

## Le malattie infettive nella ASL di Lodi: analisi dei dati 2011 e retrospettiva del quinquennio 2007-2011

Nel 2011 è proseguito l'utilizzo dell'applicativo MAINF (programma informatizzato regionale di segnalazione delle malattie infettive), con particolare attenzione alla tempestività, completezza e qualità dei dati inseriti.

Il numero di casi di malattie infettive segnalati tra residenti della A.S.L. di Lodi negli anni 2000 - 2011 ed il relativo tasso di incidenza per 100.000 abitanti sono riportati nella tabella seguente.

Patologia	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)	Numera Pratico	Tassa Residenti (<100000)
AIDS	8	3,9	4	1,9	4	1,9	5	2,3	8	3,7	12	5,5	10	4,5	8	3,5	12	5,3	7	3,0	6	2,6	7	3,0
AMEBIASI	1	0,5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
BLINORRAGIA	1	0,5	.	.	1	0,5	4	1,9	.	.	2	0,9	1	0,4	1	0,4	.	.	.	.	3	1,3	.	.
BRUCELLOSI	1	0,5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	.	.	.	.	1	0,4	.	.
DERMATOFITOSI	5	2,4	9	4,4	5	2,4	2	0,9	8	3,7	8	3,6	12	5,4	5	2,2	2	0,9	7	3,0	5	2,1	2	0,9
DIARREA INFETTIVA	12	5,9	33	16,1	17	8,1	26	12,2	16	7,4	33	15,0	43	19,3	68	29,9	99	43,6	148	64,0	223	95,6	228	97,7
EPATITE A	3	1,5	5	2,4	2	1,0	2	0,9	7	3,2	1	0,5	4	1,8	1	0,4	4	1,8	7	3,0	3	1,3	1	0,4
EPATITE B	7	3,4	5	2,4	2	1,0	6	2,8	9	4,2	2	0,9	5	2,2	6	2,6	2	0,9	2	0,9	2	0,9	3	1,3
EPATITE C	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	1	0,4	1	0,4	.	.	1	0,4	2	0,9
EPATITE NANB	2	1,0	6	2,9	1	0,5	2	0,9	1	0,5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
FEBBRE TIFOIDE	.	.	1	0,5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
GIARDIASI	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	0,9	.	.	.	.	2	0,9	.	.	1	0,4	.	.
INFEZ.TOSSINFEZIONI E INTOSS. ALIM.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1,3	6	2,6	8	3,5	4	1,7	47	20,1
INFEZIONE DA HIV	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	0,9	3	1,3
INFEZIONE ERPETICA	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	.	.	.	.
INFLUENZA	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	6	2,6	.	.	3	1,3
INTOSSICAZIONI DA FUNGHI	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	.	.
LEBBRA	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	.	.	.	.	.	.
LEGIONELLOSI	2	1,0	.	.	2	1,0	1	0,5	4	1,8	.	.	3	1,3	.	.	2	0,9	2	0,9	3	1,3	2	0,9
LEISHMANIOSI CUTANEA	1	0,5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
LEISHMANIOSI VISCERALE	1	0,5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
LEPTOSPIROSI	2	1,0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	.	.
LISTERIOSI	1	0,5	.	.	1	0,5	.	.	.	.	1	0,5	1	0,4	2	0,9	1	0,4	1	0,4	.	.	1	0,4
MALARIA	.	.	1	0,5	3	1,4	1	0,5	3	1,4	4	1,8	7	3,1	3	1,3	4	1,8	.	.	8	3,4	2	0,9
MALATTIA INVASIVA DA HIB	2	1,0	1	0,5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4
MALATTIA INVASIVA MENINGOCOCCICA	.	.	.	.	1	0,5	4	1,9	2	0,9	4	1,8	1	0,4	.	.	1	0,4	.	.	2	0,9	.	.
MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	2	1,0	2	1,0	4	1,9	3	1,4	1	0,5	1	0,5	.	.	6	2,6	2	0,9	6	2,6	3	1,3	4	1,7
MENINGITI BATTERICHE	1	0,5	4	1,9	2	1,0	4	1,9	3	1,4	3	1,4	3	1,3	2	0,9	1	0,4	5	2,2	.	.	3	1,3
MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	6	2,9	4	1,9	2	1,0	5	2,3	3	1,4	.	.	4	1,8	5	2,2	3	1,3	1	0,4	2	0,9	4	1,7
MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1,4	.	.	6	2,7	1	0,4	3	1,3	4	1,7	2	0,9	1	0,4
MONONUCLEOSI INFETTIVA	11	5,4	15	7,3	15	7,2	9	4,2	12	5,5	4	1,8	8	3,6	14	6,2	17	7,5	13	5,6	13	5,6	12	5,1
MORBILLO	1	0,5	5	2,4	78	37,3	51	24,0	.	.	.	.	2	0,9	3	1,3	31	13,6	4	1,7	7	3,0	31	13,3
PARASSITOSI INTESTINALE E NON	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	3	1,3	2	0,9	1	0,4	.	.	.	.
PAROTITE EPIDEMICA	725	354,4	939	457,4	35	16,8	23	10,8	41	18,9	22	10,0	10	4,5	7	3,1	19	8,4	14	6,1	4	1,7	5	2,1
PEDICULOSI	11	5,4	36	17,5	41	19,6	30	14,1	40	18,5	29	13,2	9	4,0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
PERTOSSE	7	3,4	7	3,4	10	4,8	1	0,5	5	2,3	1	0,5	2	0,9	2	0,9	.	.	3	1,3	2	0,9	2	0,9
ROSOLIA	1	0,5	1	0,5	45	21,5	3	1,4	1	0,5	1	0,5	1	0,4	.	.	8	3,5	.	.	.	.	1	0,4
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	82	40,1	109	53,1	99	47,4	84	39,5	87	40,2	75	34,2	72	32,3	59	26,0	69	30,4	51	22,1	50	21,4	91	39,0
SCABBIA	34	16,6	46	22,4	43	20,6	34	16,0	51	23,5	62	28,2	70	31,4	51	22,4	62	27,3	63	27,3	19	8,1	68	29,1
SCARLATTINA	192	93,8	134	65,3	262	125,4	435	204,3	202	93,2	230	104,8	245	109,9	434	191,0	337	148,3	277	119,9	254	108,9	253	108,4
SHIGELLOSI	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
SIFILIDE	2	1,0	3	1,5	7	3,4	4	1,9	2	0,9	5	2,3	2	0,9	.	.	1	0,4	2	0,9	4	1,7	2	0,9
TOXOPLASMOSI	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,4	.	.	.	.
TUBERCOLOSI	18	8,8	19	9,3	15	7,2	15	7,0	7	3,2	15	6,8	22	9,9	27	11,9	20	8,8	17	7,4	24	10,3	13	5,6
VARICELLA	1.044	510,3	723	352,2	529	253,3	683	320,8	872	402,5	420	191,3	508	227,9	787	346,4	1.022	449,8	579	250,5	560	240,0	504	216,0

Sono riportati, di seguito, i tassi d'incidenza regionali per gli stessi anni (dal 2000 al 2011).

Inizio Sintomi Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	Tasso Regione(x 100000)	
Patologia											Numero Pratiche	Tasso Regione(x 100000)	
AIDS	1,8	5,7	5,5	5,4	5,0	4,7	3,5	3,7	3,2	3,1	2,8	186	1,9
AMEBIASI	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	11	0,1
BLENORRAGIA	1,0	1,2	0,8	1,1	1,6	1,6	1,2	0,5	0,7	0,8	1,3	127	1,3
BOTULISMO	.	.	.	.	.	.	0,0	.	.	.	0,0	.	.
BRUCELLOSI	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	.	.
CHLAMIDIA GENITALE	.	0,0	.	0,0	.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	22	0,2
DERMATOFITOSI	2,2	4,8	4,4	4,2	3,6	3,3	4,6	4,6	5,4	5,3	5,0	374	3,8
DIARREA INFETTIVA	5,5	9,3	8,9	8,8	9,0	11,9	15,3	19,3	29,9	37,3	40,6	3.281	33,4
ENCEFALOPATIA SPONGIFORME TRASMISSIBILE (MCJ)	.	.	.	0,0	.	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	4	0,0
EPATITE A	2,8	3,4	2,0	5,6	2,7	1,5	2,1	1,6	1,9	4,1	1,7	122	1,2
EPATITE B	3,1	3,1	4,3	3,6	2,9	2,3	2,2	2,1	1,8	1,5	1,0	86	0,9
EPATITE C	.	.	.	.	.	0,0	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3	28	0,3
EPATITE D	.	.	.	.	.	.	.	0,0	.	0,0	.	1	0,0
EPATITE E	.	.	.	.	.	.	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	6	0,1
EPATITE NANB	0,6	0,8	0,7	0,6	0,4	0,3	.	.	.	.	.	.	.
EPATITE VIRALE NON SPECIFICATA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	.	.	.	.	.	.	.
FEBBRE EMORRAGICA	.	.	.	.	.	.	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	7	0,1
FEBBRE TIFOIDE	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	21	0,2
FILARIOSI	.	0,0	0,0	.	.	0,0	.	.	.	.	.	.	.
GIARDIASI	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,3	0,5	0,4	0,3	0,4	38	0,4
INFEZ.,TOSSINFEZIONI E INTOSS. ALIM.	0,8	0,1	1,5	0,7	0,1	0,1	0,6	3,8	2,0	4,6	2,4	260	2,6
INFEZIONE DA HIV	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,2	8	0,1
INFEZIONE ERPETICA	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0	.	.	0,0	0,1	3	0,0
INFLUENZA	.	.	.	.	.	.	.	0,0	0,0	4,0	0,1	161	1,6
INTOSSICAZIONI DA FUNGHI	.	.	.	.	.	.	.	0,0	0,5	0,6	1,7	36	0,4
LEBBRA	0,0	.	0,1	0,0	0,0	.	0,0	0,0	0,0	.	.	.	.
LEGIONELLOSI	1,1	1,5	3,0	2,8	1,9	3,3	3,5	3,4	4,0	4,1	4,1	307	3,1
LEISHMANIOSI CUTANEA	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	.	0,0	.	1	0,0
LEISHMANIOSI VISCERALE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	5	0,1
LEPTOSPIROSI	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	3	0,0
LISTERIOSI	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,5	0,5	0,7	57	0,6
MALARIA	3,2	2,6	2,3	2,1	2,3	1,6	1,9	1,5	1,5	1,7	2,2	159	1,6
MALATTIA DA CMV	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	0,0
MALATTIA DI LYME	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	11	0,1
MALATTIA INVASIVA DA HIB	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	6	0,1
MALATTIA INVASIVA MENINGOCOCCICA	0,5	0,5	0,6	1,0	0,7	1,0	0,4	0,5	0,5	0,5	0,3	31	0,3
MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	0,6	0,6	0,7	0,8	0,9	0,7	1,0	1,5	1,8	2,2	2,7	223	2,3
MENINGITI BATTERICHE	0,9	0,8	0,8	1,0	0,7	1,1	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	61	0,6
MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	0,9	1,4	0,9	1,2	0,9	1,2	1,2	1,4	1,6	1,3	1,0	103	1,0
MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE	1,3	1,1	0,8	0,9	0,9	1,0	1,4	1,5	1,6	1,5	1,5	67	0,7
MONONUCLEOSI INFETTIVA	5,0	5,8	4,4	4,2	3,9	2,7	2,4	2,7	3,4	2,7	2,8	246	2,5
MORBILLO	1,5	2,7	7,2	5,4	0,7	0,6	0,7	1,1	10,8	1,7	1,6	720	7,3
PARASSITOSI INTESTINALE E NON	.	.	.	0,0	0,0	0,1	0,9	1,1	1,2	1,2	1,3	89	0,9
PAROTITE EPIDEMICA	114,8	108,6	19,3	14,0	11,5	9,4	6,0	4,6	4,9	4,4	3,5	274	2,8
PEDICULOSI	3,9	5,6	7,7	9,8	9,6	4,9	3,2	2,0	1,2	0,7	0,5	42	0,4
PERTOSSE	4,2	4,1	2,6	1,6	1,6	0,8	0,9	1,2	0,5	0,9	0,5	49	0,5
RABBIA	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,0
RICKETTSIOSI	0,1	0,1	0,1	1,5	0,1	0,1	0,0	0,0	.	0,0	0,0	5	0,1
ROSOLIA	1,8	3,1	19,2	1,9	0,9	0,5	0,4	0,5	3,0	0,4	0,2	19	0,2
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	30,1	32,3	31,0	31,9	24,2	20,1	19,5	24,1	25,2	20,4	18,1	1.438	14,6
SCABBIA	10,0	19,1	18,8	17,0	16,6	14,5	19,1	14,8	15,3	13,9	11,4	721	7,3
SCARLATINA	53,1	62,5	74,7	87,2	67,6	66,1	69,1	66,4	73,3	64,5	63,0	5.535	56,3
SHIGELLOSI	.	.	.	.	.	.	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	24	0,2
SIFILIDE	1,2	2,0	3,6	3,5	3,1	3,3	1,6	1,2	1,3	1,7	2,7	208	2,1
TETANO	0,0	.	.	.	.	.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	12	0,1
TIFO ESANTEMATICO	.	.	.	.	.	.	.	.	0,0	.	.	.	.
TOXOPLASMOSI	0,1	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	9	0,1
TRICHINOSI	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,0	0,0	.	.
TUBERCOLOSI	11,0	10,9	9,4	9,5	9,2	10,5	10,9	10,7	10,4	9,7	9,7	575	5,9
TULAREMIA	0,0	.	.	0,0	.	.	.	.	.	.	.	.	.
VARICELLA	234,9	259,1	202,9	240,2	274,4	158,8	272,2	218,2	262,3	192,9	215,7	20.569	209,3

L'analisi ed il confronto dei dati tra le due tabelle consentono alcune osservazioni, riportate di seguito.

AIDS (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 3,0 vs. 1,9)

A partire dagli anni 80, l'incidenza di casi di AIDS, in Italia, è aumentata in maniera rapidissima fino al 1995 e poi è progressivamente calata.

La Lombardia è sempre stata una delle regioni italiane con il più alto tasso di incidenza. Nella provincia di Lodi, i tassi di incidenza nell'ultimo quinquennio variano tra 2,5 e 4 casi/100 000 abitanti: non è percepibile il lieve calo d'incidenza registrato nei dati lombardi, forse solo a causa del numero esiguo di casi.

In tutta Europa, nel corso degli anni, l'età media al momento della diagnosi è aumentata, passando, in Italia, dai 25 anni nel 1985 ai 37 nel 2010. I casi pediatrici sono andati progressivamente diminuendo (5 casi in Italia nell'ultimo triennio, nessuno nella nostra ASL).

Nella nostra A.S.L., fino al 2010, l'età media dei casi era 35-40 anni, mentre nel 2011 è di 50 anni: dei 7 casi del 2011, 6 sono uomini, di cui uno di 65 e uno di 59 anni; l'unico caso donna ha 30 anni e proviene da un Paese ad alta endemicità. Dei 6 casi maschili, 4 sono eterosessuali senza altri rischi riferiti, uno ex tossicodipendente, uno bisessuale; la donna ha avuto partner eterosessuali occasionali.

Negli anni '80 il fattore di rischio più frequente era la tossicodipendenza (75% dei casi nel 1985); i casi associati alla tossicodipendenza si sono progressivamente ridotti, fino al 5% nel 2010; sono invece aumentati i casi legati al contagio per via sessuale, sia omo che eterosessuale (8% nel 1985, 79% nel 2010). Negli ultimi anni sta poi aumentando la quota di casi in soggetti eterosessuali, senza altri rischi evidenti.

Anche nella nostra realtà è osservabile questo mutamento: nell'ultimo triennio i casi in tossicodipendenti sono stati il 20%, quelli in eterosessuali il 50%, il 20% in omosessuali.

Mentre nel corso degli anni le nicchie di popolazione considerate ad alto rischio (tossicodipendenti ed omosessuali) sono state molto sensibilizzate alla malattia e all'effettuazione periodica del test, altre categorie di soggetti, come i soggetti eterosessuali promiscui, non sono stati sufficientemente sensibilizzati; alcuni di loro si trovano, quindi, affetti da AIDS conclamata senza mai aver effettuato un test di ricerca dell'HIV e in uno stato già avanzato di malattia, con sopravvivenza, quindi, non lunga.

Alla luce dei dati epidemiologici e delle recenti indicazioni regionali, si rende necessario re-indirizzare le campagne di sensibilizzazione ai rischi correlati all'infezione da HIV e alla promozione del test: sarà preparato materiale informativo per la popolazione; inoltre è in calendario per il 2012 un corso di formazione per i medici di medicina generale per inserire il test HIV nell'iter diagnostico delle patologie "sentinella" (es. Tb).

Infezione da HIV (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 1,3 vs. 0,1)

Dal 2010 anche la prima diagnosi di questa infezione è soggetta a segnalazione ed inserimento in anonimato nel programma informatizzato regionale di segnalazione delle malattie infettive, con tutte le informazioni disponibili sui comportamenti a rischio dei soggetti coinvolti: il bassissimo numero di segnalazioni relative a residenti non consente però ancora un'analisi significativa del dato.

Diarrea infettiva (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 97,7 vs. 33,4)

L'incremento degli ultimi anni è dovuto, fondamentalmente, ai casi di infezione da *C. difficile*, nella stragrande maggioranza di provenienza ospedaliera; questo fenomeno è stato rilevato non solo nella nostra ASL, ma anche a livello regionale e nazionale. La capillare opera di sensibilizzazione fatta negli ultimi 2 anni nei confronti degli operatori ospedalieri per la segnalazione di tutti i casi diagnosticati, porta la ASL di Lodi ad avere un tasso d'incidenza, anche nel 2011, nettamente superiore a quello regionale.

Epatiti virali B e C (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: rispettivamente 1,3 e 0,9 vs. 0,9 e 0,3)

I dati non si discostano da quelli regionali.

Epatite A (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 0,4 vs. 1,2)

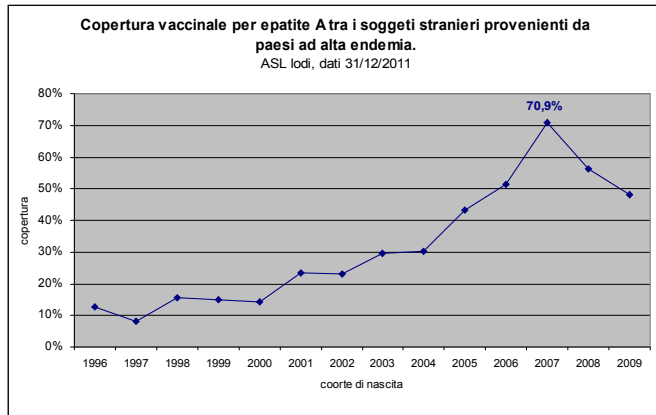
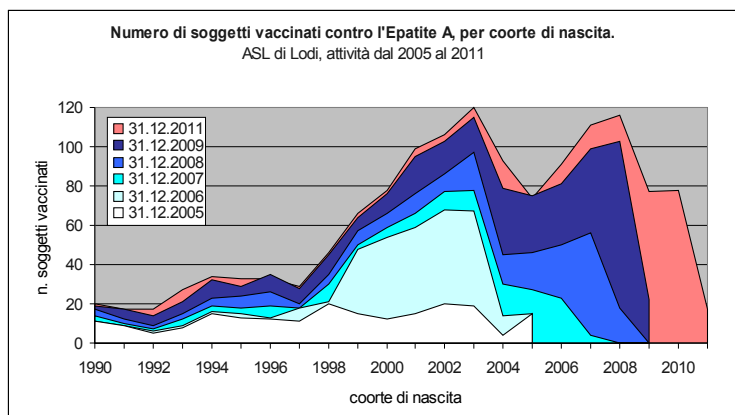
L'incidenza complessiva della malattia, nell'ultimo decennio, sembra costante sia in Lombardia che nella nostra ASL.

Casi di epatite A

anno inizio sintomi	1-5 aa	6-14 aa	>14 aa
2007	-	<b>2</b>	-
2008	-	<b>1</b>	<b>1</b> +2
2009	-	-	7
2010	<b>1</b>		2
2011			<b>1</b>

Nella ASL di Lodi, negli anni 2007-2011 sono stati notificati complessivamente 16 casi di epatite A in soggetti residenti; sono in aumento i casi in omosessuali maschi e i casi pediatrici in stranieri: i soggetti evidenziati in rosso nella tabella avevano soggiornato nel proprio Paese di origine extraeuropeo nei 2 mesi antecedenti la malattia.

Per questo, a partire dalla fine del 2007, dopo aver valutato l'onere economico dell'intervento preventivo post-esposizione effettuato tramite vaccinazione anche dei contatti scolastici dei casi, nella nostra ASL è stata implementata la procedura per l'offerta della vaccinazione gratuita a tutti i bambini fino a 14 anni originari di un Paese ad alta endemia, indipendentemente dall'imminenza del viaggio, con i risultati sotto riportati.



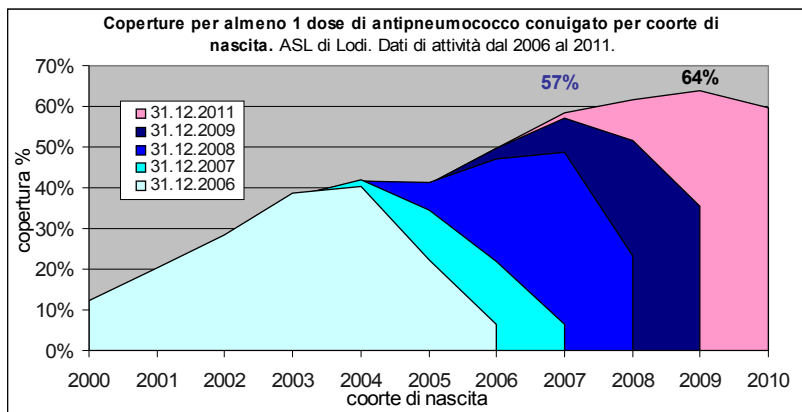
Dato che sarebbe troppo dispendioso fare inviti ad hoc, la proposta attiva della vaccinazione antiepatite A viene effettuata in occasione dei richiami per altre vaccinazioni: le coperture più alte si hanno tra le coorti in corso di chiamata (annate 2006 e 2007). Resta molto importante la collaborazione dei Pediatri di Famiglia per raggiungere meglio i soggetti appartenenti alle coorti dove non sono previsti richiami vaccinali.

Infezioni, tossinfezioni e intossicazioni alimentari (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 20,1 vs. 2,6)

Un rilevante evento di tossinfezione alimentare ha incrementato i tassi del 2011 oltre i livelli regionali (Cervignano, agosto).

Malattia invasiva pneumococcica (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 1,7 vs. 2,3)

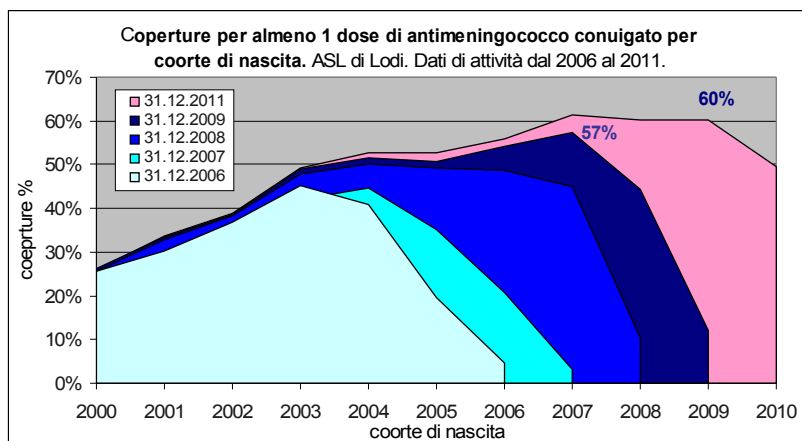
Dei 4 casi del 2011, 3 erano anziani, uno solo era stato vaccinato nel 2001 con vaccino polisaccaridico e ha sviluppato un meningite da ceppo non vaccinale; il quarto caso era una giovane donna, immunodepressa perché affetta da neoplasia, non vaccinata, che ha contratto una sepsi da sierotipo non vaccinale (pool G). Nessun caso si è verificato in bambini.



La copertura vaccinale per pneumococco nei bambini è in continua crescita negli ultimi anni (58% di copertura media nelle coorti 2007-2011, con una punta del 64% nella coorte 2009).

Resta da incrementare la vaccinazione dei soggetti adulti con malattie che li pongano a particolare rischio, con l'offerta attiva diretta ai pazienti e la sensibilizzazione degli specialisti.

Malattia invasiva meningococcica (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 0,0 vs. 0,3)



Nessun caso si è verificato nel 2011, in linea con la bassa incidenza lombarda.

Come per lo pneumococco, la copertura vaccinale nei confronti del ceppo C sta progressivamente aumentando negli anni di attività.

**Malattia invasiva da Hib** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 0,4 vs. 0,1)

Nel 2011 si è verificata una meningite in un bambino di 4 anni regolarmente vaccinato con 3 dosi, senza fattori di rischio (dato compatibile con la percentuale di non responder alla vaccinazione).

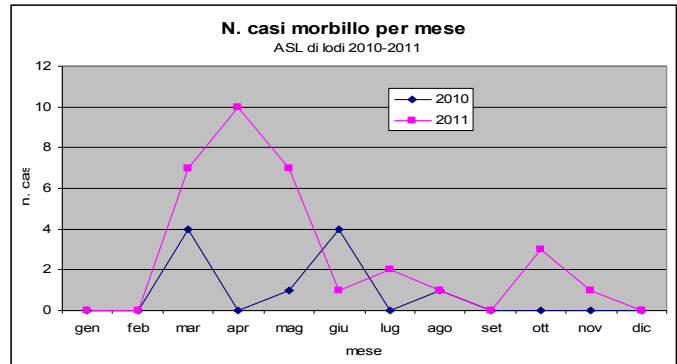
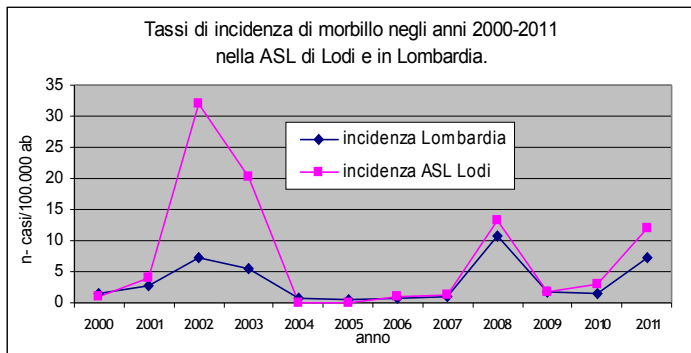
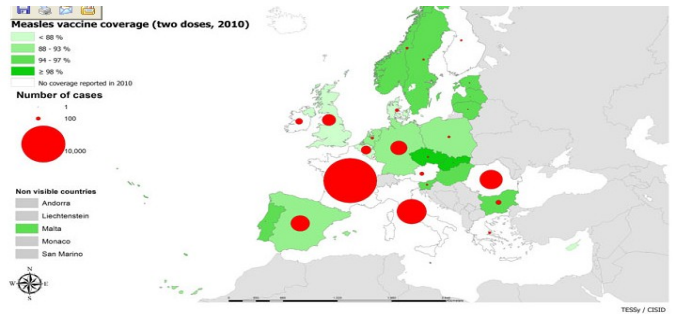
Le coperture vaccinali per Hib, dopo l'introduzione del vaccino esavalente, non hanno mai rappresentato un problema, mantenendosi sempre sopra il 95%.

**Morbillo** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 13,3 vs. 7,3)

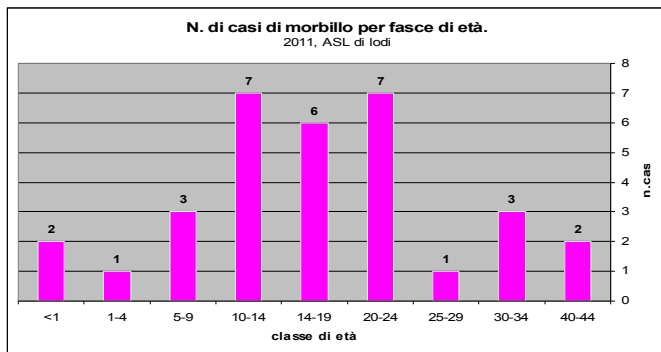
Il nuovo picco epidemico emerso in tutta Europa negli anni 2010 e 2011 non accenna ad arrestarsi.

L'Italia si colloca al 3° posto in Europa come numero complessivo di casi segnalati nel 2011 (circa 5000) e come tasso di incidenza. A fronte di un tasso medio europeo di 5,5 casi /100.000 abitanti, la Francia ha il tasso più alto (23/100 000), seguita dalla Romania (12,6/100 000) e dall'Italia (7,5/100 000).

Il calo di casi in tutta Europa, avvenuto negli ultimi mesi, secondo l'osservatorio europeo delle malattie infettive (ECDC), potrebbe essere solo dovuto all'andamento stagionale della malattia, ed è quindi verosimile un nuovo picco epidemico tra i mesi di febbraio e maggio 2012.



L'ondata epidemica è stata evidente anche in Lombardia e nella nostra ASL, con un andamento stagionale simile a quello europeo.

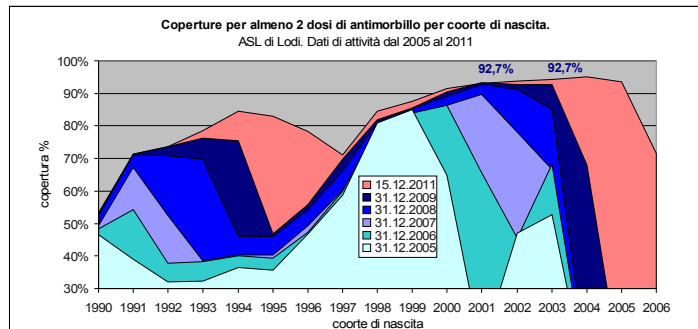
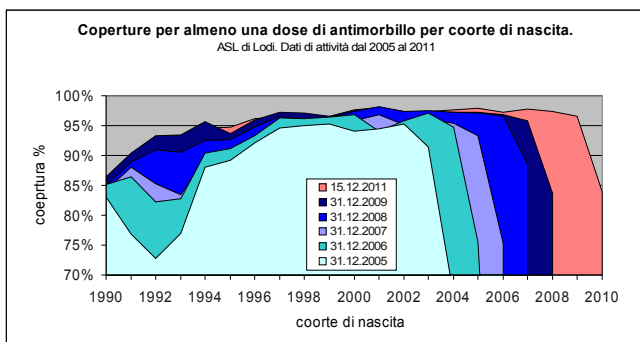


Dei nostri 28 casi del 2011, 16 sono stati soggetti adulti, 2 vaccinati con una dose. Dei 12 casi di minori, 3 erano stati vaccinati in precedenza, 2 hanno ricevuto una vaccinazione post-esposizione, ma oltre i termini ritenuti utili a dare massima efficacia all'intervento e 2 avevano, all'esordio della sintomatologia, meno di un anno (quindi non vaccinabili). Dodici dei 28 casi sono stati raggruppati in 5 focolai: in tutti i 5 focolai vi è stata trasmissione all'interno della famiglia; in 2 focolai vi è stata anche trasmissione all'interno della comunità scolastica: in uno c'è stato un comune contatto all'estero della classe (gita scolastica a Praga), nell'altro caso è stata rifiutata la proposta di

vaccinazione post-esposizione. 5 casi (2 adulti e 3 bambini) sono stati ricoverati presso strutture ospedaliere, ma in un solo caso si sono verificate complicanze (una bimba di 11 mesi ha sviluppato focolaio broncopneumonico); tutti i 28 soggetti sono guariti.

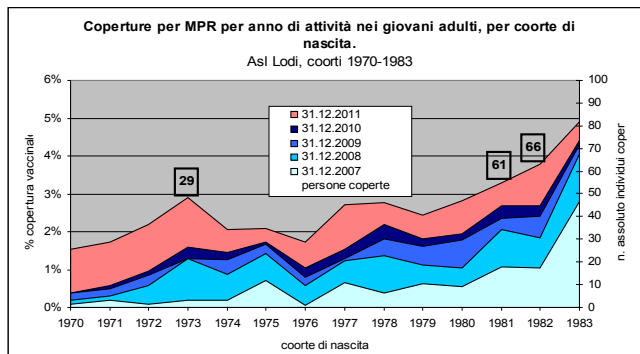
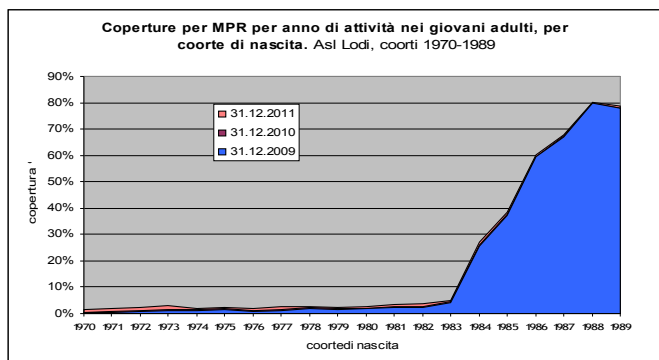
I dati confermano l'alta circolazione attuale del virus del morbillo, anche nel nostro territorio.

La sensibilizzazione dei medici curanti alla rapida segnalazione dei casi ha permesso la proposta della profilassi post-esposizione e il contenimento dei focolai epidemici.



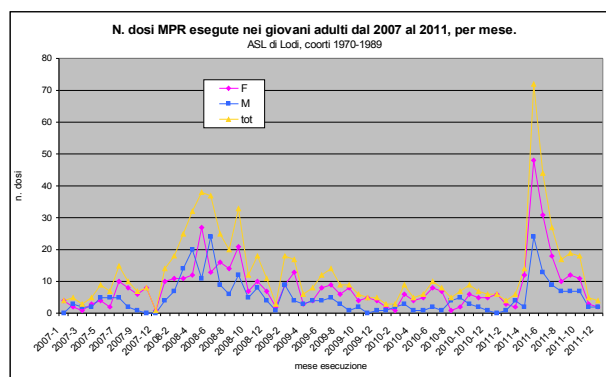
L'alta copertura vaccinale della popolazione fino ai 18 anni ha evitato il verificarsi di ampi focolai all'interno delle comunità infantili e giovanili. Nel corso degli anni di attività dal 2005 al 2011 la copertura vaccinale su tutte le coorti di minori sta progressivamente aumentando, sia per una che per due dosi di vaccino contro morbillo-parotite-rosolia (MPR): oltre il 95% dei soggetti vaccinabili nati dal 1995 in poi ha ricevuto almeno una dose, mentre più del 90% dei nati tra il 2000 e il 2005 ha ricevuto 2 dosi.

La copertura è invece bassissima nei giovani adulti: il dato rilevato (meno del 10% dei soggetti nati prima del 1984 risulta vaccinato) potrebbe essere sottostimato per la mancata registrazione informatizzata delle vaccinazioni eseguite prima degli anni '80: c'è da considerare però che l'offerta attiva della vaccinazione per morbillo e rosolia è iniziata nei primi anni '90.



Attualmente, nella nostra ASL, gli adulti fino a 45 anni, maschi e femmine, possono usufruire dell'offerta gratuita della vaccinazione MPR. Questa offerta è stata rafforzata dalla proposta attiva del vaccino a tutti i genitori che accedono all'ambulatorio vaccinazioni, attuata nei mesi di maggio e giugno 2011, picco dell'epidemia.

La proposta attiva della vaccinazione, attuata nel 2008 e nel 2011, ha prodotto buoni risultati: se continuata nel tempo, indipendentemente dalla contemporaneità con le ondate epidemiche, ma soprattutto se sarà estesa anche al resto del territorio lombardo e italiano, supportata da campagne di promozione della vaccinazione, potrà portare un'ampia copertura anche delle fasce di popolazione dei giovani adulti.

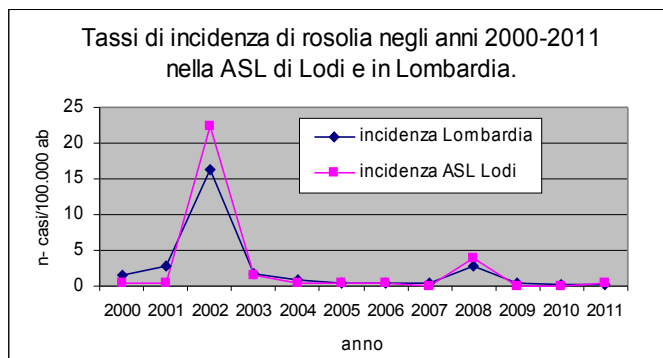


ad

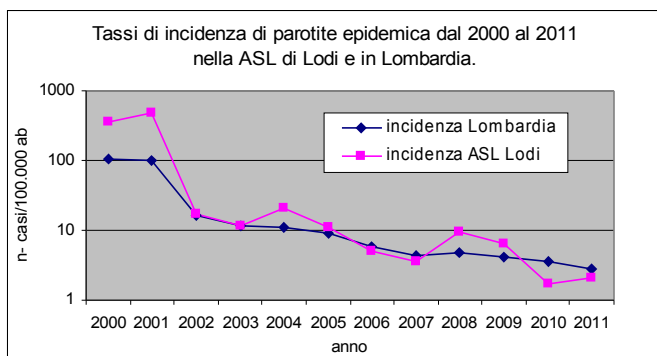
**Rosolia** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 0,4 vs. 0,2)

Nell'ultimo quinquennio l'andamento della rosolia nella nostra A.S.L. ha seguito quello lombardo: nel 2008 nella A.S.L. di Lodi si sono verificati 8 casi, tutti isolati, senza nessun focolaio: 2 ragazze di 18 anni e 6 maschi di età compresa tra i 21 e i 38 anni, nessuno vaccinato. Zero casi nel 2009 e 2010. Un caso nel 2011: una bambina di un anno appena vaccinata con MPR; la diagnosi è stata solo clinica, senza accertamenti virologici.

Un'efficace campagna di vaccinazione con vaccino MPR dei giovani adulti sarebbe indispensabile anche per scongiurare il pericolo d'infezione in donne in gravidanza.



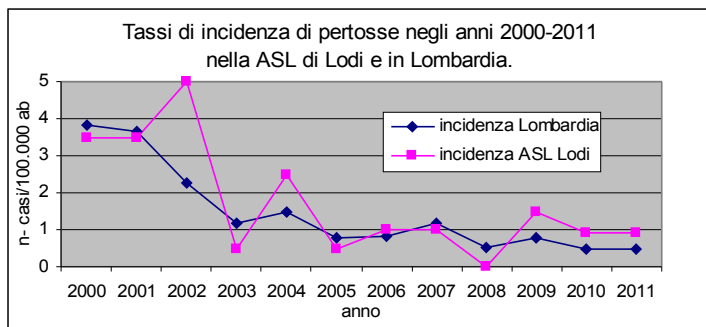
**Parotite** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 2,1 vs. 2,8)



Dal 2007 al 2011 sono stati diagnosticati 49 casi di parotite epidemica nella nostra ASL: dei 41 casi in minori, 40 erano stati vaccinati con MPR, 16 con una dose e 24 con 2 dosi. Nessuno degli adulti era stato vaccinato.

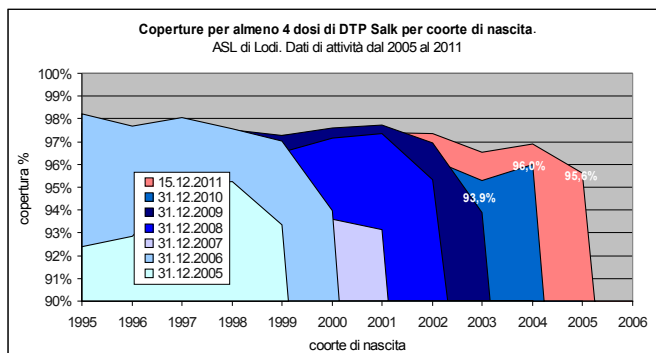
La diagnosi è stata sempre clinica, senza accertamento virologico: è verosimile quindi che alcuni di questi casi notificati possano essere stati causati da altri agenti patogeni.

**Pertosse** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 0,9 vs. 0,5)

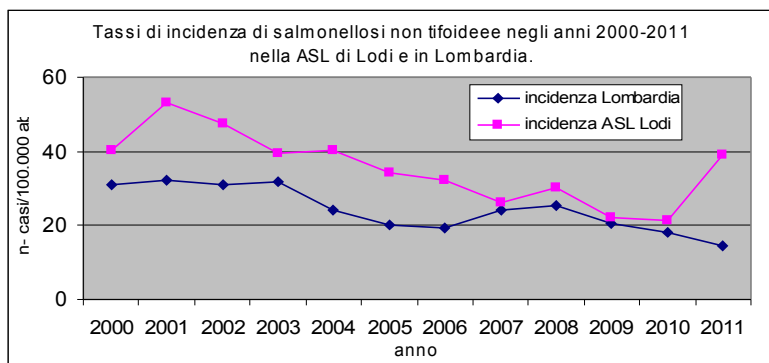


La quarta dose di vaccino a 6 anni, pur con coperture alte, non garantisce una protezione nel tempo. Andrebbe valutata l'opportunità di somministrare una quinta dose di vaccino antipertosse in occasione del richiamo difterite-tetano a 15 anni, al fine di ampliare la popolazione protetta a maggior difesa delle fasce di popolazione più deboli, come i nuovi nati e gli anziani.

Dal 2007 al 2011 si sono verificati in A.S.L. 9 casi, di cui 3 con conferma sierologia: 3 bambini tra 1 e 5 anni, non vaccinati; 3 ragazzi tra 11 e 13 anni, di cui 2 vaccinati; un uomo di 37 anni, una donna di 50 e un uomo di 86 anni. Un focolaio si è verificato tra 2 fratelli, entrambi non vaccinati. La pertosse si conferma essere una patologia ancora circolante, anche nei nostri territori, in tutte le fasce di popolazione.

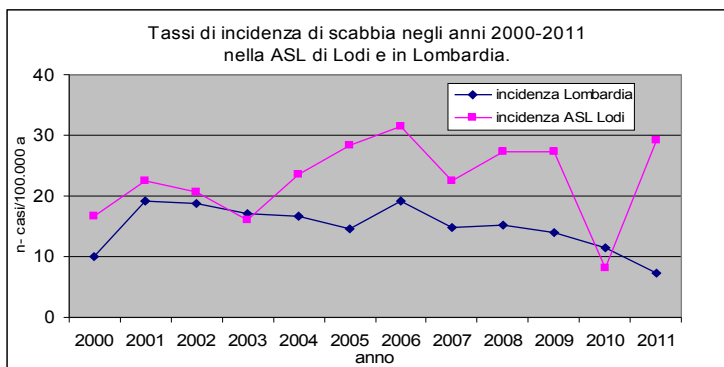


**Salmonellosi non tifoidee** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 39,0 vs. 14,6)



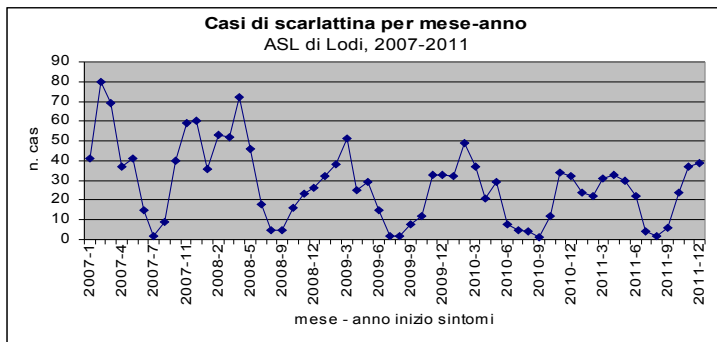
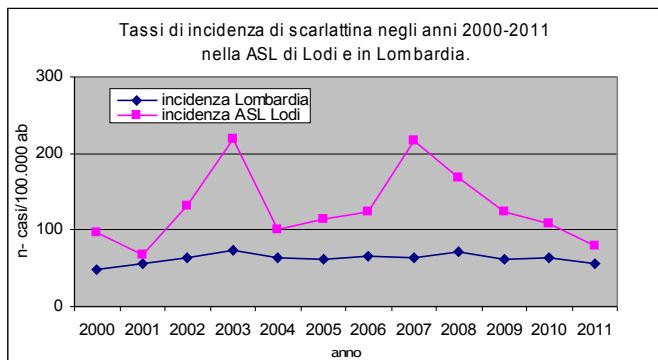
L'incidenza di malattia 2011 in A.S.L. è significativamente superiore a quella del triennio precedente ed anche al dato medio lombardo. 76 casi dei 91 complessivi di ASL del 2011 si sono verificati in minori, di cui 22 al di sotto dei 3 anni. 34 casi sono stati inquadrabili in 7 focolai: 6 focolai si sono sviluppati in ambito familiare, un focolaio epidemico si è invece verificato all'interno di una scuola materna, coinvolgendo 23 bambini: questo episodio ha contribuito significativamente al picco di incidenza di quest'anno.

**Scabbia** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 29,1 vs. 7,3)



Dopo una netta riduzione dei casi nella nostra A.S.L. nel 2010, nel 2011 appare una recrudescenza della malattia: sono stati notificati 68 casi di scabbia, di cui 56 facenti parti di 14 focolai, tutti circoscritti all'ambito domestico. Un numeroso focolaio si è verificato in una casa di riposo (12 ospiti e 3 operatori). 18 casi sono stati notificati in minori, di cui 4 sotto i 3 anni di età.

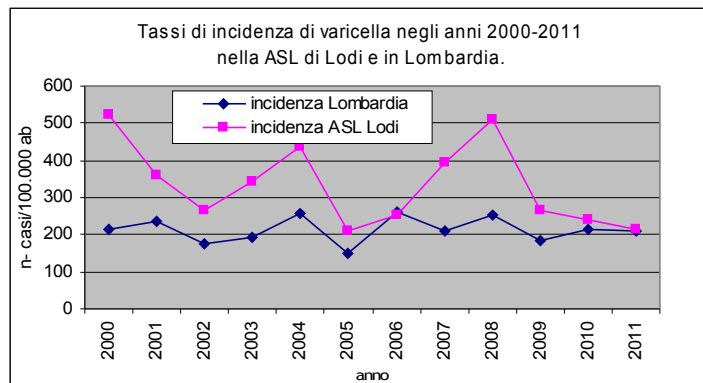
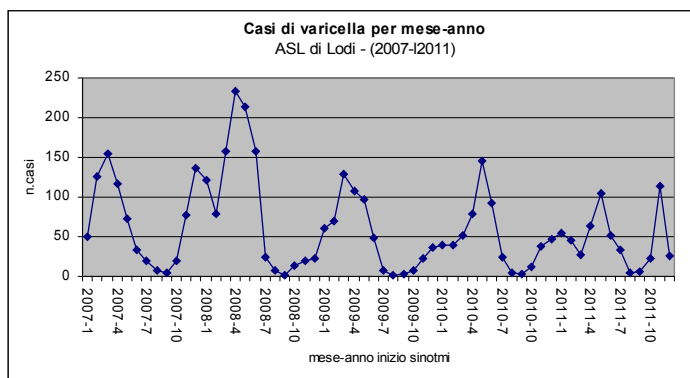
**Scarlattina** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 108,4 vs. 56,3)



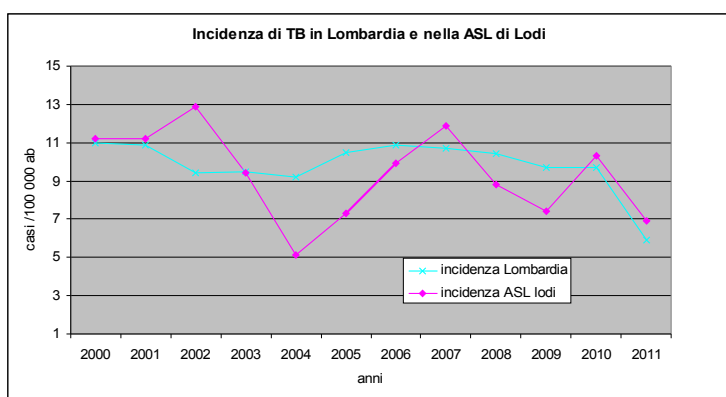
Presenta il tipico andamento endemo-epidemico. L'alto numero di casi segnalati potrebbe essere solo dovuto all'attenzione dei medici di assistenza primaria all'obbligo della segnalazione delle malattie infettive diffuse, frutto della sensibilizzazione da parte della ASL.

**Varicella** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 216,0 vs. 209,3)

L'incidenza nella nostra ASL, si è progressivamente ridotta, fino a dimezzarsi nell'arco del decennio: in assenza di interventi preventivi, sarebbe da indagare quanto si sia modificata l'epidemiologia e quanto la sensibilizzazione alla segnalazione.



**Tubercolosi** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 5,6 vs. 5,9)

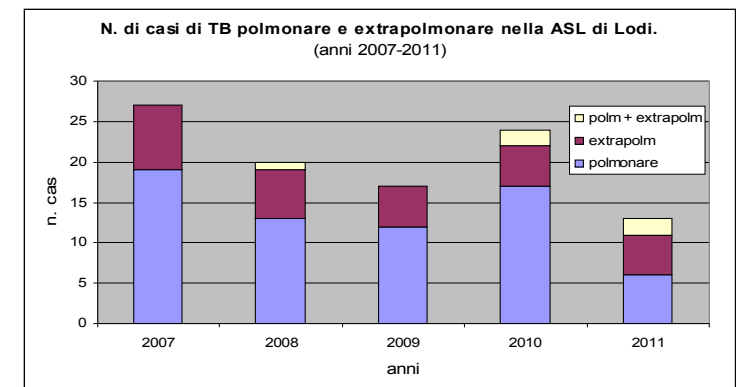
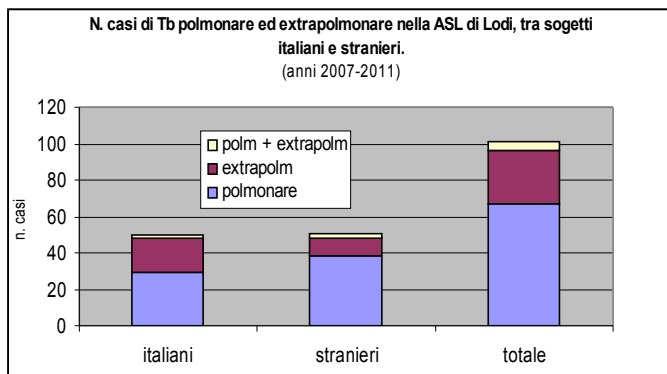
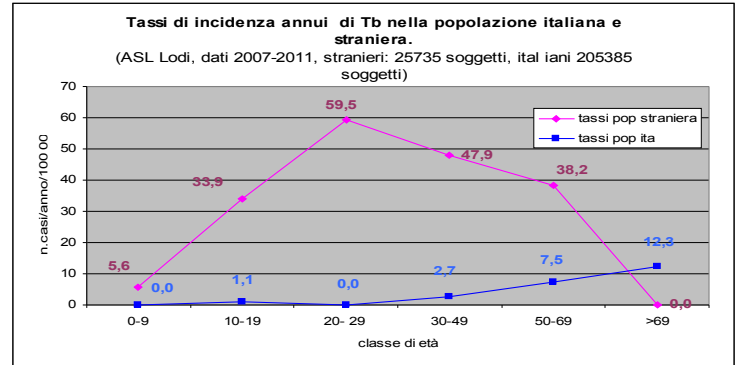
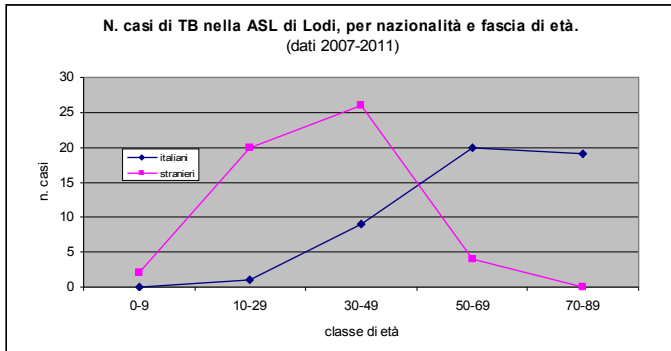
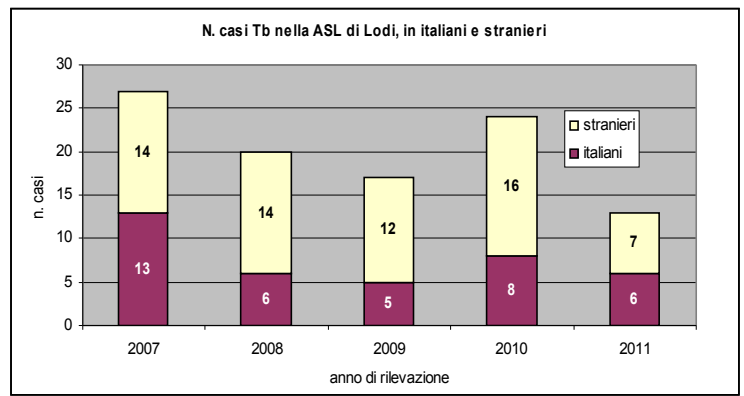


Il dato della ASL di Lodi relativo a questa patologia non si discosta molto dal dato regionale; la malattia è stata prevalentemente a carico di soggetti provenienti da Paesi ad alta endemia tubercolare, anche molto giovani, talvolta con piccoli focolai familiari. Grazie all'ottima collaborazione con le strutture di diagnosi oggi si può ritenere che tutti i casi siano segnalati tempestivamente alla diagnosi, ciò consentendo interventi più efficaci di contenimento dell'infezione.

L'andamento della malattia in Lombardia e nella ASL di Lodi è rimasto sostanzialmente costante nel decennio: il minor numero di casi nell'ultimo anno di rilevazione è fisiologico, dovuto al ritardo di diagnosi rispetto all'esordio sintomi, tipico di questa patologia.

Complessivamente, nei residenti nella ASL di Lodi, sono stati notificati 101 casi con inizio sintomatologia nel quinquennio 2007-2011. Negli anni è rimasta costante la proporzione di casi tra soggetti italiani e stranieri: la distribuzione per età dei casi del quinquennio mostra, come già noto, che i casi di Tb sono prevalentemente in giovani stranieri e in persone italiane di età più avanzata.

La proporzione di forme polmonari ed extrapolmonari non si è modificata negli anni; le forme polmonari ed extrapolmonari sono distribuite omogeneamente tra i soggetti italiani e stranieri.



**Malaria** (tasso d'incidenza 2011 Lodi vs. Regione Lombardia: 0,9 vs. 1,6)

Dal 2007 sono stati notificati 17 casi di malaria: 15 da *p. falciparum*, 1 da *p. malariae*, 1 da plasmodio spp. 14 dei 17 soggetti erano originari dell'Africa centro-occidentale; anche 2 dei 3 italiani contagiati avevano contratto l'infezione in quella regione: 6 in Camerun, 6 in Costa d'Avorio, 2 in Ghana, 1 in Togo, 1 in Nigeria; l'altro italiano contagiato si era recato in Mozambico.



Il soggiorno nel paese di origine è durato meno di due mesi in 6 casi. 3 casi erano in bambini (due di un anno, uno di 10 anni). Solo 3 soggetti avevano iniziato un trattamento profilattico, ma nessuno dei 3 lo ha terminato in modo corretto. I due bambini di un anno avevano avuto un accesso ai nostri ambulatori appena prima del viaggio, per l'effettuazione della vaccinazione anti febbre gialla, in cui era stata anche prescritta la profilassi antimalarica. Il bambino di 10 anni aveva effettuato la vaccinazione antifebbre gialla negli anni precedenti, e non aveva avuto un accesso ai nostri ambulatori imminente prima del viaggio.

Si ribadisce l'importanza di sensibilizzare i soggetti stranieri provenienti da queste aree ad alto rischio all'effettuazione di trattamento profilattico prima di intraprendere un viaggio.

Presso la ASL è attivo l'ambulatorio di profilassi internazionale, in cui, nel corso del 2011, sono state valutate 259 persone.