



AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
DIRETTORE GENERALE
ING. SERGIO FLORIO

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO
MALATTIE INFETTIVE

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

AGGIORNAMENTO 2010

A CURA DI : M. A. FERRARA E M. D'ALESSIO

Sistema di sorveglianza malattie infettive e diffuse

La sorveglianza delle malattie infettive è affidata al Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI), che comprende le segnalazioni per allertare gli operatori della sanità pubblica e i riepiloghi mensili di tutte le malattie infettive notificate, compilati da ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL).

Il SIMI è stato ridefinito nel [Decreto 15/12/1990](#) e successive modifiche ed integrazioni.

Oltre al SIMI, le altre componenti del sistema di sorveglianza delle malattie infettive sono i Sistemi di Sorveglianza Speciale per le meningiti, la legionellosi, la malattia di Creutzfeld-Jacob, le tossinfezioni alimentari, il morbillo ed alcune sorveglianze attivate dall'Istituto Superiore di Sanità che riguardano le epatiti virali acute (SEIEVA), la sindrome emolitica-uremica (SEU), le malattie sessualmente trasmesse (MST).

Ad integrazione della sorveglianza delle meningiti batteriche esistente, a marzo 2007 è stato stilato un [protocollo](#) che prevede la segnalazione di tutte le forme di malattia invasiva per i patogeni per i quali esiste un vaccino disponibile.

Esistono infine i Sistemi di Sorveglianza di Laboratorio per le diarreie infettive, le meningiti e le altre forme invasive da batteri, le micobatteriosi e la legionellosi che permettono una migliore accuratezza diagnostica e facilitano l'indirizzo di eventuali azioni di profilassi da intraprendere.

Il SIMI stabilisce l'obbligo di notifica (definendone modalità e tempi) per 47 malattie infettive classificate in 4 classi in base alla loro rilevanza di sanità pubblica ed al loro interesse sul piano nazionale ed internazionale; prevede inoltre una quinta classe che comprende malattie non specificamente menzionate nei gruppi precedenti e le zoonosi indicate dal regolamento di Polizia Veterinaria.

Secondo tale sistema le malattie infettive a obbligo di notifica sono state differenziate in base alle informazioni da raccogliere e alla tempestività di invio dei dati.

La suddivisione in classi risponde anche a criteri di rilevanza epidemiologica e a esigenze differenziate di profilassi.

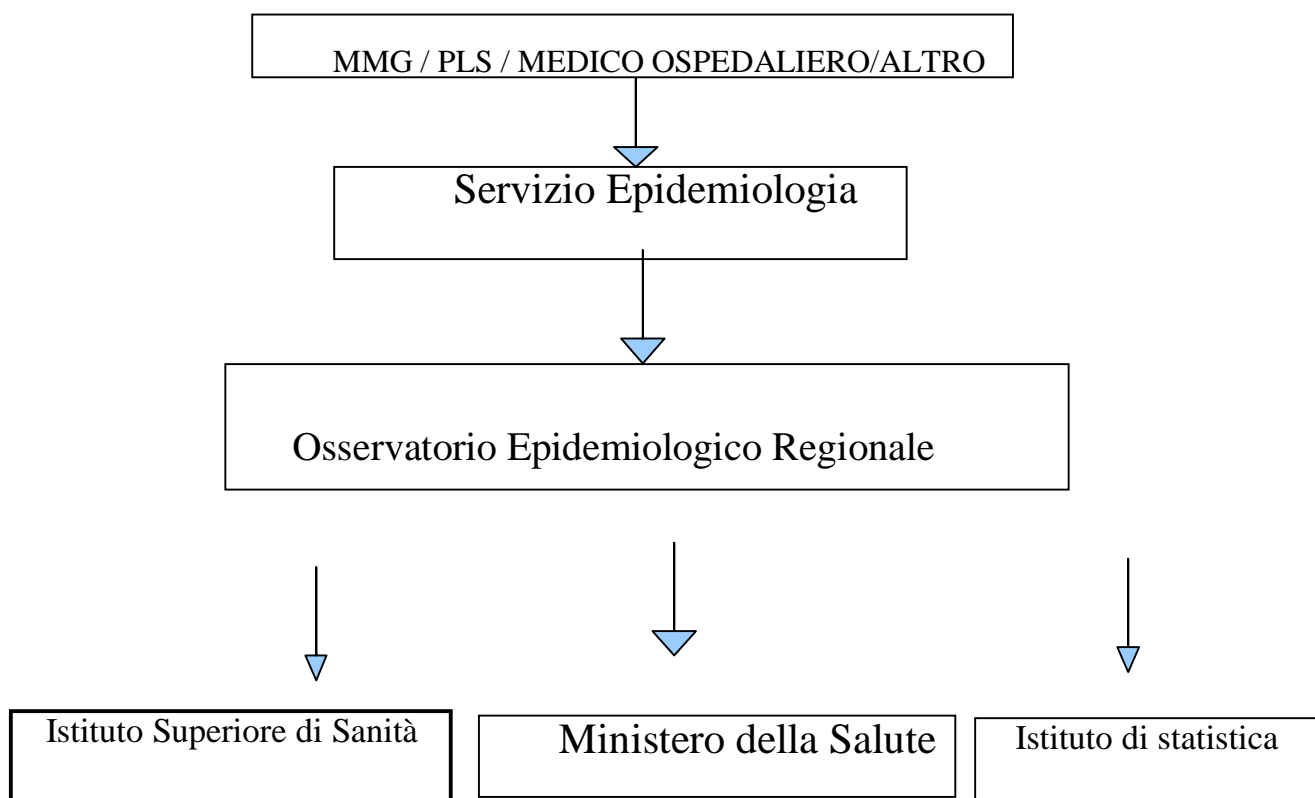
Gli **obiettivi** che il SIMI si propone sono:

- migliorare la qualità dei dati
- consentire una analisi tempestiva delle notifiche
- aumentare la funzionalità del sistema facilitando il ritorno dell'informazione ai medici notificatori
- facilitare il controllo delle malattie infettive

Organizzazione attuale

Le malattie infettive_ notificate obbligatoriamente raccolte dal SIMI sono quelle appartenenti alla classe II, III (solo tubercolosi e micobacteriosi non tubercolare) e IV e le informazioni raccolte sono tutte quelle contenute nelle schede di notifica (modello 15).

Le Regioni inviano al Ministero della Sanità, all'ISS e all'ISTAT le notifiche raccolte a livello di ASL o di distretto. La figura sottostante riporta il flusso delle notifiche delle malattie infettive in Italia.



Le segnalazioni dei medici afferiscono alle ASL o ai distretti dove, una volta confermato il caso, viene eseguita la notifica attraverso la compilazione del modello 15 le cui informazioni vengono inserite in un archivio informatizzato.

Mensilmente, i dati sono spediti all'Osservatorio Epidemiologico Regionale dove sono sottoposti ad ulteriori controlli di qualità, aggregati fra di loro e inviati agli organi centrali, secondo le disposizioni di legge per ogni classe di malattia.

L'invio avviene mediante spedizione postale dei dischetti o mediante posta elettronica; i dati vengono protetti con un sistema di crittografia convenzionale. Ogni mese sono trasmesse le notifiche degli ultimi sei mesi. Secondo le indicazioni del Ministero, i dati relativi ai cinque mesi più recenti sono considerati come 'temporanei', perché ancora passibili di cambiamenti e integrazioni.

Classi	Tempi di segnalazione del medico alla Azienda Sanitaria Locale	Malattie
Prima - Malattie per le quali si richiede segnalazione immediata o perché soggette al Regolamento sanitario internazionale o perché rivestono particolare interesse	12 ore Modulo classe I	Colera, botulismo, febbre gialla, febbre ricorrente epidemica, influenza con isolamento virale, febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola), rabbia, peste, tetano, poliomielite, trichinosi, tifo esantematico, difterite, influenza da virus A (H1N1) v, Malattia Creutzfeldt Jakob
Seconda - Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo	48 ore Modulo classe II	Blenorragia, brucellosi, diarree infettive non da salmonella, epatite virale A, B, NANB, epatite virale non specificata, febbre tifoide, legionellosi, leishmaniosi cutanea, leishmaniosi viscerale, leptospirosi, listeriosi, meningite ed encefalite acuta virale, meningite meningococcica, morbillo, parotite, pertosse, rickettsiosi diversa da tifo esantematico, rosolia, salmonellosi non tifoidee, scarlattina, sifilide, tularemia, varicella
Terza - Malattie per le quali sono richieste particolari documenti	48 ore Modulo classe III	AIDS, lebbra, malaria, micobatteriosi non tubercolare, tubercolosi, rosolia congenita
Quarta - Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'unità sanitaria locale solo quando si verificano focolai epidemici	24 ore Modulo classe IV	Dermatofitosi (tigna), infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, pediculosi, scabbia
Quinta - Malattie infettive e diffuse notificate all'unità sanitaria locale e non comprese nelle classi precedenti, zoonosi indicate dal regolamento di polizia veterinaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320, e non precedentemente menzionato	Le notifiche di classe V vengono comunicate annualmente, in un riepilogo, al Ministero. Solo quando assumano le caratteristiche di focolaio epidemico, devono essere segnalate con le modalità previste per la Classe IV.	

Per la notifica dei casi di AIDS e di infezione da HIV rimangono valide le disposizioni contenute nel DGR 3803 del 14/06/85 e successivo DGR n. 8358 del 13/09/88 e nel Sistema di Sorveglianza delle Nuove Diagnosi di infezione da HIV pubblicato sulla G.U. n. 175 del 28/07/2008, che prevedono un flusso informativo differenziato, tramite modulistica specifica, con la trasmissione dei dati direttamente dalla struttura che effettua la diagnosi all'Assessorato alla Sanità.

ANDAMENTO DELLE MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE II NELLA ASL AVELLINO

Il bollettino riporta l'andamento delle malattie infettive di classe 2, 3, 4 e 5.

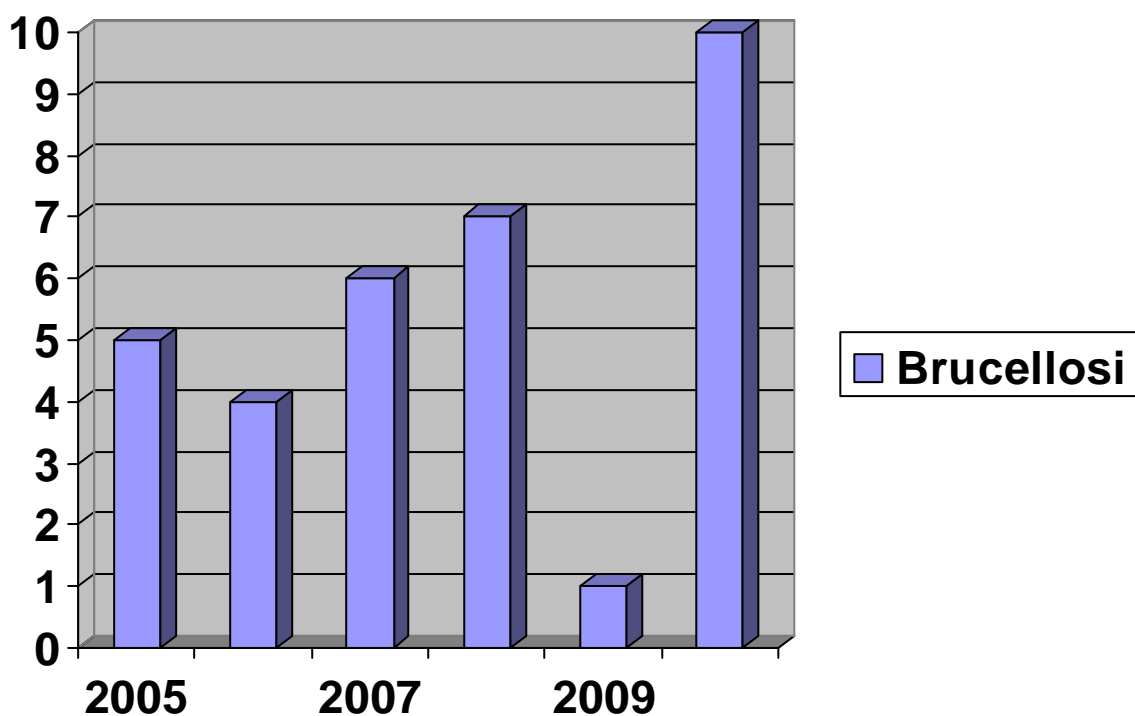
Solo per l'anno 2010 i dati delle malattie infettive riportano anche i dati della ex ASL AV1.

Ad eccezione delle brucellosi per le quali i dati dal 2005 al 2010 sono cumulativi(exASLAV1+exASLAV2)

BRUCELLOSI

Figura1

Casi di Brucellosi Umana notificati nella ASL AV negli anni 2005-2006-2007-2008-2009-2010



La figura mostra un aumento dei casi di brucellosi nel 2007 e nel 2008 ed **un nuovo picco della malattia nel 2010, con 10 casi di Brucellosi, 5 casi relativi a soggetti residenti nella ex ASL AV2 e 5 casi relativi a soggetti residenti nella ex ASL AV1**

Le indagini epidemiologiche, hanno evidenziato, quali cause del contagio (tranne che per un solo caso che non ha dimostrato particolari esposizioni a fattori di rischio):

- il consumo di prodotti lattiero caseari di produzione artigianale
- il contatto con animali affetti da brucellosi
- la frequenza di località rurali dove pascolano greggi
- esposizioni professionale

Il Servizio Veterinario ha individuato la presenza di allevamenti infetti sul territorio aziendale ed ha provveduto ad attuare quanto disposto dalla normativa vigente.

QUALCHE CENNO SULLA BRUCELLOSI (Fonte SITO EPICENTRO ISS)

La brucellosi è una zoonosi causata da batteri appartenenti al genere Brucella.

È presente in tutto il mondo, ma particolarmente nei Paesi del Mediterraneo, in India, nei Paesi mediorientali, nell'Asia centrale e in America Latina.

La brucellosi colpisce diversi tipi di animali, **fra cui mucche, pecore, capre, cervi, maiali, cani.**

I responsabili delle infezioni sono sei specie di batteri gram negativi appartenenti al genere Brucella:

B. melitensis, B. abortus, B. suis, B. canis, B. ovis, B. neotomae.

I primi quattro sono in grado di contagiare anche l'uomo.

La malattia rappresenta un importante problema di sanità pubblica per le infezioni umane ed è causa di gravi danni economici, particolarmente nelle aree agricole-pastorali per le infezioni negli animali da allevamento.

Gli uomini possono contrarre la malattia entrando in contatto con animali o prodotti di origine animale contaminati.

Generalmente sono tre le vie da cui passa l'infezione:

- attraverso cibi o bevande contaminati,
- per inalazione
- tramite piccole ferite sulla pelle.

Di queste però sicuramente la prima è la via più comune, infatti il batterio della brucellosi è presente anche nel latte degli animali contagiati, e se questo non viene pastorizzato l'infezione passa agli esseri umani.

La seconda via di contagio, quella per inalazione, riguarda soprattutto le persone che svolgono determinate occupazioni, in particolare quelle che lavorano in laboratori dove vengono coltivati questi batteri.

Invece il contagio attraverso piccole ferite della pelle può essere un problema per le coloro che lavorano nei mattatoi o nelle cliniche veterinarie. Anche i cacciatori corrono il rischio di infezione dalle prede attraverso piccole ferite superficiali.

Capitolo a parte è invece il rischio di contagio dal cane all'uomo: i casi documentati sono pochissimi e la maggioranza delle volte non si ha il passaggio dell'infezione da cane a uomo. Infatti i possessori di animali da compagnia difficilmente entrano in contatto con il sangue, liquidi seminali o placente dei cani, per cui non sono considerati a rischio. Inoltre nei cani l'infezione può essere curata in qualche giorno.

Infine è estremamente rara l'infezione da uomo a uomo, questo significa che l'eradicazione della malattia fra gli animali significherebbe anche eliminare il rischio per l'uomo. Seppure molto raro, è tuttavia possibile il contagio da madre a figlio attraverso il latte materno. Sono poi anche stati riportati casi di trasmissione per via sessuale o da trapianti di tessuti.

Sintomi

I sintomi sono vari e simili a quelli dell'influenza, quindi febbre, mal di testa, mal di schiena e debolezza. Ma possono manifestarsi anche pericolose infezioni al sistema nervoso centrale e in alcuni casi si hanno cronicizzazioni, caratterizzate da febbri ricorrenti, stati di affaticamento, dolori alle articolazioni.

Negli uomini la terapia per questa infezione può presentare problemi.

I medici possono infatti prescrivere antibiotici, solitamente doxiciclina e rifampicina : questi vengono usati in combinazione per un periodo di 6 settimane, per evitare ricadute. Nei casi più gravi è necessario anche il ricovero ospedaliero.

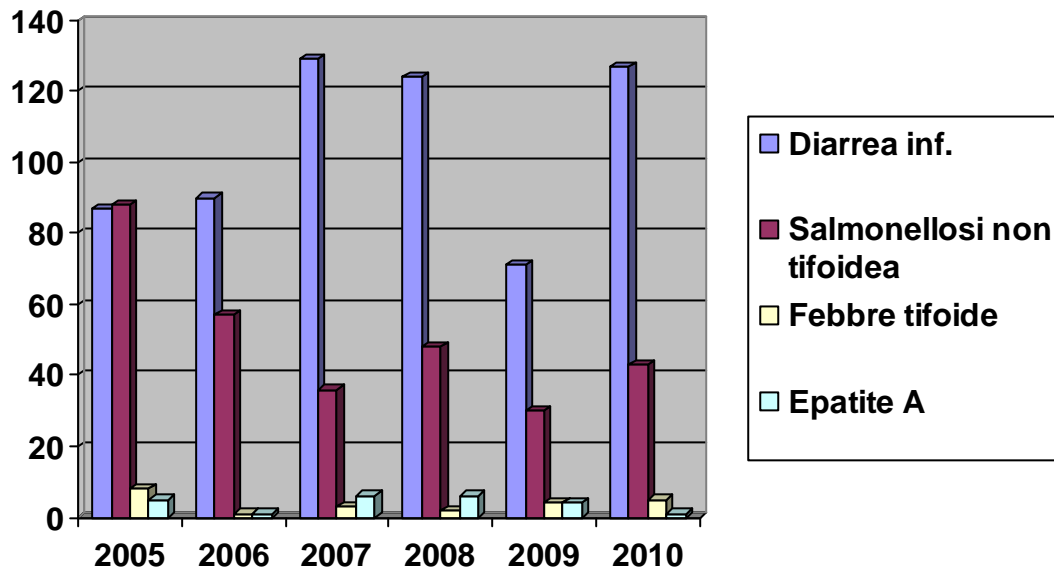
Anche così, esiste comunque il rischio di mortalità. Per fortuna, la percentuale di rischio è bassa, inferiore al 2%.

Prevenzione

Per quanto riguarda la prevenzione, a tutt'oggi non si hanno ancora vaccini per gli esseri umani, il consiglio generale è quello di non consumare prodotti non pastorizzati, mentre per chi svolge un lavoro a rischio bisogna utilizzare gli idonei mezzi di protezione .

Figura 2

Malattie a trasmissione oro-fecale



Nel 2009 si nota una riduzione delle salmonellosi non tifoidee e delle diarree infettive (non da salmonella) .

La maggior parte delle diarree infettive è ascrivibile ad infezione da rotavirus (60 casi) pochi casi a campylobacter (5casi) , adenovirus (4casi) ed escherichia coli enteroemorragico (2 casi) .

La via di trasmissione delle infezioni da rotavirus , virus molto stabile nell'ambiente , non è solo oro-fecale ma anche respiratoria, per diffusione da un individuo all'altro.

La natura altamente infettiva dei rotavirus e la loro stabilità nell'ambiente rappresentano un problema particolarmente grave per le strutture sanitarie: è presente infatti una elevata incidenza nosocomiale di infezione da rotavirus .

L'importanza della sintomatologia clinica e l'incidenza nella fascia di età pediatrica < 4 anni , impongono ,nella maggior parte dei casi il ricovero ospedaliero .

Nel 2010 si nota un lieve aumento delle salmonellosi non tifoidee (i casi di Salmonellosi non tifoidea sono 43 con maggiore incidenza nella fascia di età 0-14 anni) ed un considerevole aumento delle diarreie infettive (127 casi) .

Il maggior numero delle diarreie infettive è ascrivibile , come nel 2009 , ad infezioni da rotavirus (99 casi) , pochi casi a campilobacter (6) e adenovirus (8) , anche se non molti , in totale si nota un aumento dei casi di Escherichia Coli Enteroemorragico (14 casi singoli vs 2 casi singoli del 2009 e 4 casi associati a campilobacter o ad adenovirus o a salmonella non tifoidea vs 0 casi associati nel 2009)

La fascia di età più colpita nelle diarreie infettive da rotavirus è quella pediatrica , in particolare al di sotto dei 4 anni e nella maggior parte dei casi è stato necessario il ricovero .

I 14 casi singoli di Escheria Coli Enteroemorragico riguardano la **fascia di età 0 ó 7 anni** con un numero di casi anche al di sotto di un anno di età , in altri 4 casi la infezione da e. coli è associata a campilobacter (2) , ad adenovirus (1) , a salmonella(1) . **L'età media nella nostra casistica è 27 mesi.**

In particolare abbiamo avuto un caso di **Sindrome Uremico Emolitica** in un bambino di 5 anni, con sintomatologia clinica caratterizzata da febbre molto elevata associata a gastroenterite ed imponente anemia .

I casi di salmonellosi tifoidea sono 5 , concentrati nella fascia di età > a 65 anni (3 casi) , un solo caso ha riguardato la fascia 25-64 e un solo caso la fascia 0-14.

EPATITE VIRALE A

Tra i casi del 2008 si è verificato un caso di Epatite virale A da importazione, in una giovane donna , non vaccinata , al ritorno da un viaggio in Egitto .

Nel 2009 il numero dei casi di Epatite Virale A scende a 4 casi .

Le indagini epidemiologiche hanno evidenziato per 3 casi una storia di viaggi in paesi Africani senza l'effettuazione di vaccinazione per epatite virale A e per il solo caso autoctono **il consumo di frutti di mare poco cotti .**

Nel 2010 si è verificato un solo caso di epatite A, nel mese di giugno, in un soggetto di 48 anni (Distretto Baiano ó Lauro)che ha consumato frutti di mare in un ristorante nelle 6 settimane precedenti la malattia .

Figura 3

Diarree infettive non da salmonella per agente patogeno Anni 2009 -2010

