

## ANDAMENTO EPIDEMIOLOGICO DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLA ASL NAPOLI 1

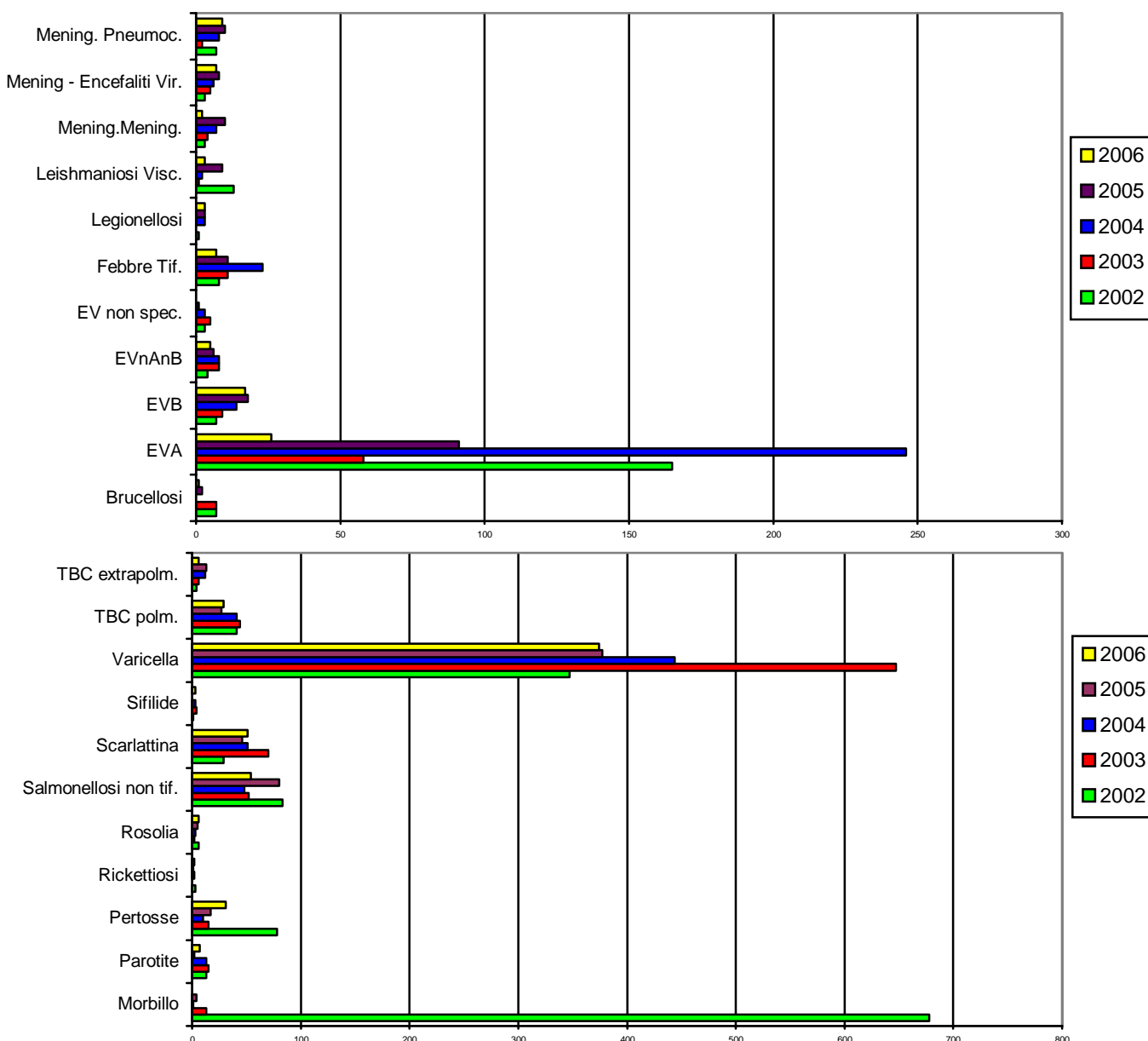
a cura di R. Ortolani e A. Simonetti

Anno 2006

Il Servizio Epidemiologia e Prevenzione della ASL Napoli 1 ha analizzato, anche per l'anno 2006, l'andamento epidemiologico delle malattie infettive notificate in classe II e III nella nostra ASL. E' sempre costante, per ogni malattia il confronto con gli anni precedenti al fine di poter meglio valutare il trend e l'incidenza di ogni patologia infettiva. Lo scopo di questo report è quello di fornire un quadro abbastanza preciso della situazione epidemiologica annuale delle malattie infettive e diffuse nella nostra città, utile per conoscere lo stato di salute della popolazione e quindi a programmare interventi più mirati di sanità pubblica e di prevenzione atti a ridurre il manifestarsi di tali patologie e a migliorare la qualità di vita della popolazione napoletana.

Nel grafico 1 e 2 è rappresentata l'incidenza delle malattie infettive notificate nell'anno 2006 mentre nei grafici successivi per ogni malattia verrà illustrata la disaggregazione per mese di notifica e per distretto sanitario di residenza.

Grafico 1 e 2



## 1. Malattie a trasmissione oro-fecale

In questo gruppo di malattie sono comprese l'Epatite Virale A (*grafico 3- 4*), la Febbre Tifoide (*grafico 4-5*) e la Salmonellosi non tifoidea (*grafico 5-6*). Per tutte e tre le patologie si registra una diminuzione, più spiccata per l'Epatite virale di tipo A e per la Febbre Tifoide, rispetto agli anni precedenti.

Comunque l'incidenza delle malattie a trasmissione oro-fecale si mantiene, rispetto alle altre patologie infettive, in particolare a quelle a trasmissione ematica e a quelle a trasmissione aerea, ancora elevata continuando ad essere il maggior problema di Sanità Pubblica di questa città.

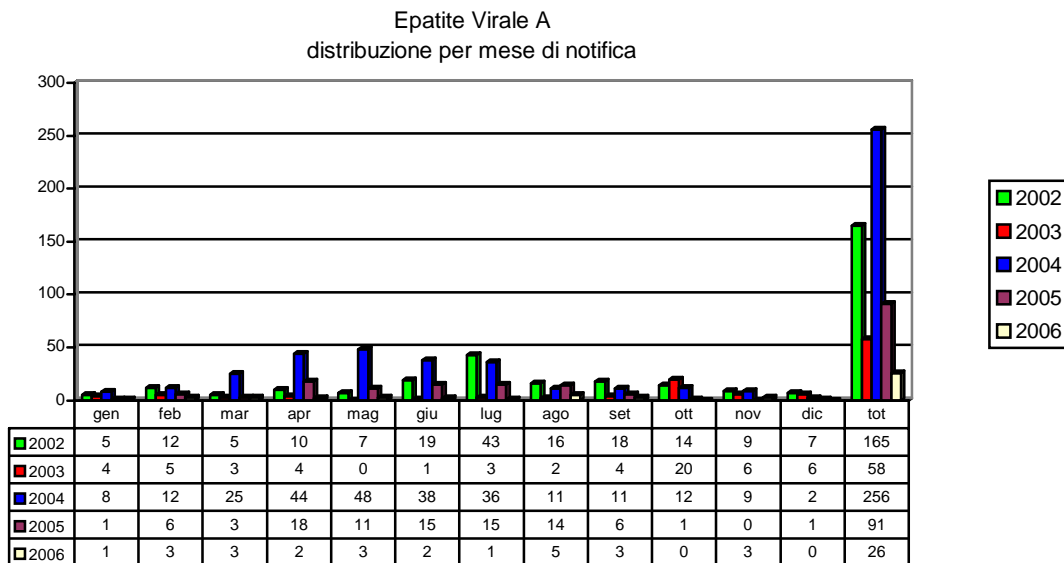
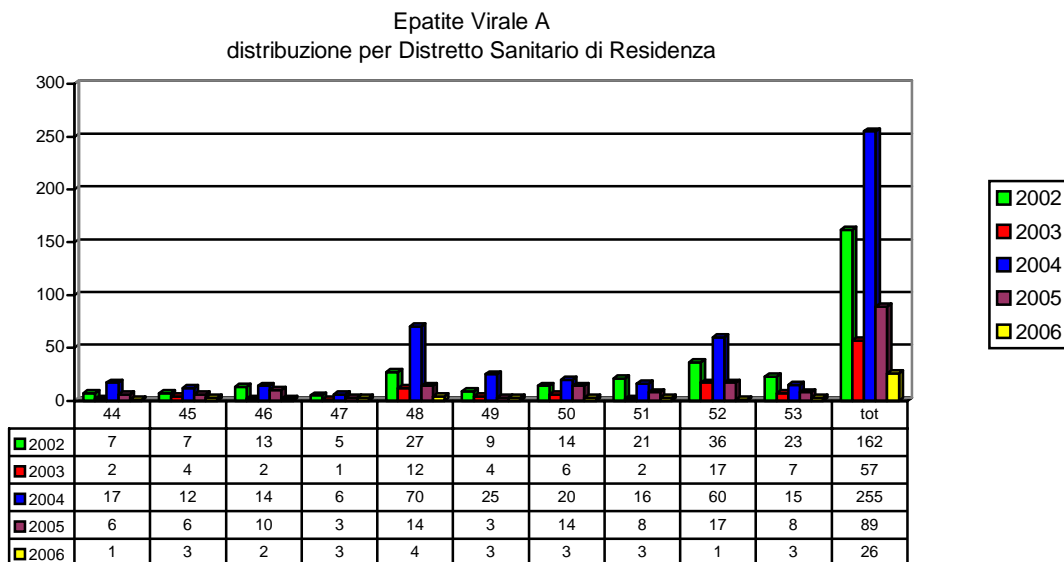


Grafico 3 e 4



Febbre Tifoide  
distribuzione per mese di notifica

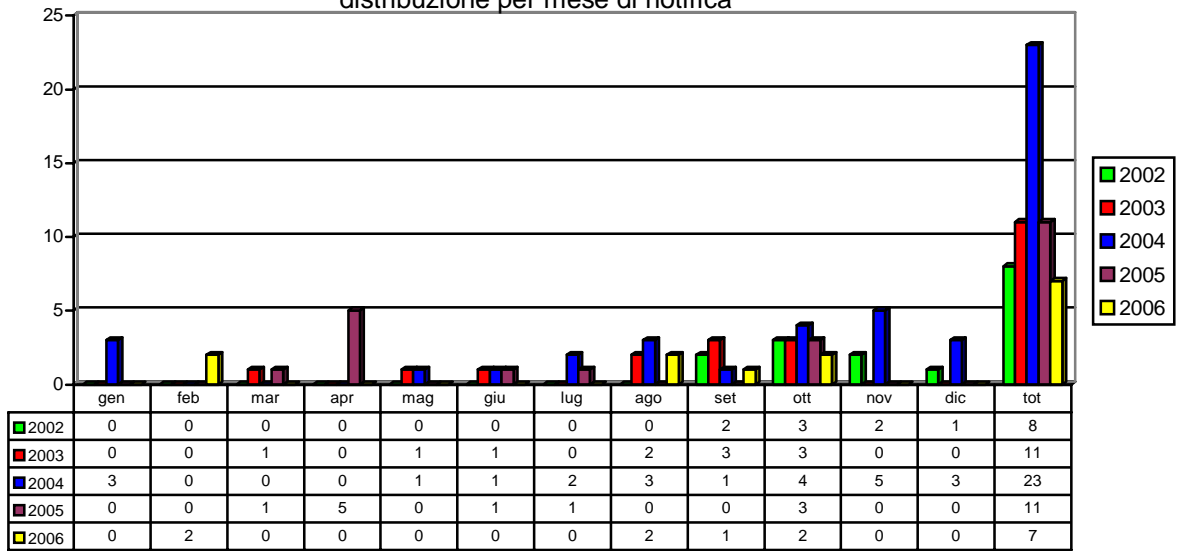
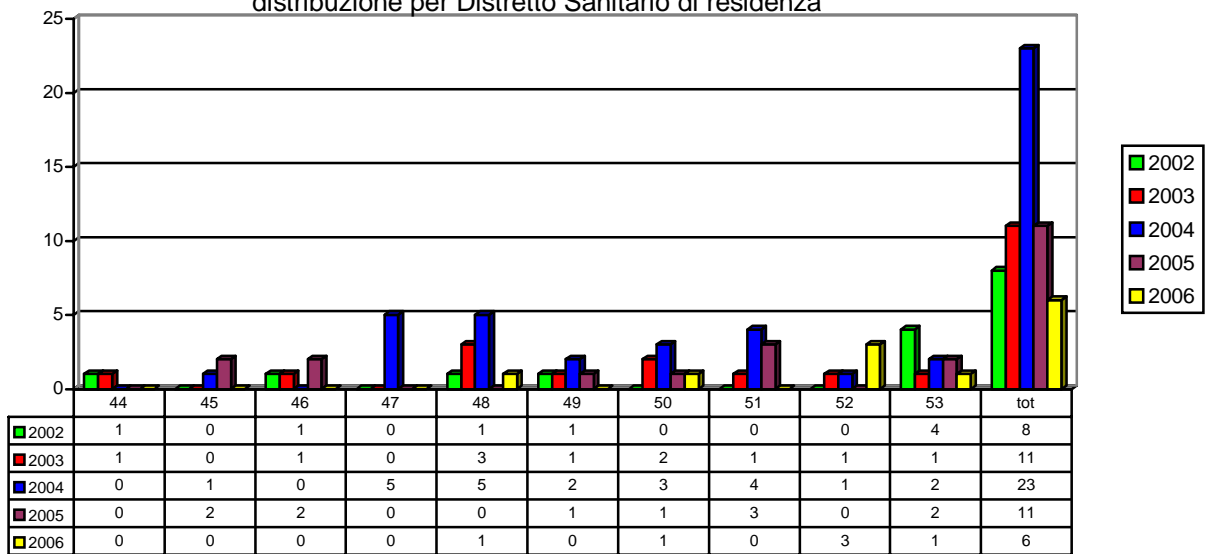


Grafico 5 e 6

Febbre Tifoide  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza



Salmonellosi non tifoidee  
distribuzione per mese di notifica

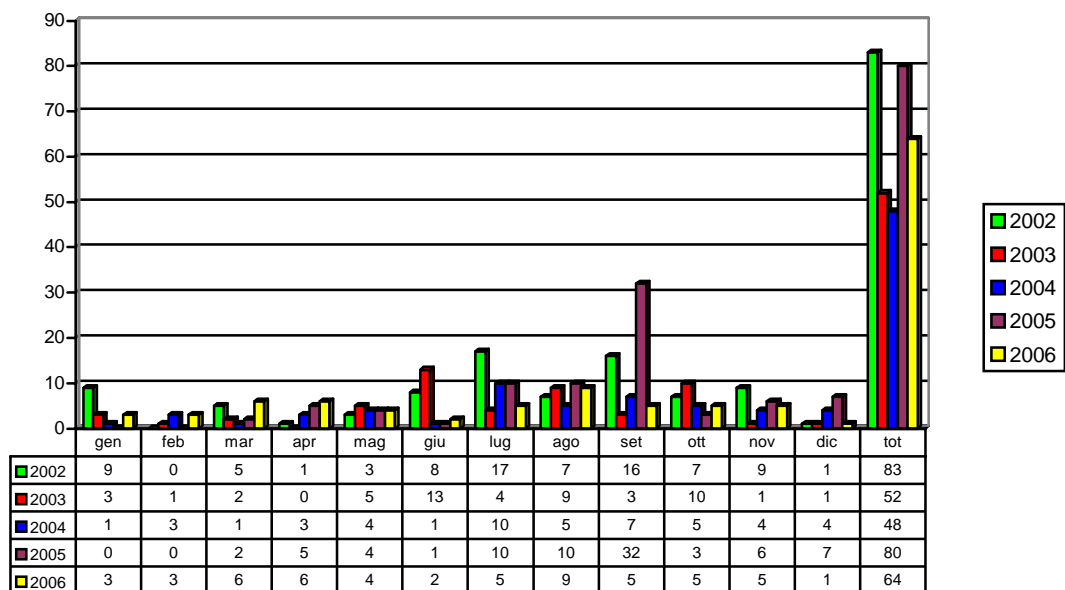
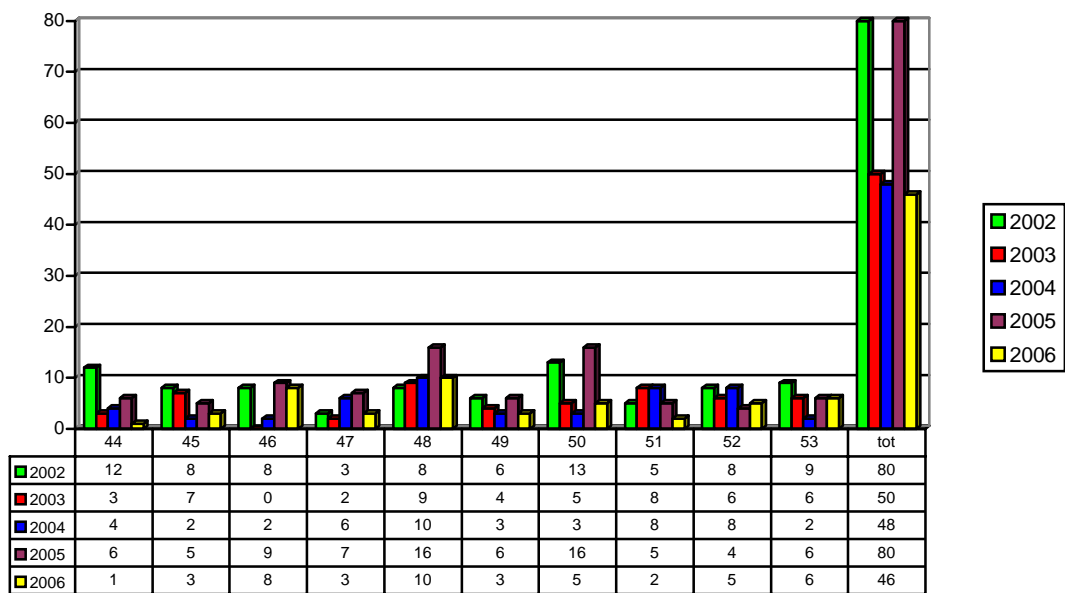


Grafico 7 e 8

Salmonellosi non tifoidee  
distribuzione per Distretto di Residenza



## 2. Malattie esantematiche

Per quanto riguarda le malattie esantematiche bisogna precisare che esiste una quota di sottonotifica che risulta certamente superiore rispetto a quelle patologie per le quali, data la maggiore gravità, è richiesta l'ospedalizzazione. Ciò premesso, risulta comunque sempre evidente l'andamento a carattere epidemico che caratterizza da sempre questo gruppo di malattie.

Mentre per la varicella (grafico 9 e 10) il trend risulta piuttosto costante nei diversi anni analizzati, per la parotite si registra una diminuzione dei casi (grafico 15 e 16), che per il morbillo (grafico 11 e 12) raggiunge addirittura lo zero. Viceversa per la pertosse (grafico 13 e 14) ma, soprattutto, per la rosolia (grafico 17 e 18) invece, si evidenzia un aumento, seppur lieve rispetto agli ultimi tre anni.

Varicella  
distribuzione per mese di notifica

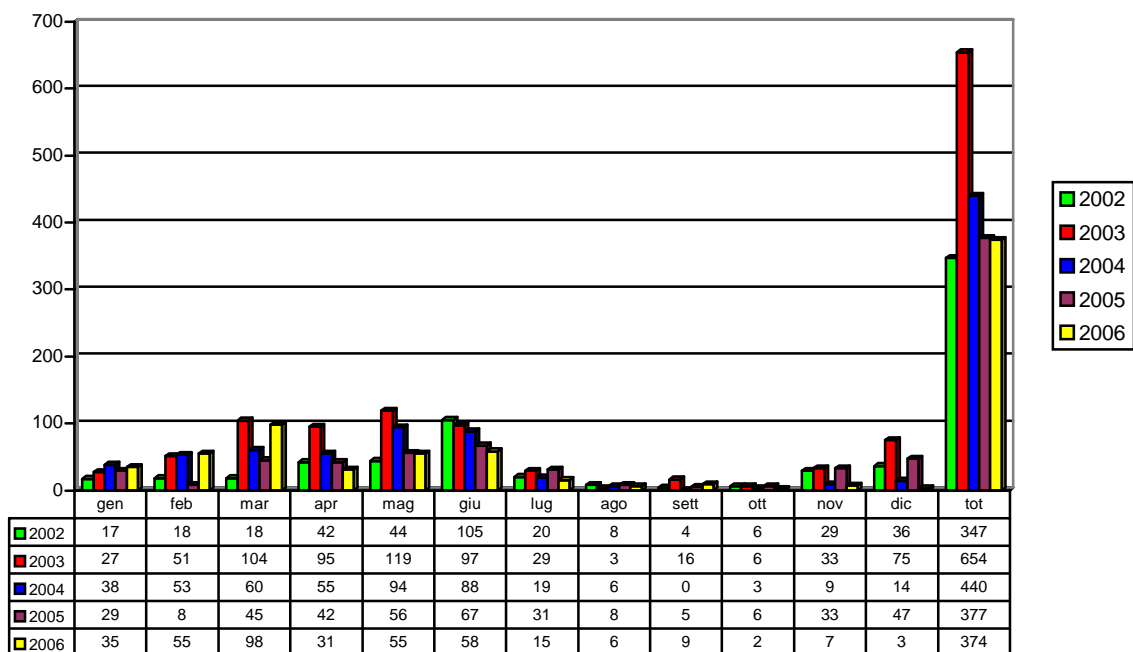
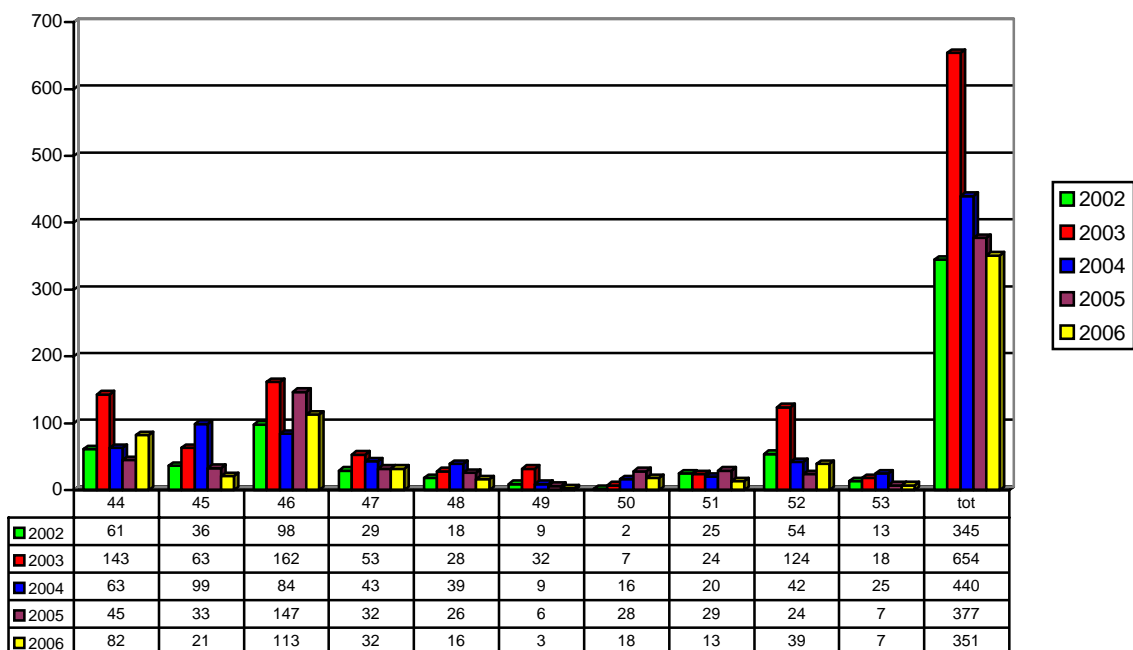


Grafico 9 e 10

Varicella  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza



Morbillo  
distribuzione per mese di notifica

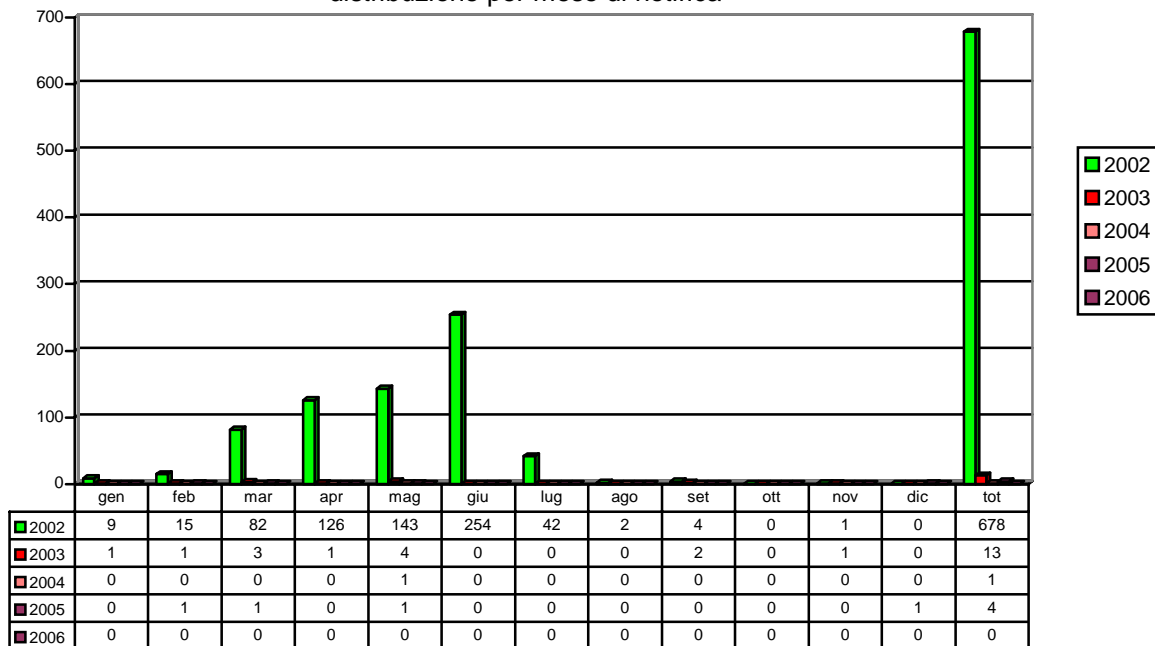
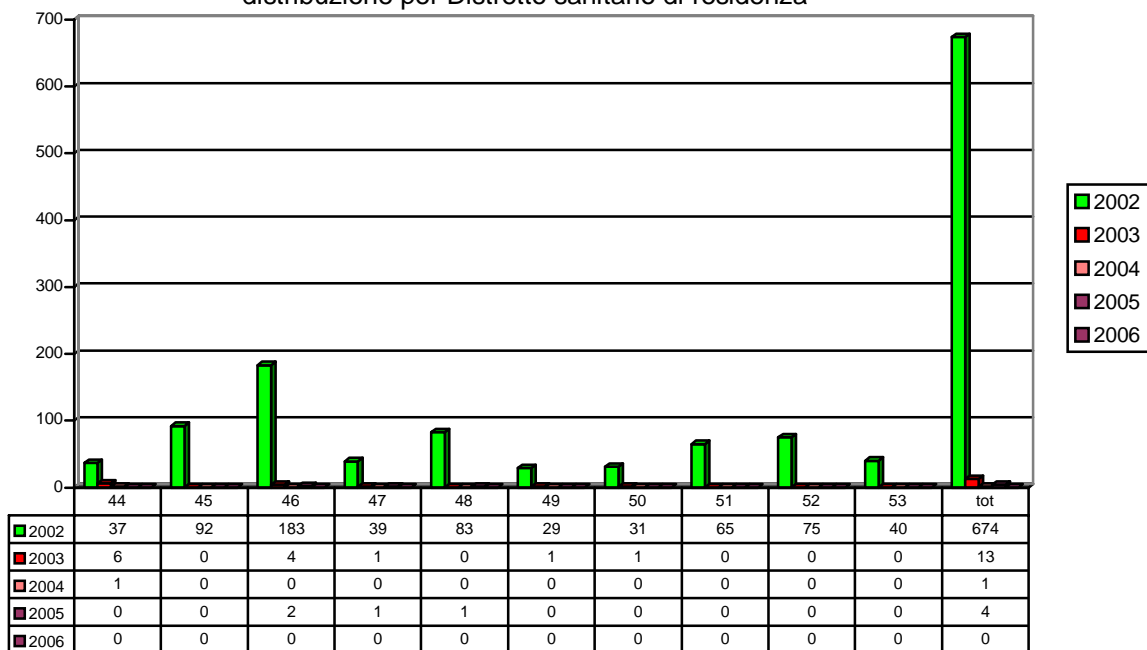


Grafico 11 e 12

Morbillo  
distribuzione per Distretto sanitario di residenza



Pertosse  
distribuzione per mese di notifica

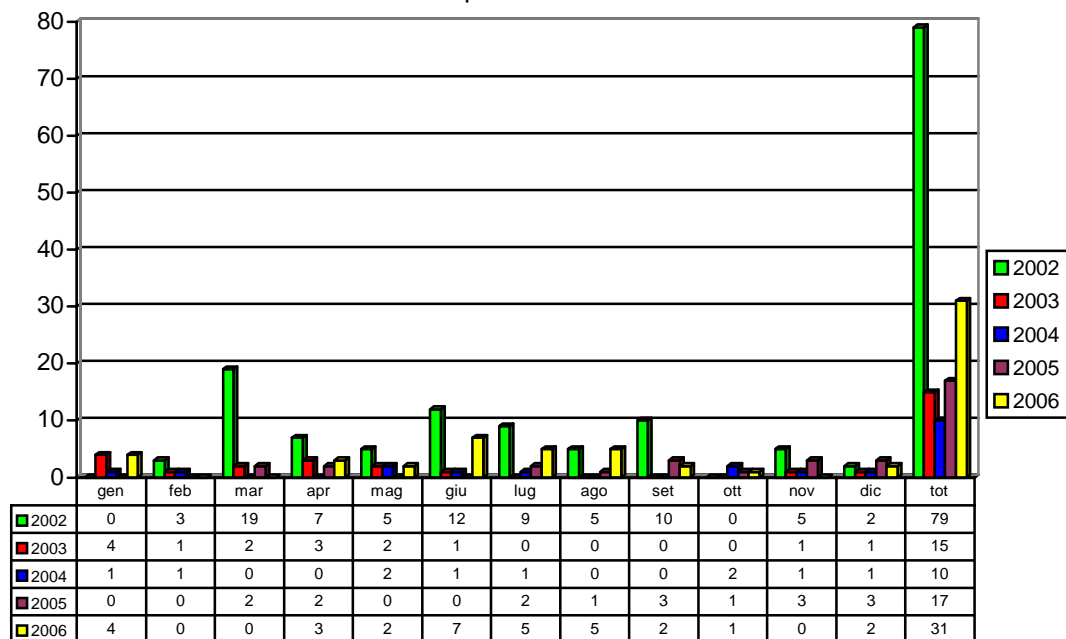
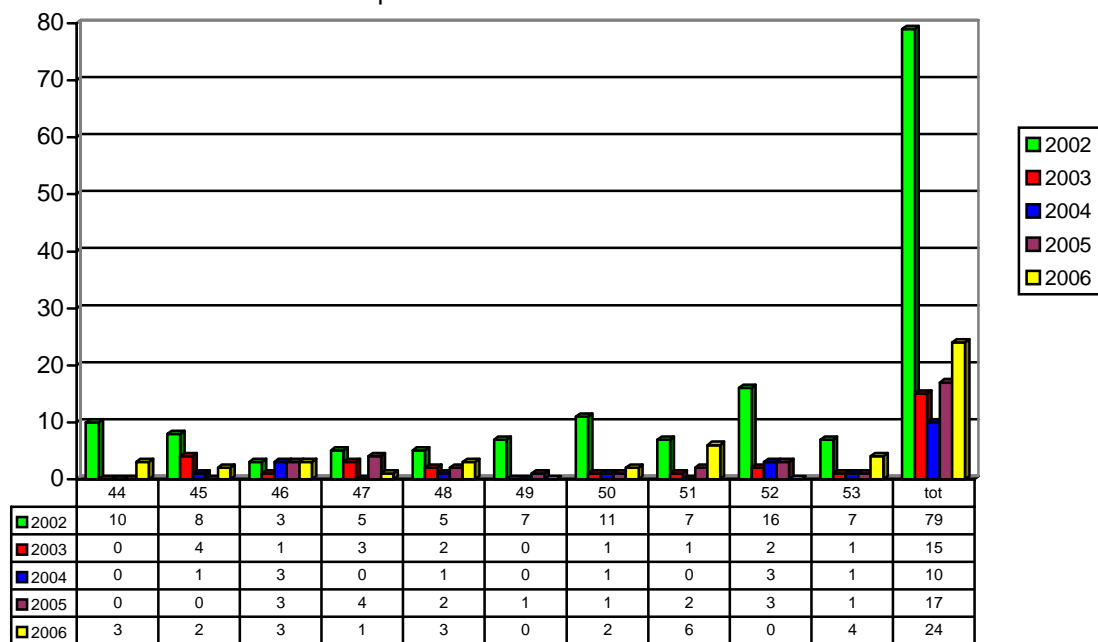


Grafico 13 e 14

Pertosse  
distribuzione per Distretto sanitario di residenza



Parotite Epidemica  
distribuzione per mese di notifica

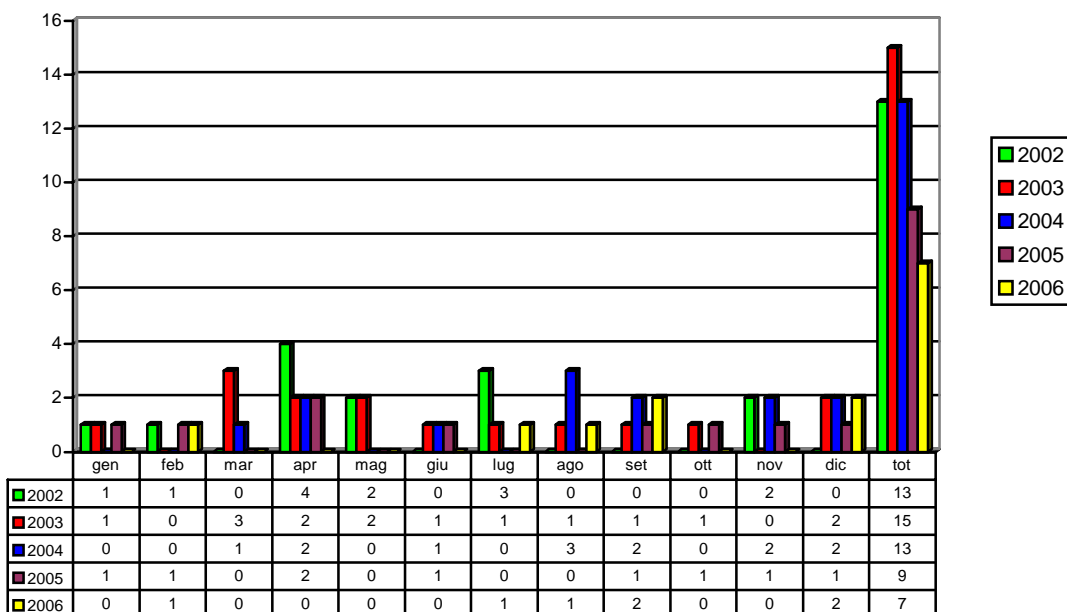
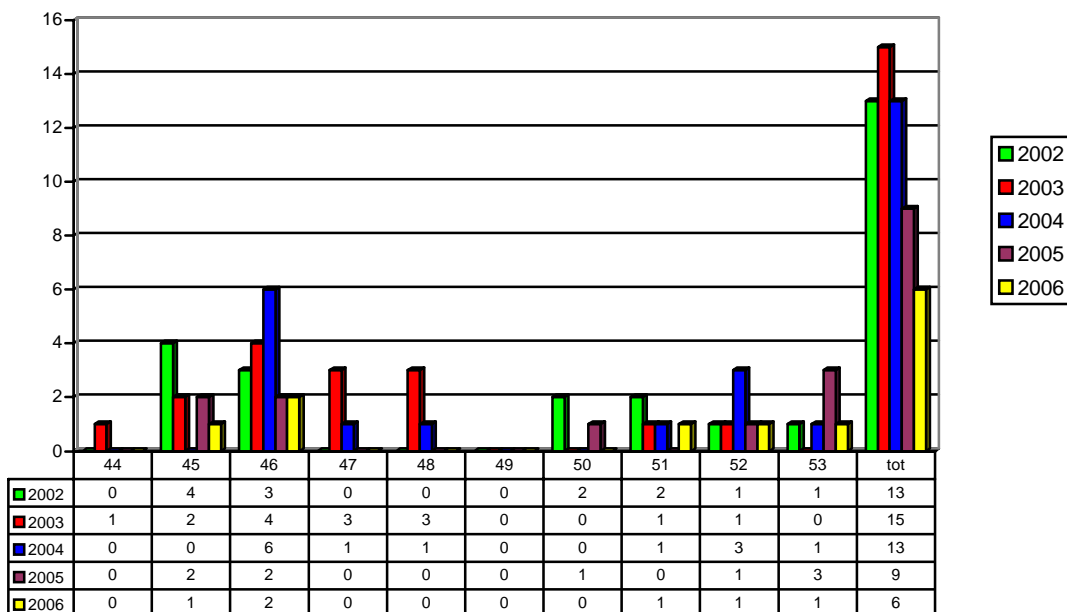


Grafico 15 e 16

Parotite Epidemica  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza





Rosolia  
distribuzione per mese di notifica

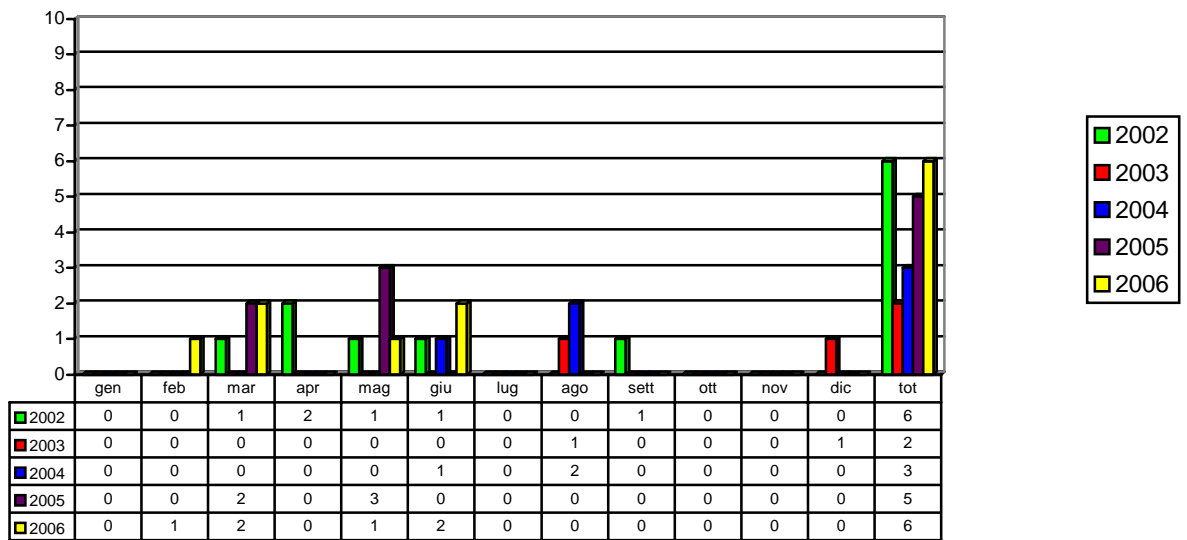
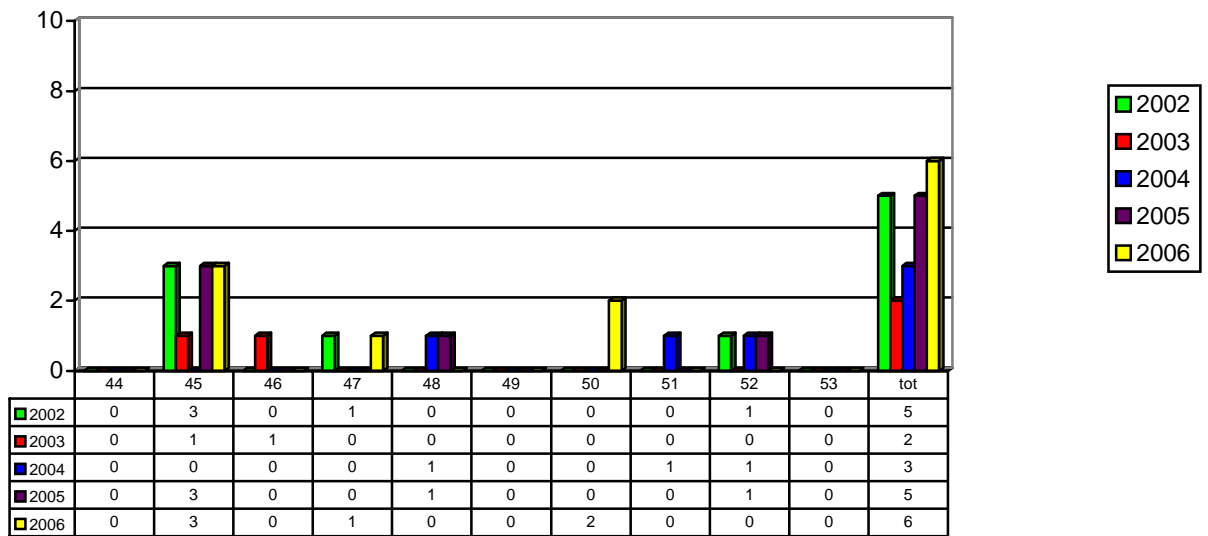


Grafico 17 e 18

Rosolia  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza



## 2 Malattie a trasmissione aerea

Mentre per le malattie a trasmissione aerea analizzate come la meningite meningococcica (grafico 19 e 20) e pneumococcica (grafico 21 e 22) e per le meningiti ed encefaliti acute virali (grafico 23 e 24) si registra un trend in discesa rispetto ai valori degli anni, per la legionellosi (grafico 25 e 26) e 24) l'andamento si mantiene costante negli ultimi tre anni.

E' auspicabile che il piano delle vaccinazioni, emanato dalla Regione Campania, che permette, tra l'altro, di offrire le vaccinazioni meningococcica e pneumococcica alle categorie a rischio e con il meccanismo del copayment a tutta la popolazione, migliorando l'incidenza di questa patologia.

Per quanto riguarda la TBC, sia per la forma polmonare (grafico 27 e 28) che per quella extrapulmonare (grafico 29 e 30) si evidenzia un decremento dei casi.

Questa patologia, comunque, costituisce un problema di Sanità Pubblica in considerazione della relativa contagiosità della malattia, della difficoltà di applicare efficaci misure di prevenzione e della sempre maggiore circolazione di ceppi farmacoresistenti.

In ogni caso il problema, nella nostra città, sembra maggiormente concentrato nelle zone urbane a basso livello socio-economico e in determinati gruppi a rischio come gli immigrati extracomunitari, i detenuti e i senza fissa dimora.

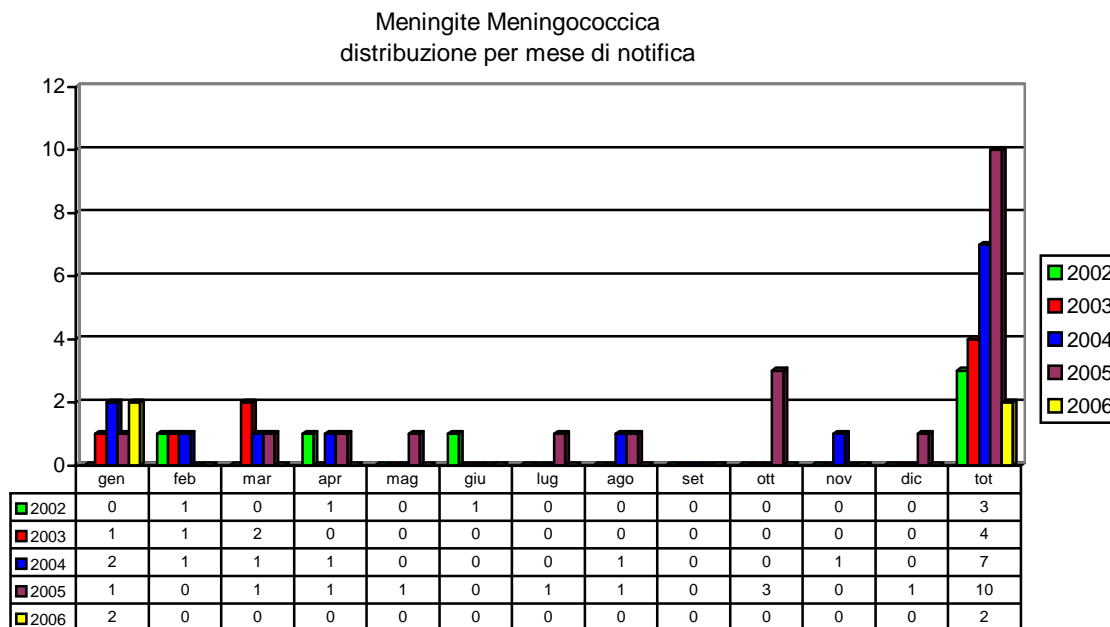


Grafico 19

Meningite Meningococcica  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

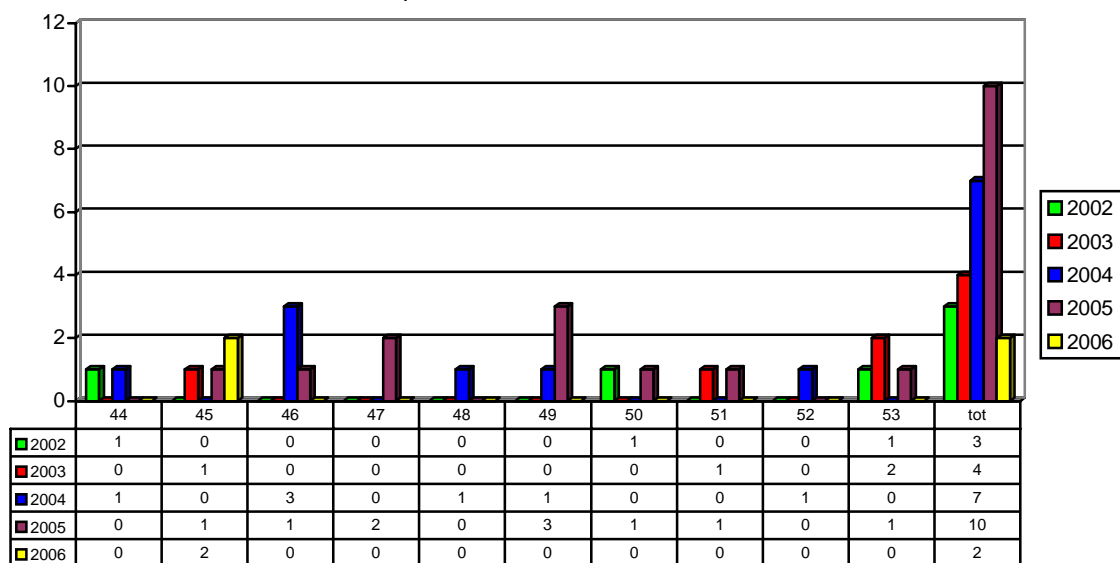


Grafico 20

Meningite Pneumococcica \*  
distribuzione per mese di notifica

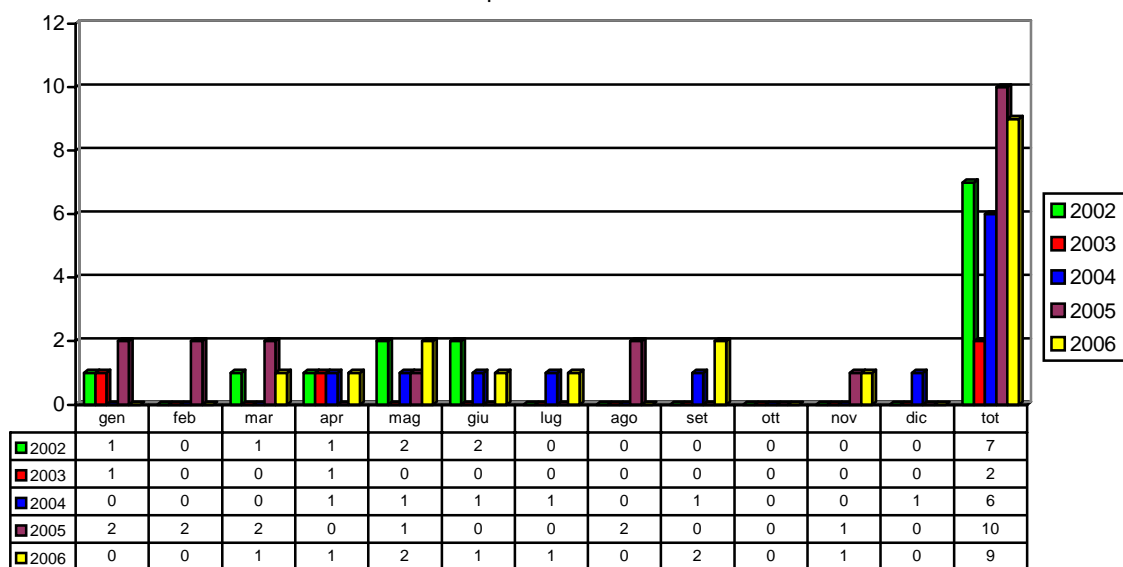


Grafico 21

\* N.B. I dati provengono dai ricoveri presso l'A.O. Cotugno non essendo questa patologia elencata nei mod. 15 di notifica di classe II (D.M. 15.12.90)

Meningite Pneumococcica \*  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

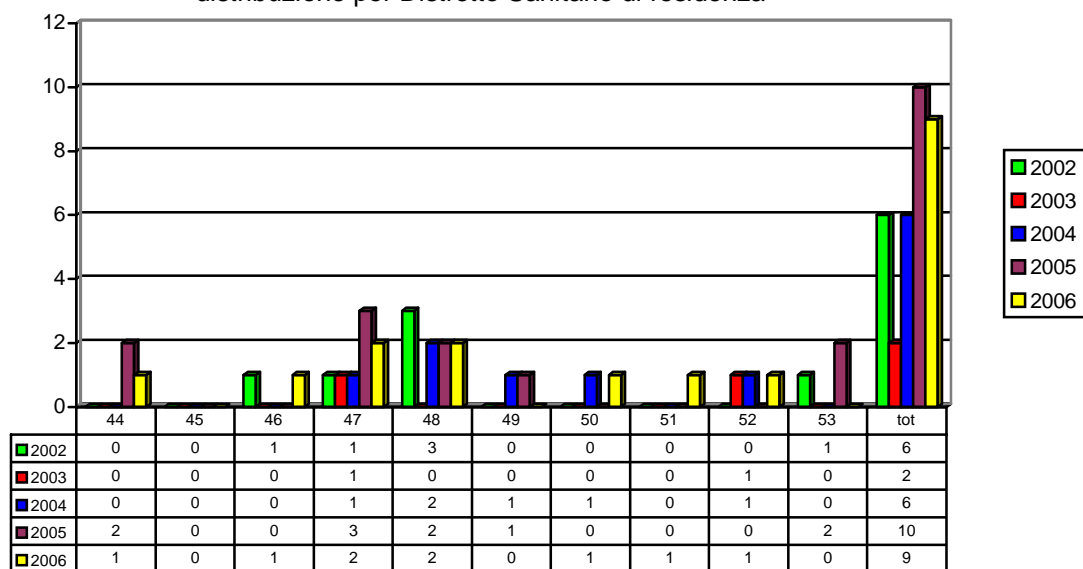


Grafico 22

Meningo-Encefaliti Acute Virali  
distribuzione per mese di notifica

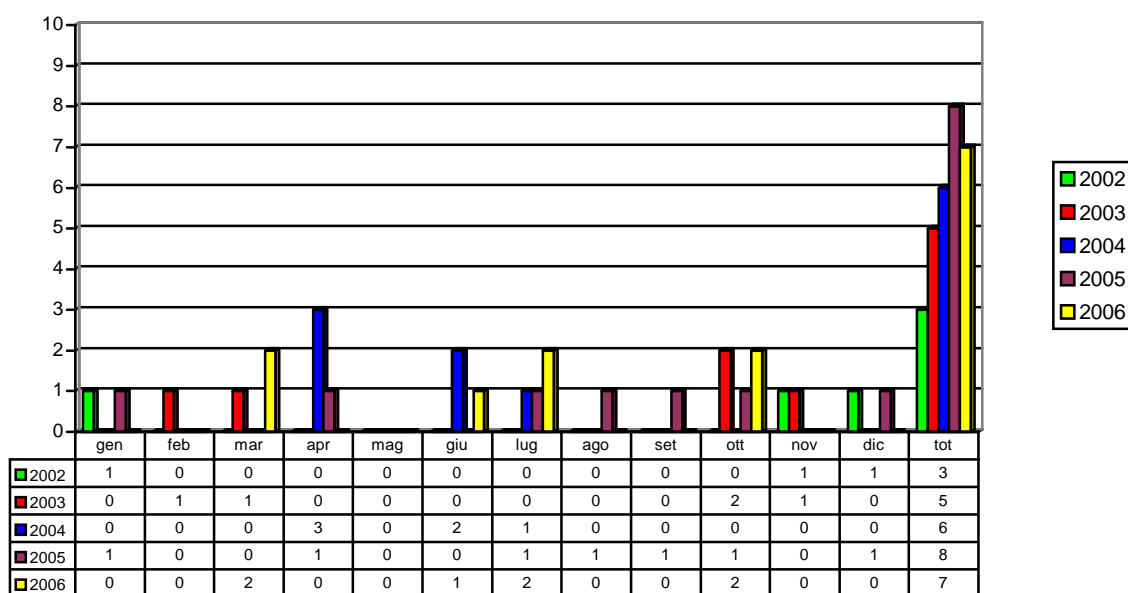


Grafico 23

\* N.B. I dati provengono dai ricoveri presso l'A.O. Cotugno non essendo questa patologia elencata nei mod. 15 di notifica di classe II (D.M. 15.12.90)

Meningo-Encefaliti Acute Virali  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

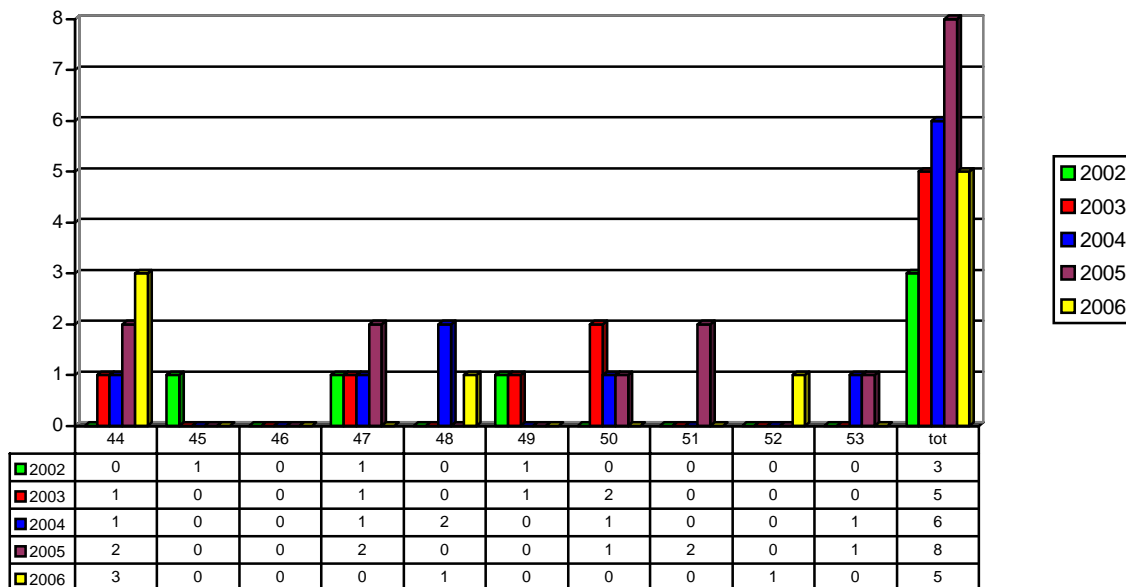


Grafico 24

Legionellosi  
distribuzione per mese di notifica

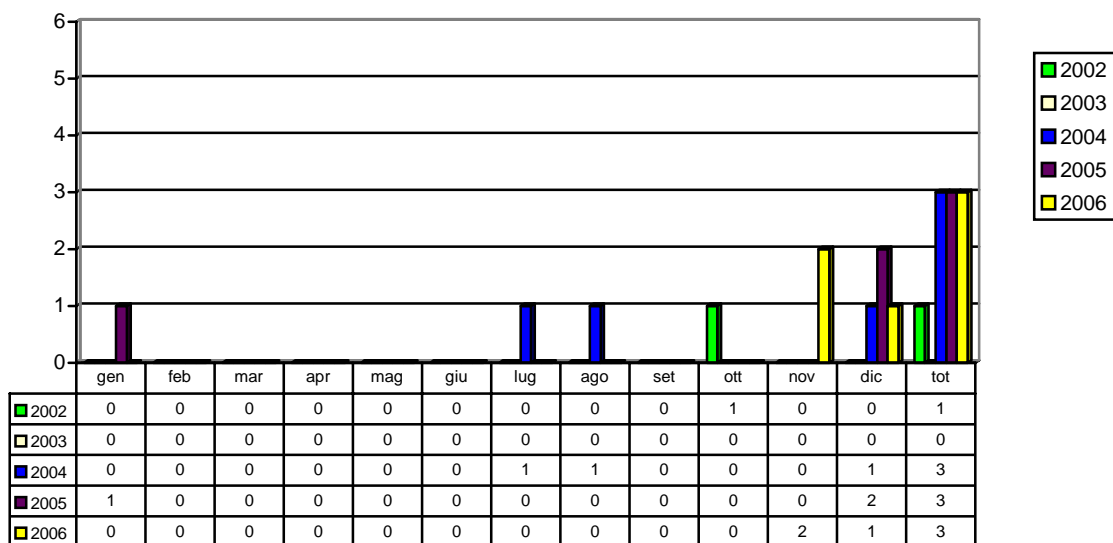


Grafico 25

Legionellosi  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

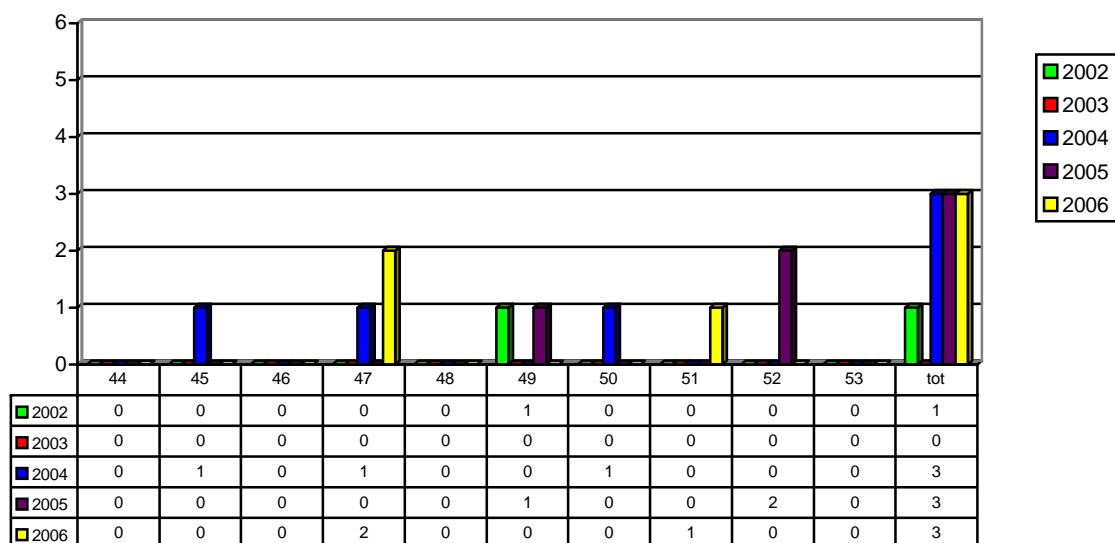


Grafico 26

Tubercolosi Polmonare  
distribuzione per mese di notifica

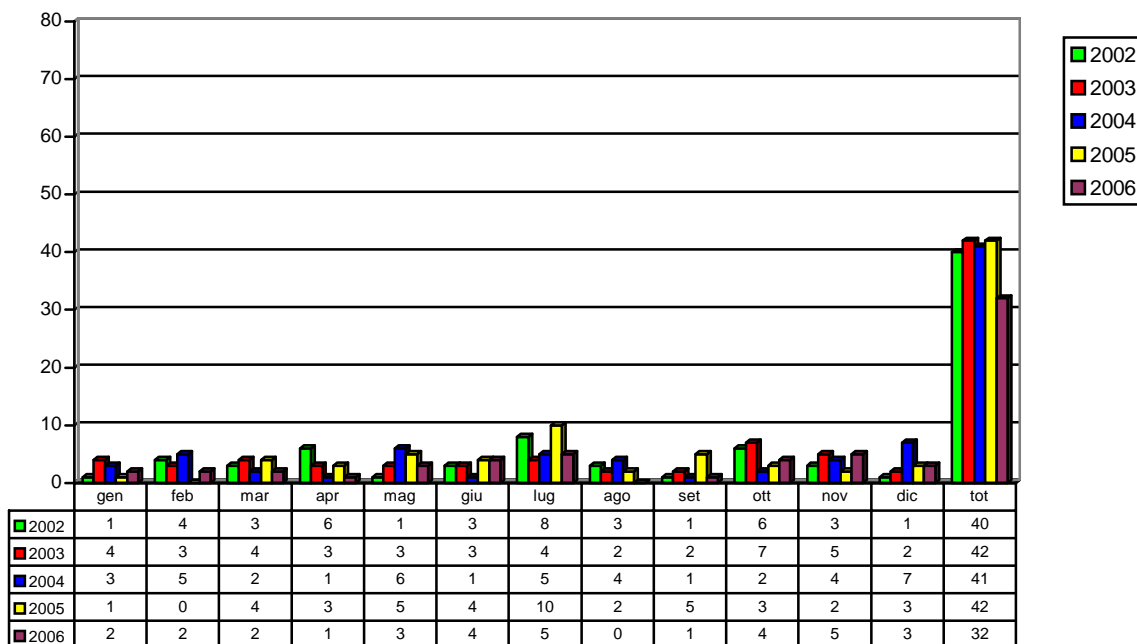


Grafico 27

Tubercolosi Polmonare  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

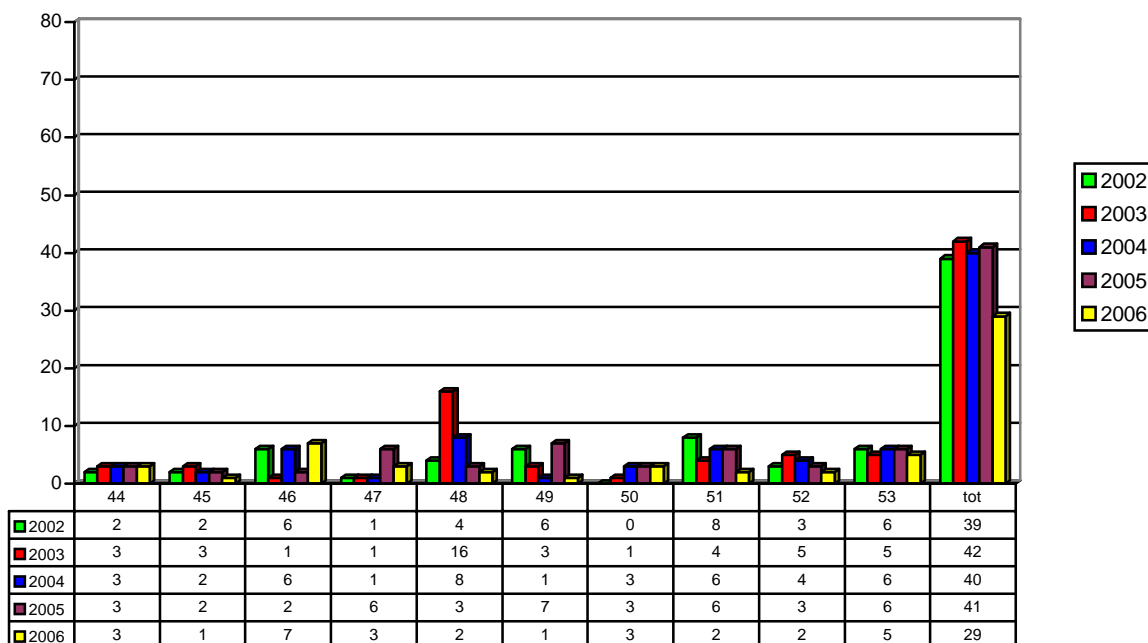


Grafico 28

Tubercolosi Extrapolmonare  
distribuzione per mese di notifica

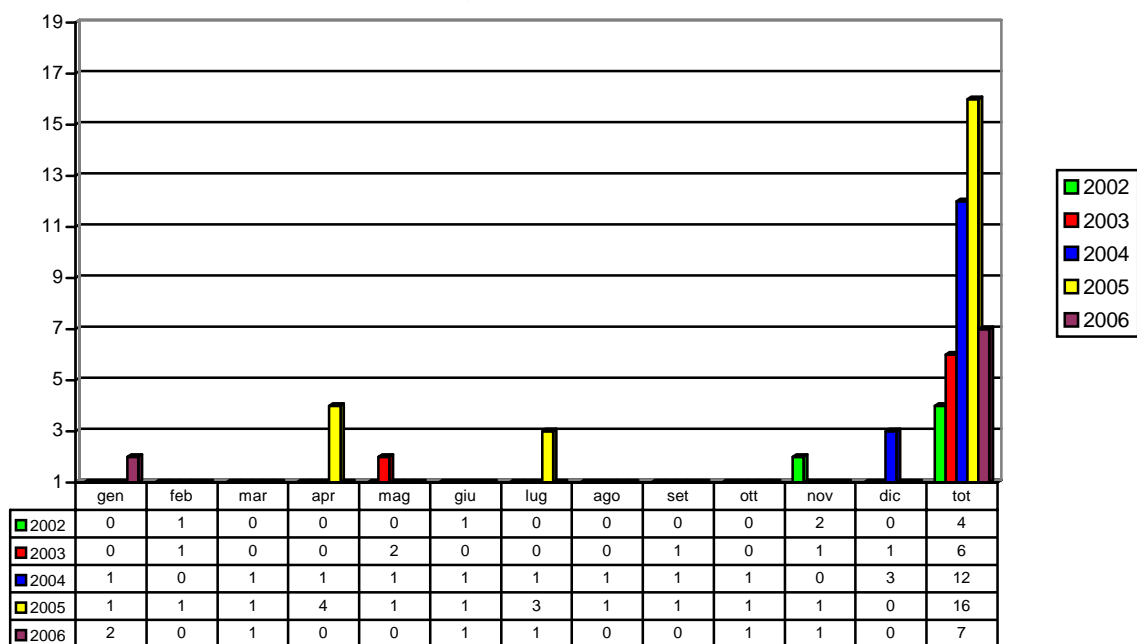


Grafico 29

Tubercolosi Extrapolmonare  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

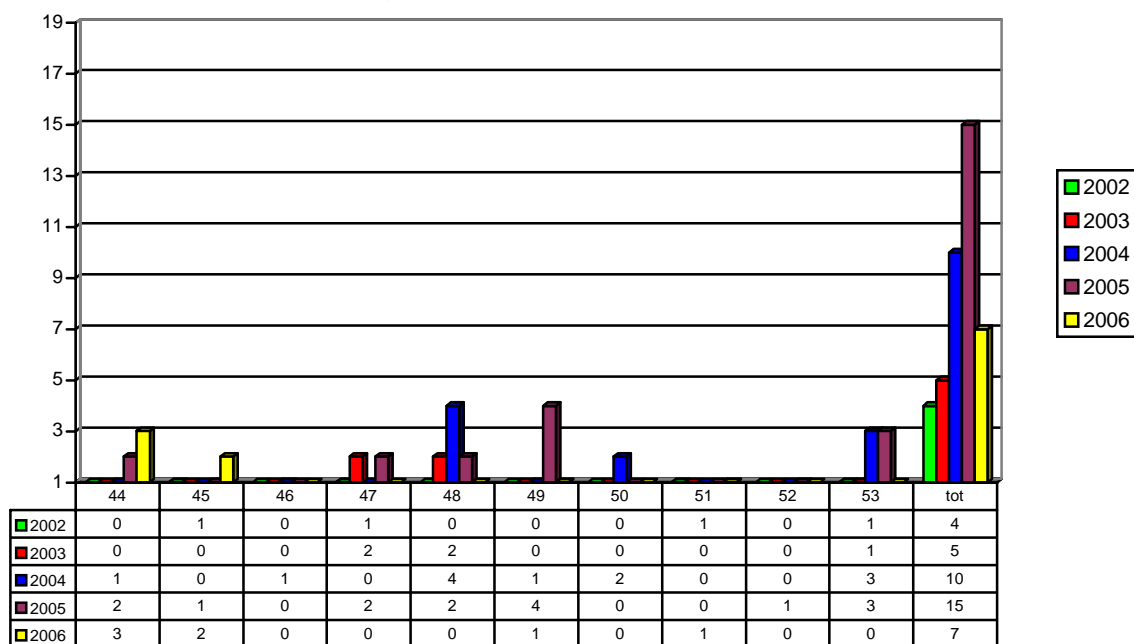


Grafico 30

#### 4. Malattie a trasmissione ematica

Per tali patologie ( *grafico31, 32, 33, 34, 35 e 36* ) si registra un trend sostanzialmente invariato rispetto agli anni precedenti. Riguardo all'HBV sono evidenti gli effetti benefici della vaccinazione obbligatoria di massa; tuttavia è importante continuare ad impegnarsi verso le fasce deboli per evitare le serie conseguenze dovute ad un'infezione acuta di epatite virale B (cirrosi e cancro). Relativamente all'Epatite virale nonA e nonB e alle Epatiti non specificate, la maggior parte è dovuta, verosimilmente, alle Epatite virale C che, allo stato, non hanno una "notifica propria" non consentendo una valutazione precisa del fenomeno.

Epatite Virale B  
distribuzione per mese di notifica

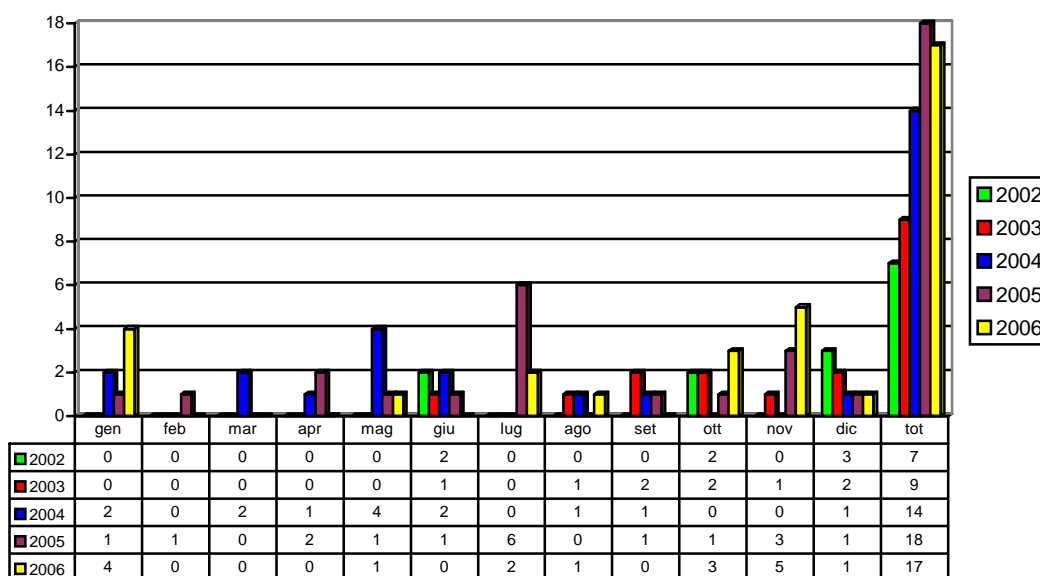


Grafico 31



Epatite Virale B  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

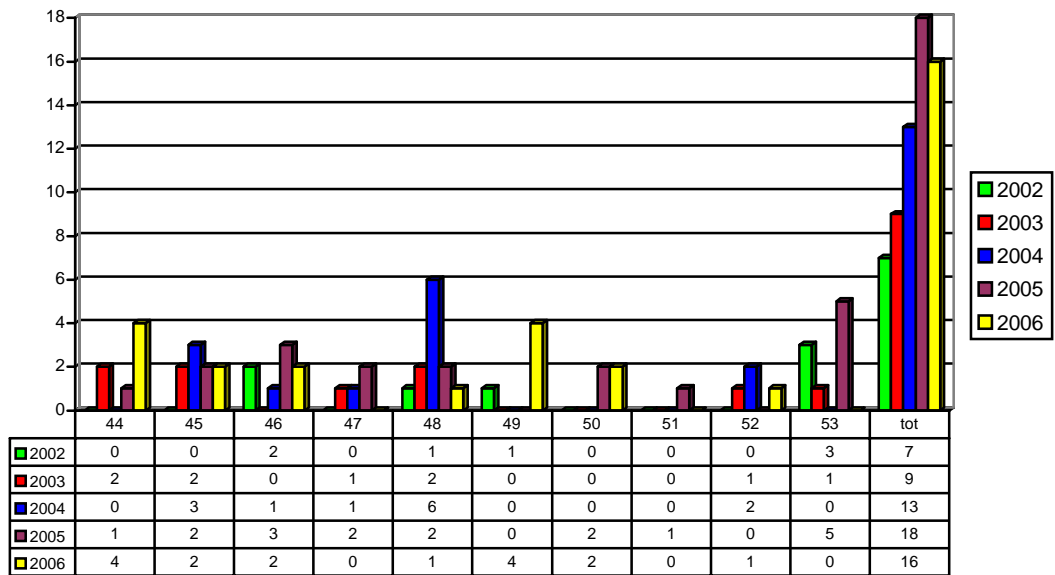


Grafico 32

Epatite Virale nAnB  
distribuzione per mese di notifica

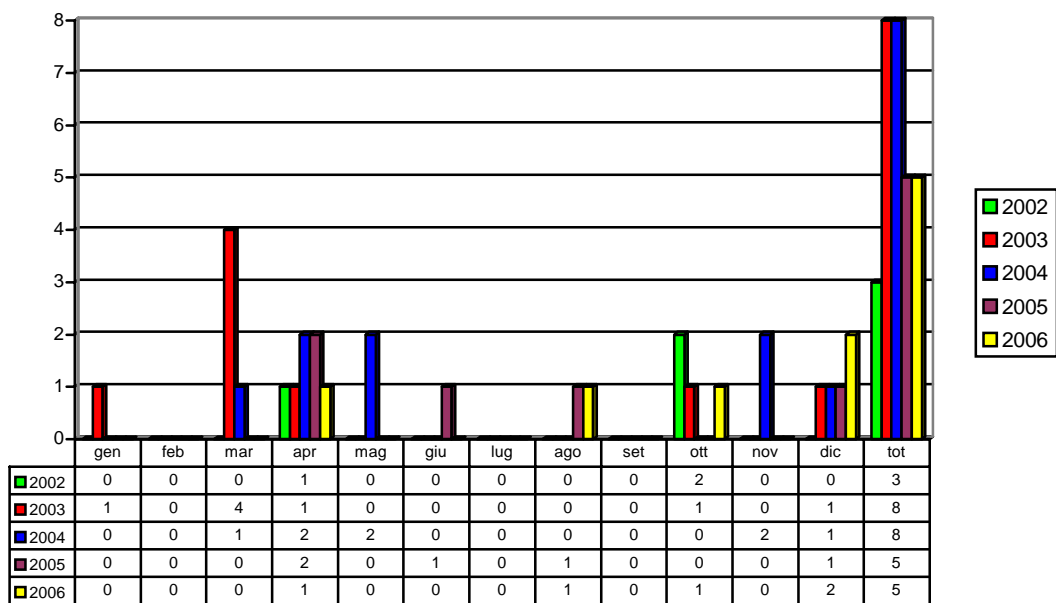


Grafico 33

Epatite Virale nAnB  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

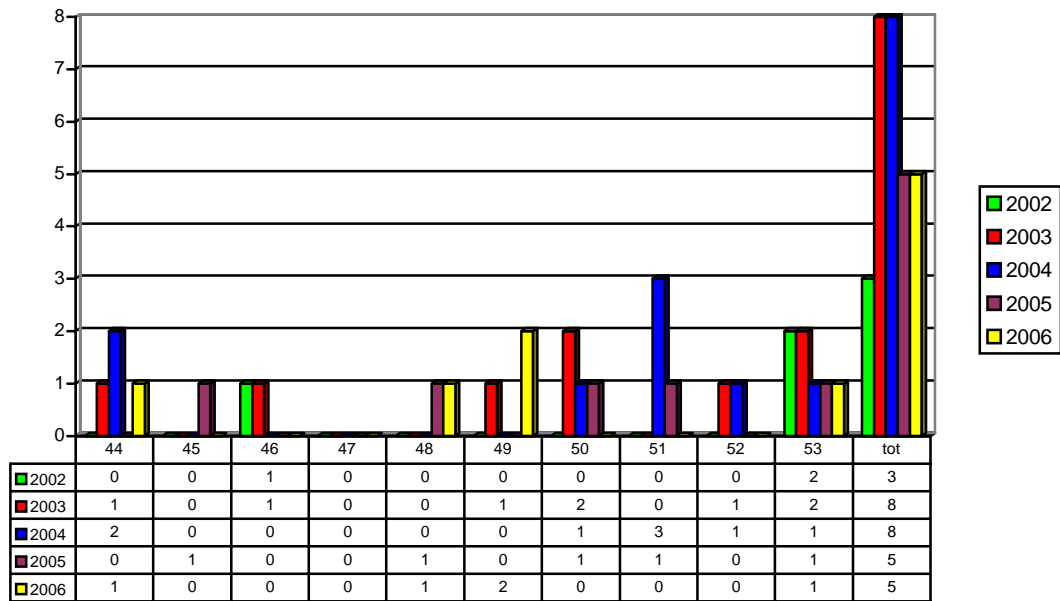


Grafico 34

Epatite Virale non specificata  
distribuzione per mese di notifica

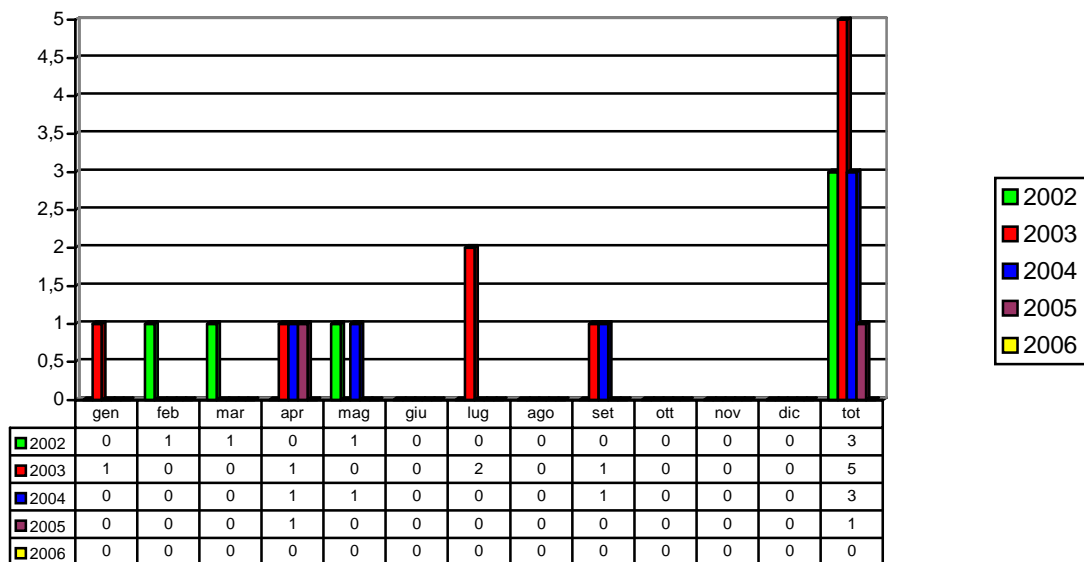


Grafico 35

Epatite Virale non specificata  
distribuzione per Distretto sanitario di residenza

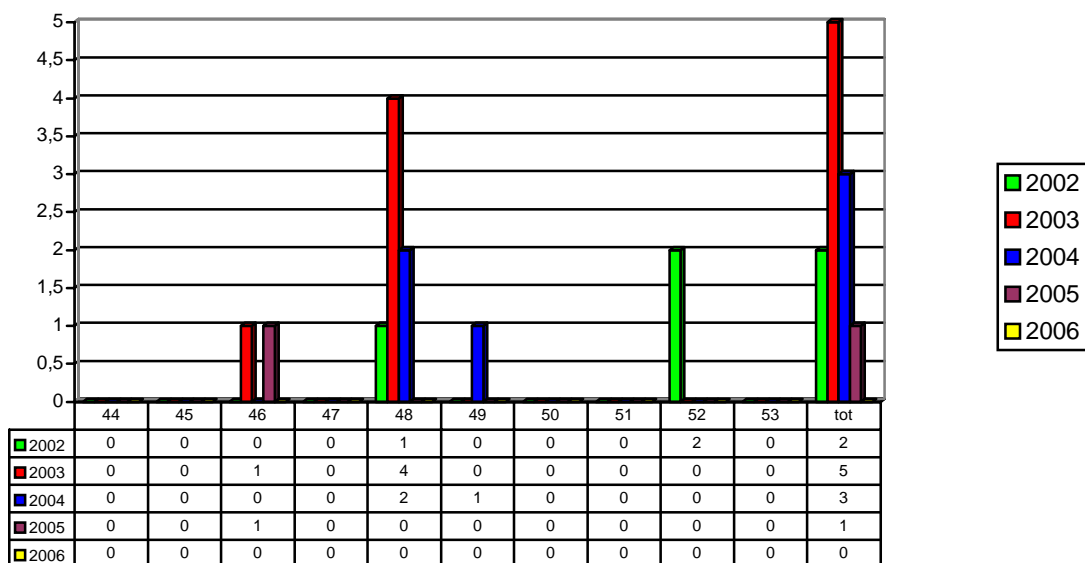


Grafico 36

## 5. Zoonosi

Per le zoonosi (grafico 37, 38, 39, 40, 41 e 42) si evidenzia, in generale un trend in discesa, particolarmente evidente per la leishmaniosi viscerale e la brucellosi, mentre risulta costante l'andamento della rickettsiosi. Pertanto per queste patologie valgono le stesse considerazioni espresse nel report dell'anno scorso. La netta discesa della leishmaniosi viscerale è, sicuramente, da attribuire a specifiche attività tese all'eliminazione del randagismo, essendo il cane l'ospite intermedio di questa zoonosi, piuttosto che all'eliminazione del flebotomo che risulta piuttosto ardua essendo quest'ultimo una zanzara comune.

Leishmaniosi Viscerale  
distribuzione per mese di notifica

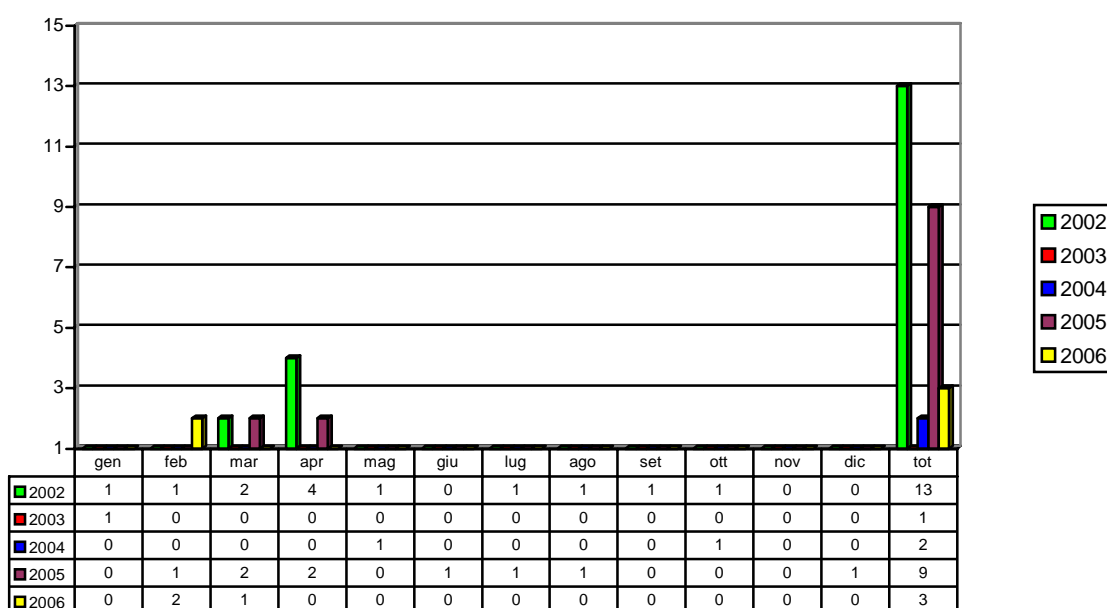


Grafico 37

Leishmaniosi Viscerale  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

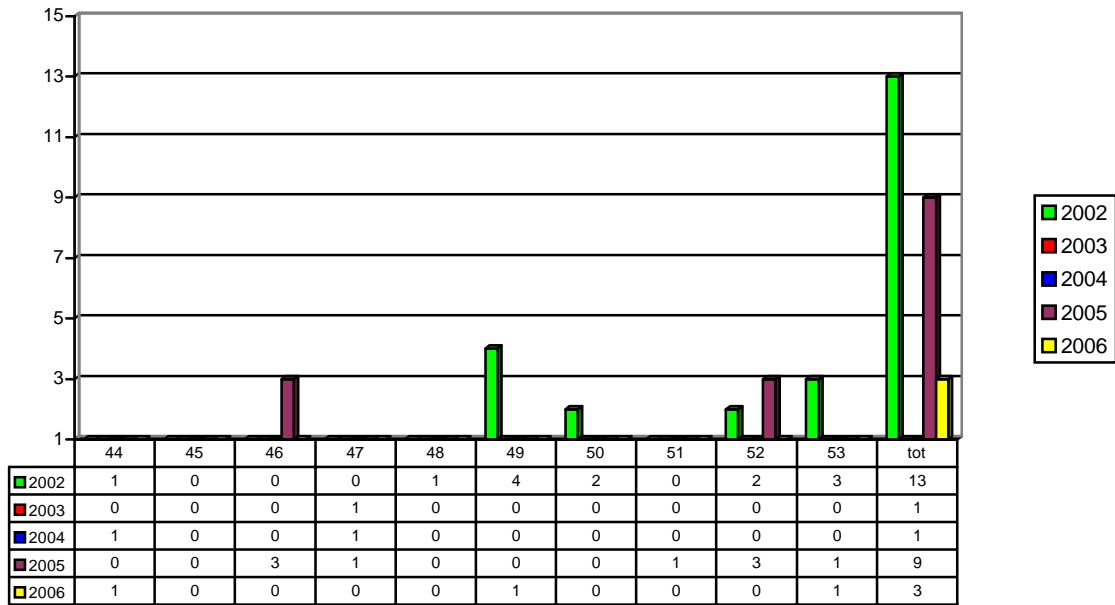


Grafico 38

Rickettiosi  
distribuzione per mese di notifica

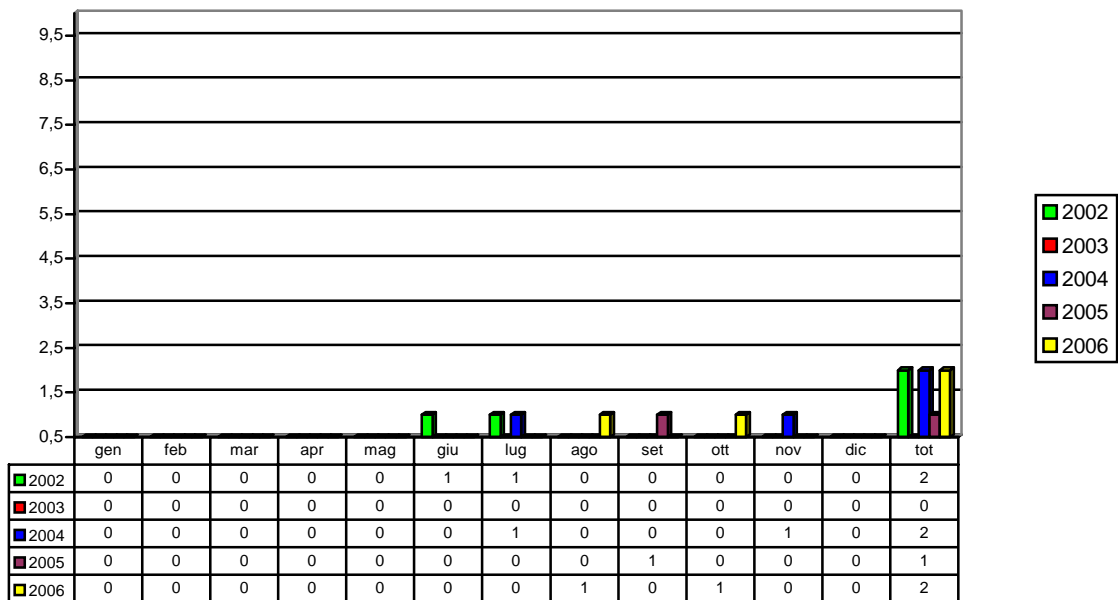


Grafico 39

Rickettiosi  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

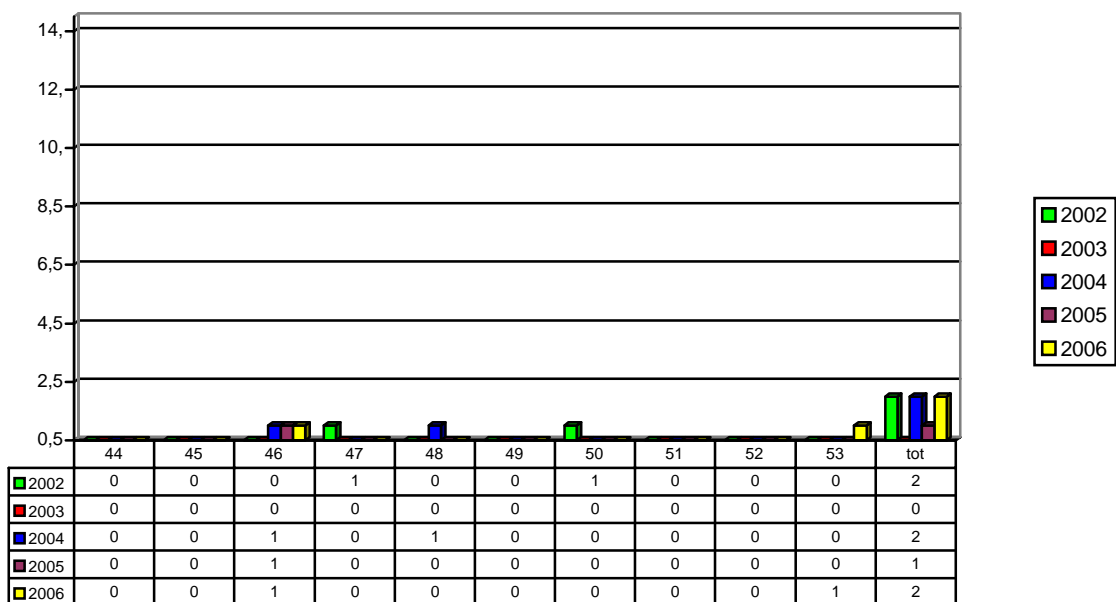


Grafico 40

Brucellosi  
distribuzione per mese di notifica

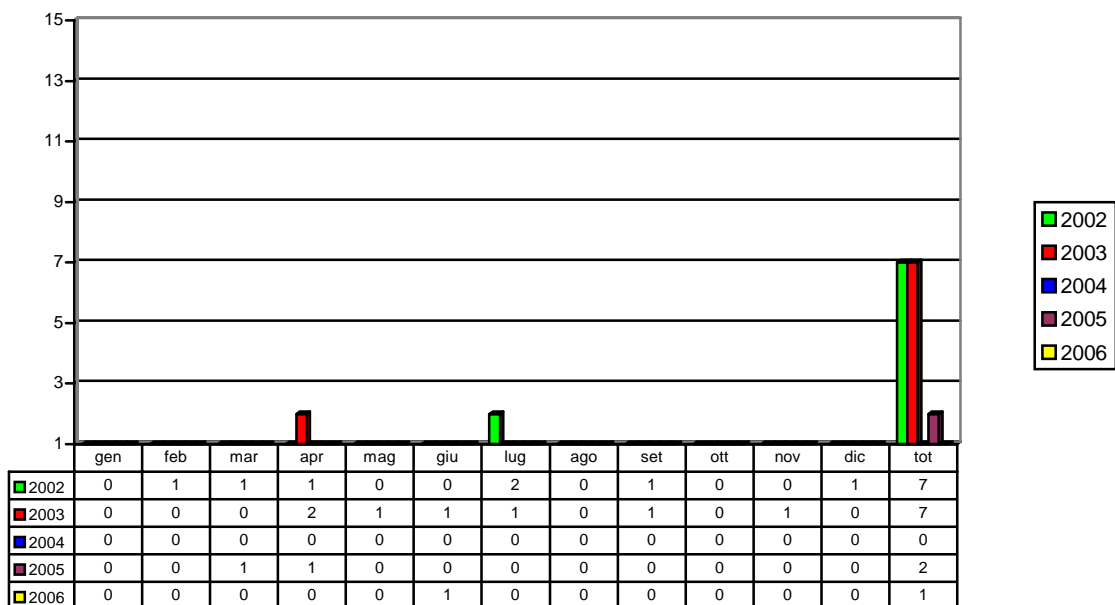


Grafico 41

Brucellosi  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

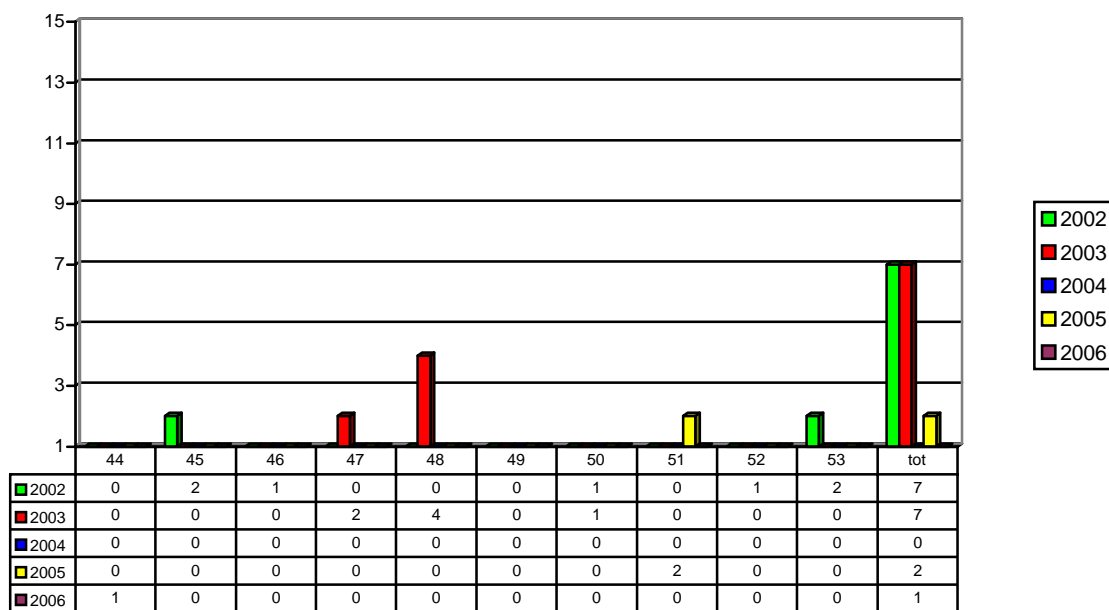


Grafico 42

6. Malattie a trasmissione sessuale (grafico 43 e 44)

Sifilide  
distribuzione per mese di notifica

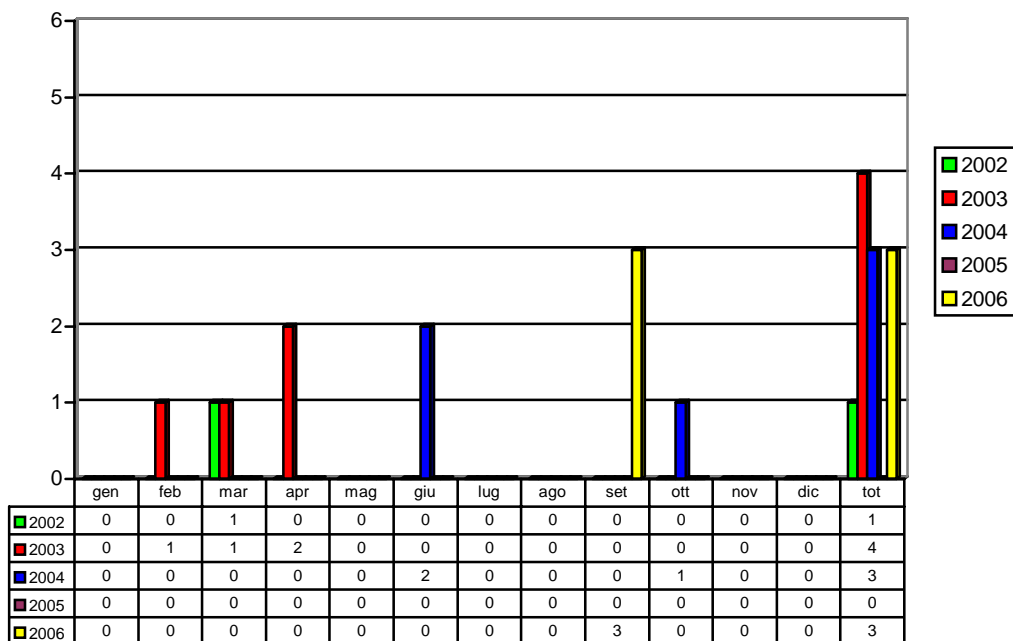


Grafico 43

Sifilide  
distribuzione per Distretto Sanitario di residenza

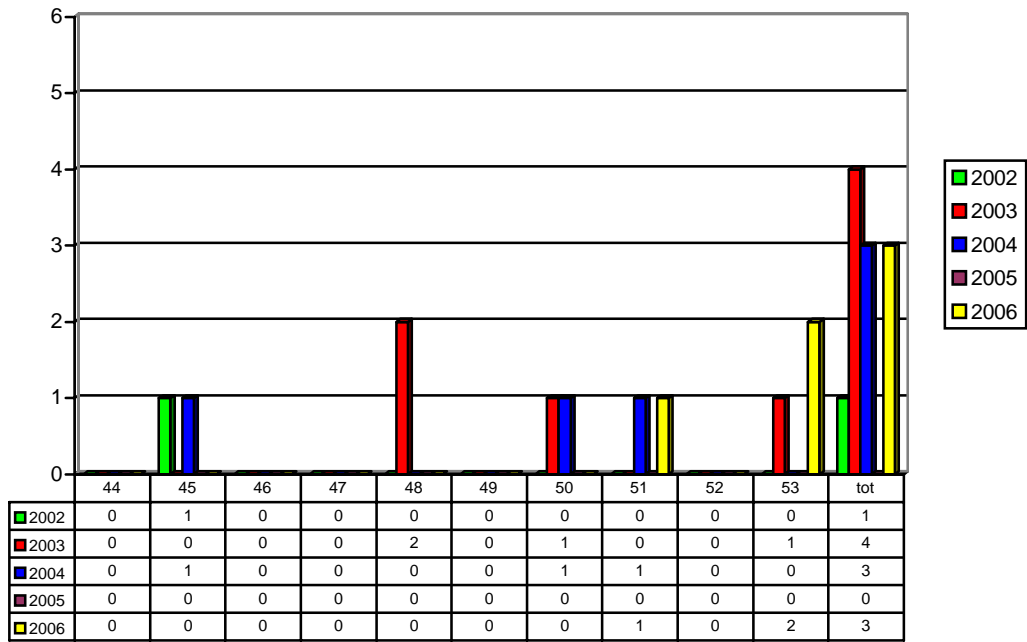


Grafico 44





## 7. AIDS

In questa tabella vengono menzionate solo le ASL nelle quali si sono notificati casi di AIDS.

Anno	Tot. casi notificati	ASL DI RESIDENZA							
		CE 1	CE 2	NA1	NA2	NA3	SA 1	S.F.D.	Fuori Regione
2002	5			1	2	1		1	
2003	5		2	2	1				
2004	6	1	2	3					
2005	4	1		2			1		
2006	9		3	2		2	1		1

## **Bibliografia**

*Heymann D.L. (2004) Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili – Rapporto Ufficiale dell’American Public Health Association 18° Edizione DEA Ed. ;*

*Ministero della Salute Bollettino Epidemiologico Nazionale – Anno 2000 ;*

*Red Book 2000 – Commitee on infectiuos Disease, American Academy of Pediatrics. IV Edizione Italiana – CIS Ed.*

*Ortolani R., Mango M., Nasti P, Simonetti A. Analisi retrospettiva dell’andamento epidemiologico delle malattie infettive notificate alla ASL Napoli 1 – Anni 1991 – 2001 L’Igiene Moderna (2004): 122, 327-349*

*Ponticiello A., Sturkenboom M. , Simonetti A., Ortolani R., Malerba M., Sanduzzi A. Deprivation, immigration and tuberculosis incidence in Naples, 1996-2000. European Journal of Epidemiology (2005) 20: 729-734*

