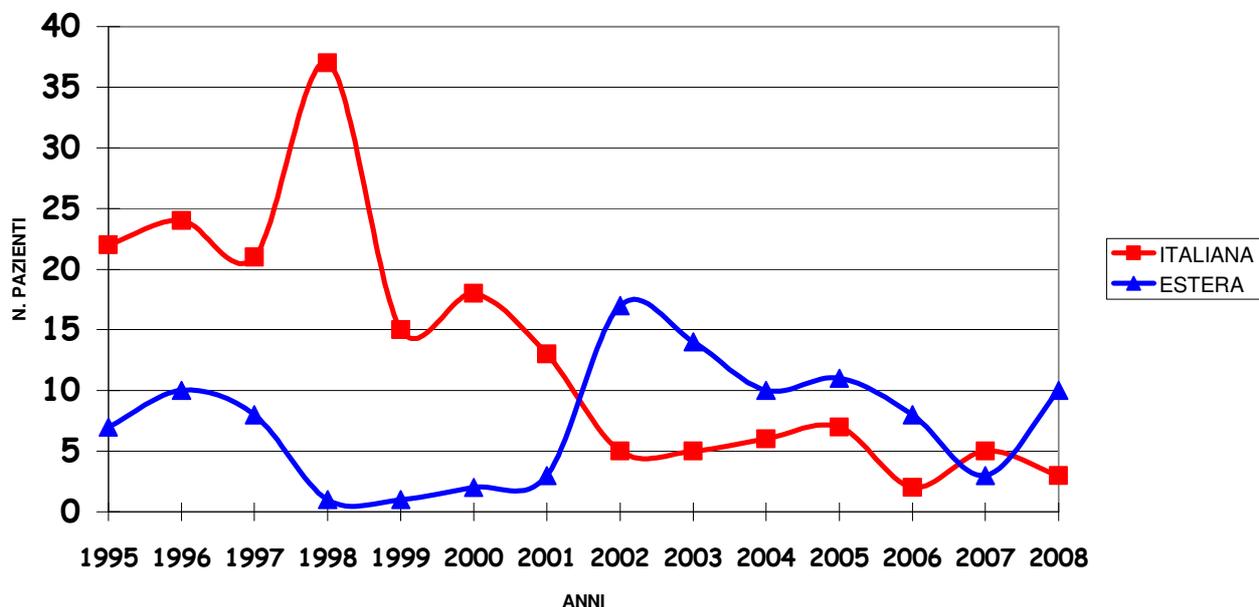


I grafici seguenti riportano la distribuzione per anno dei casi notificati in soggetti residenti nella nostra ASL dal 1995 a fine 2008 distinti in base alla cittadinanza.



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

ASL BIELLA - SCABBIA - ANNI 1995-2008
CASI IN RESIDENTI IN BASE ALLA CITTADINANZA



Osservando l'andamento delle notifiche tra i cittadini stranieri, si nota che a parte il piccolo picco tra il 1995 e il 1997, vi è una riduzione dei casi fino al 2001 e un improvviso aumento dal 2002, quando si passa dai 3 casi del 2001 ai 17 del 2002. Nel 1998 si osserva un aumento dei casi tra gli italiani, e stranamente nessun caso tra gli stranieri.

Qualcosa può avere determinato l'aumento dei casi tra gli stranieri nel 2002?

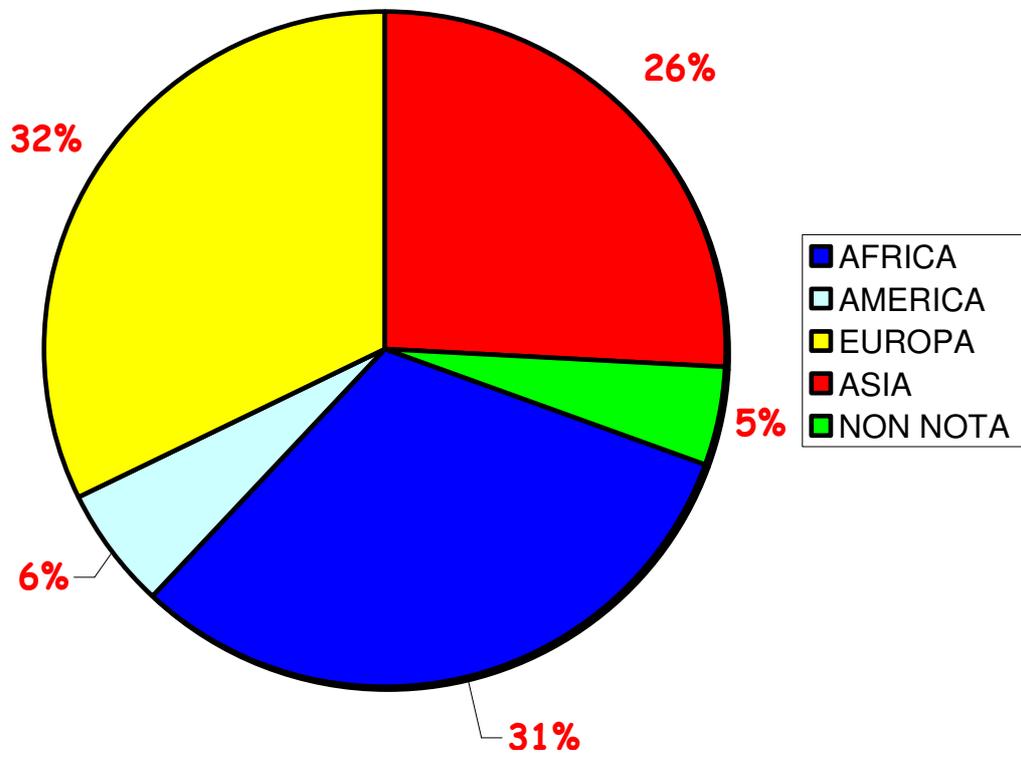
Si ricorderà che proprio quell'anno il governo presieduto dall'on. Berlusconi aveva promulgato una legge di "sanatoria" per gli immigrati clandestini, che regolarizzò circa 700.000 stranieri. Tale legge consentì l'emersione di soggetti che fino ad allora erano in gran parte vissuti in Italia ma in condizioni di clandestinità, non in regola con le norme sul permesso di soggiorno. Con la legalizzazione e quindi con la possibilità di disporre di documenti sanitari, è possibile che alcuni soggetti con sospetto di scabbia abbiano potuto rivolgersi alle strutture pubbliche, dove è stata posta la diagnosi e data una cura. Contemporaneamente dal 2002 si assiste ad un calo dei casi tra gli italiani, non si sa quanto correlato all'emersione dei casi e quindi alla cura dei casi tra gli stranieri.

Inoltre non va trascurata l'attività dell'ambulatorio per gli immigrati non in regola con le norme sul permesso di soggiorno, che proprio tra il 2001 e il 2002 incrementò la sua attività grazie al dr. Sebastiano D'Agosta presso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL di Biella.

Se si disponesse di statistiche di questo tipo su una base più allargata (ad es. regionale) si potrebbero trarre conclusioni più certe e non solo ipotetiche come per la nostra ASL, in quanto è anche possibile che questi andamenti temporali locali siano del tutto casuali e legati a semplici movimenti demografici di natura immigratoria.

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

ASL BIELLA - SCABBIA 1995 - 2008
DISTRIBUZIONE DEI CASI PER NAZIONALITA' ESTERA



I CASI DI SCABBIA NELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO

C'è ancora un punto che mi interessa sottolineare e riguarda i casi tra i soggetti di età inferiore ai 15 anni che frequentano la scuola dell'obbligo.

Dal 1995 al 2008 abbiamo ricevuto 90 notifiche di casi di scabbia in residenti nell'ASL di Biella di età inferiore a 15 anni, distribuiti esattamente tra italiani (45) e stranieri (45); in 9 casi l'età era inferiore all'anno; i casi tra i 6 e i 14 anni erano 52 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:

CASI DAL 1995 AL 2008	
SCUOLA FREQUENTATA	N. BAMBINI
ASILO	2
MATERNA	12
ELEMENTARE	40
MEDIA	12
TOTALE	66

A fronte quindi di ben 66 casi di scabbia in bambini di età inferiore a 15 anni notificati dal 1995 al 2008 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 quadriennio 2005-2008 abbiamo identificato **41** focolai epidemici, così suddivisi:

FOCOLAI EPIDEMICI	2005	2006	2007	2008	TOTALE
PEDICULOSI	10	3	1	0	14
TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	6	7	1	4	18
SCABBIA	2	2	1	2	7
TUBERCOLOSI	1	0	0	0	1
GIARDIASI	0	1	0	0	1
TOTALE	19	13	3	6	41

Il focolaio di tubercolosi del 2005 è quello relativo ai 2 fratellini citato in precedenza. 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, e come già detto non vi sono stati focolai scolastici, 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).

Il focolaio di giardiasi si è verificato in un asilo nido e ha coinvolto 3 bambini. La Giardia è infatti un protozoo che resiste alla clorazione e anche nei paesi “sviluppati” tali focolai non sono infrequenti.

Le tossinfezioni alimentari sono state provocate da:

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI 2005-08:	N.
AGENTE EZIOLOGICO NON IDENTIFICATO	9
SALMONELLOSI	6
VIRUS DELL'EPATITE A	2
BACILLUS CEREUS	1
TOTALE	18

COPERTURE VACCINALI

Con periodicità semestrale, le ASL della regione Piemonte 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 al Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive (SeREMI) di Alessandria, che provvede ad elaborare le statistiche di copertura vaccinale.

Al momento in cui scrivo (febbraio 2009) sono già stati pubblicati i dati relativi al 2007, mentre i dati del 2008 a livello regionale non sono ancora disponibili e vengono elaborati proprio in questi giorni.

Nelle tabelle seguente si mettono a confronto le coperture vaccinali in Piemonte e nella ASL di Biella per il 2007 e si riportano i dati del 2008 solo per l’ASL di Biella.

COPERTURE VACCINALI - ANNO 2007					
coorte di nascita 2006 - primo semestre					
	POLIO (3 DOSI)	DT (3 DOSI)	EPATITE B (3 DOSI)	PERTOSSE (3 DOSI)	EMOFILO (3 DOSI)
PIEMONTE	91,5 %	91,4%	91,4 %	91,3%	90,4%
ASL BIELLA	96,0 %	95,7 %	95,7 %	95,6 %	95,4%

COPERTURE VACCINALI - ANNO 2007						
coorte di nascita 2005 - primo semestre						
	POLIO (3 DOSI)	DT (3 DOSI)	EPATITE B (3 DOSI)	PERTOSSE (3 DOSI)	EMOFILO (3 DOSI)	MPR (1 DOSE)
PIEMONTE	97,5 %	97,5%	97,4 %	97,3%	95,8%	90,6%
ASL BIELLA	98,1 %	97,5 %	98,0 %	97,4 %	97,2 %	89,8 %

COPERTURE VACCINALI - ANNO 2007					
coorte di nascita 2006 - secondo semestre					
	POLIO (3 DOSI)	DT (3 DOSI)	EPATITE B (3 DOSI)	PERTOSSE (3 DOSI)	EMOFILO (3 DOSI)
PIEMONTE	90,5 %	90,5 %	90,4 %	90,4 %	89,8 %
ASL BIELLA	94,2 %	93,9 %	94,1 %	93,9 %	93,5%

COPERTURE VACCINALI - ANNO 2007						
coorte di nascita 2005 - secondo semestre						
	POLIO (3 DOSI)	DT (3 DOSI)	EPATITE B (3 DOSI)	PERTOSSE (3 DOSI)	EMOFILO (3 DOSI)	MPR (1 DOSE)
PIEMONTE	96,8 %	96,8 %	96,5 %	96,5 %	94,2 %	90,6%
ASL BIELLA	96,9 %	96,6 %	96,8 %	96,6 %	96,2 %	91,7 %

COPERTURE VACCINALI - ANNO 2007					
primo semestre					
	MPR A 7 ANNI	DT A 7 ANNI	PERTOSSE A 7 ANNI	DT A 16 ANNI	PERTOSSE A 16 ANNI
PIEMONTE	79,5 %	93,1 %	91,7 %	53,9 %	12,9 %
ASL BIELLA	85,0 %	92,2 %	91,6 %	83,9 %	26,7%

COPERTURE VACCINALI - ANNO 2007					
secondo semestre					
	MPR A 7 ANNI	DT A 7 ANNI	PERTOSSE A 7 ANNI	DT A 16 ANNI	PERTOSSE A 16 ANNI
PIEMONTE	80,0 %	92,7 %	91,5 %	57,3 %	13,0 %
ASL BIELLA	85,5 %	92,5 %	91,7 %	83,9 %	29,3%

COPERTURE VACCINALI - ANNO 2008						
coorte di nascita 2006						
	POLIO (3 DOSI)	DT (3 DOSI)	EPATITE B (3 DOSI)	PERTOSSE (3 DOSI)	EMOFILO (3 DOSI)	MPR (1 DOSE)
PIEMONTE	NON ANCORA DISPONIBILE	NON ANCORA DISPONIBILE	NON ANCORA DISPONIBILE	NON ANCORA DISPONIBILE	NON ANCORA DISPONIBILE	NON ANCORA DISPONIBILE
ASL BIELLA	97,2 %	96,7 %	96,6 %	96,7 %	96,1 %	93,0 %