

Il periodo 1995-2004

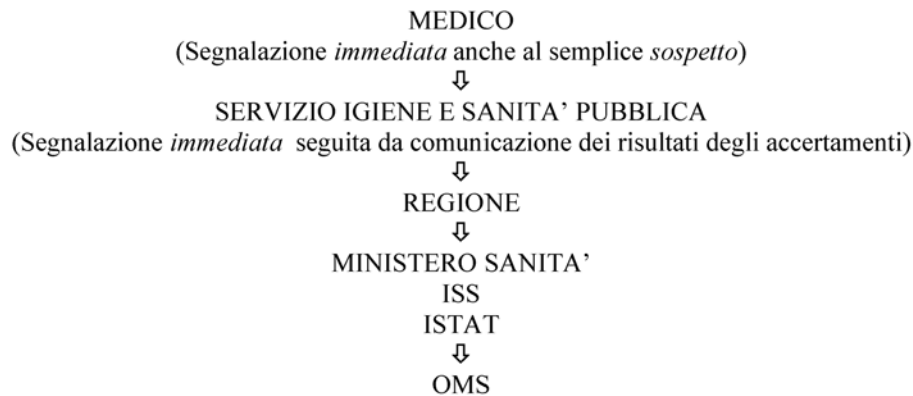
Le analisi che seguono costituiscono il vero obiettivo di questo studio che è quello di descrivere l'evolversi del fenomeno infettivo in Valle d'Aosta negli ultimi 10 anni, sia sotto il profilo epidemiologico, sia sotto il profilo dell'attenzione posta all'attività di notifica e alla manutenzione dei sistemi informativi dedicati.

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE I

Colera, febbre gialla, febbre ricorrente epidemica, febbri emorragiche virali, peste, poliomielite, tifo esantematico, botulinismo, difterite, influenza con isolamento virale, rabbia, tetano, trichinosi.

In questo gruppo sono comprese sia le malattie infettive soggette al Regolamento Sanitario Internazionale, sia quelle che rivestono particolare interesse per la sanità pubblica.

Per tutte, il medico che pone la diagnosi, certa o anche solo sospetta, deve darne segnalazione *immediata* al servizio di igiene pubblica della azienda sanitaria locale competente, secondo il flusso informativo di seguito rappresentato:

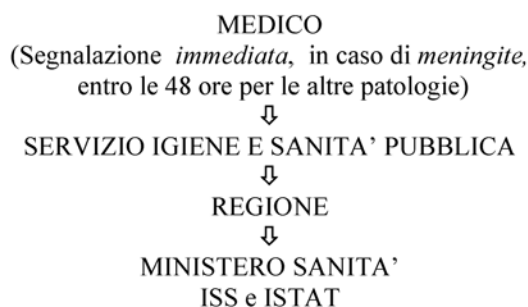


Non è previsto per la Classe I un flusso di notifica informatizzato; i dati quindi non vengono rilasciati dal sistema SIMI, ma sono ottenuti dall'archivio cartaceo del Servizio di Igiene e Sanità pubblica dell'Azienda USL che ha registrato per questo periodo un solo caso di tetano nel 1997.

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE II

Blenorragia, brucellosi, diarree infettive non da salmonella, epatite virale A, epatite virale B, epatite virale non A non B, epatite virale n.s., 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 tifoide, scarlattina, sifilide, tularemia, varicella.

Questo raggruppamento di malattie rappresenta la Classe più consistente dal punto di vista quantitativo e comprende le malattie più frequenti per le quali si richiede una segnalazione *immediata*, o perché soggette a Regolamento Sanitario Internazionale o perché rivestono un particolare interesse. Il flusso informativo è quello di seguito rappresentato:



Per questa Classe è previsto un flusso di notifiche informatizzato, rilasciato dal sistema SIMI e SIMIWEB regionale, da cui provengono i dati di questa analisi.

La tabella che segue offre una sintesi delle notifiche delle malattie infettive incluse nella Classe II nell'arco di tempo considerato.

Si osserva una riduzione nel tempo per le diarree infettive non da salmonella (che potrebbe però essere associata ad un rischio di sottotifica, come evidenziato dai casi di ricovero), per le parotiti e le salmonellosi non tifoidee.

Si osserva invece un aumento nello stesso periodo per le legionellosi e la varicella.

L'analisi dei dati ha inoltre evidenziato alcune anomalie nel numero di notifiche della pertosse e della rosolia nel 1998 e del morbillo nel 2003.

Tabella 1 – Casi di notifica in Valle d'Aosta delle malattie infettive di Classe II per sesso ed anno. Valori assoluti. Anni 1995 – 2004.

Malattia		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totale
Blenorragia	uomini			1								1
	donne											
	Totale			1								1
Brucellosi	uomini				3			1				4
	donne					1		4		1		6
	Totale				3	1		5		1		10
Diarree infettive non da salmonelle	uomini	2	12	28	6	4	4	1	1	1		59
	donne	1	15	13	10	2	3	2	3			49
	Totale	3	27	41	16	6	7	3	4	1		108

Malattia (Segue)		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totale
Epatite A	uomini	2	1	2		1	1	1	4	9	2	23
	donne		5	1	1	1	2		2	1	3	16
	Totale	2	6	3	1	2	3	1	6	10	5	39
Epatite B	uomini	1	4	2	4	1	1		1	2	2	18
	donne				1	3	1	1		1		7
	Totale	1	4	2	5	4	2	1	1	3	2	25
Epatite Non A Non B	uomini	1	2	1								4
	donne			2			1					3
	Totale	1	2	3			1					7
Epatite virale non specificata	uomini									1		1
	donne										1	1
	Totale									1	1	2
Legionellosi	uomini			1				3	5	2	3	14
	donne								2	2	2	6
	Totale			1				3	7	4	5	20
Leptosirosi	uomini										1	1
	donne											
	Totale										1	1
Listeriosi	uomini				1			1				2
	donne											
	Totale				1			1				2
Meningite ed encefalite acuta virale	uomini		3		1			1	1		1	7
	donne			1			4	3				8
	Totale		3	1	1		4	4	1		1	15
Meningite meningococc.	uomini		1	1			2		1			5
	donne						1			1		2
	Totale		1	1			3		1	1		7
Morbilli	uomini	14	3	29	5	4			15	216		286
	donne	1		13	8	1			13	194	1	231
	Totale	15	3	42	13	5			28	410	1	517
Parotite	uomini	29	21	38	45	5	13	8	2	2	1	164
	donne	23	20	29	16	5	11	2	3	1	1	111
	Totale	52	41	67	61	10	24	10	5	3	2	275
Pertosse	uomini	1	2	2	18	5	2	7	2	2	1	42
	donne	1	1		26	4	1	1	1			35
	Totale	2	3	2	44	9	3	8	3	2	1	77
Rickettiosi diversa da tifo esantematico	uomini						1					1
	donne				1							1
	Totale				1		1					2
Rosolia	uomini	2	4	5	16	1			3	5	2	38
	donne	1	2	2	9	1			6	12	1	34
	Totale	3	6	7	25	2			9	17	3	72

Malattia (Segue)		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totale
		Salmonellosi non tifoidea	uomini	15	13	12	11	15	11	8	13	7
	donne	15	19	8	9	12	17	10	3	8	4	105
	Totale	30	32	20	20	27	28	18	16	15	5	211
Scarlattina	uomini	5	16	7	16	6	14	12	11	16	8	111
	donne	6	11	10	11	9	8	7	10	13	2	87
	Totale	11	27	17	27	15	22	19	21	29	10	198
Sifilide	uomini				1	1			1	1		4
	donne								1			1
	Totale				1	1			2	1		5
Varicella	uomini	24	13	92	68	100	119	21	79	129	71	716
	donne	16	5	96	58	67	84	31	74	106	80	617
	Totale	40	18	188	126	167	203	52	153	235	151	1333

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Le tabelle che seguono mostrano invece la variazione nell'andamento delle notifiche delle malattie di Classe II nei due quinquenni (1995 -1999 e 2000 - 2004), per classi di età e sesso.

Tra la fine degli anni '90 e i primi anni del 2000 si segnala un aumento di queste malattie tra il primo ed il secondo periodo del 14,3% nei maschi e del 30,4% nelle femmine.

In entrambi i sessi la classe più colpita è quella da 0 a 14 anni che totalizza oltre il 70% delle notifiche per questa Classe nei maschi e oltre l'80% nelle femmine.

Per entrambi si osserva inoltre, tra il primo ed il secondo periodo, una riduzione delle diarreie infettive non da salmonelle, le parotiti e la pertosse, a fronte di un aumento del morbillo e della varicella.

Nei maschi si segnala un aumento delle legionellosi e delle epatiti di tipo A seppure contenuto a poche unità.

Tabella 2 – Casi di notifica in Valle d'Aosta delle malattie infettive di Classe II, distinti per classe di età e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Maschi

Malattia	0-14		15-24		25-64		> 65		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Blenorragia					1				1	
Brucellosi			1	1	2				3	1
Diarree infettive non da salmonelle	43	5	2		6	1	1	1	52	7
Epatite A	1	6	2	3	3	8			6	17
Epatite B			1		10	6	1		12	6
Epatite Non A E Non B					3		1		4	
Epatite Virale non specificata						1				1
Legionellosi					1	7		6	1	13
Leptosirosi						1				1
Listeriosi							1	1	1	1
Meningite ed encefalite acuta virale					3	2	1	1	4	3
Meningite meningococcica	2	2				1			2	3

Malattia (segue)	0-14		15-24		25-64		> 65		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Morbillo	23	195	23	31	9	5			55	231
Parotite	113	23	12	3	12		1		138	26
Pertosse	28	10		1		3			28	14
Rickettiosi diversa da tifo Esantematico								1		1
Rosolia	15	8	8	1	5	1			28	10
Salmonellosi non tifoidea	45	23			14	8	7	9	66	40
Scarlattina	44	60	5	1	1				50	61
Sifilide					2	2			2	2
Varicella	245	376	29	13	22	30	1		297	419
Totale	559	708	83	54	94	76	14	19	750	857

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Tabella 3 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe II, distinti per classe di età e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Femmine

Malattia	0-14		15-24		25-64		> 65		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Blenorragia										
Brucellosi		1			1	3		1	1	5
Diarree infettive non da salmonelle	29	4	2		7	3	3	1	41	8
Epatite A		1		2	8	5			8	8
Epatite B			1		1	3	2		4	3
Epatite Non A e Non B			1		1	1			2	1
Epatite Virale non specificata								1		1
Legionellosi						6				6
Leptosirosi										
Listeriosi										
Meningite ed encefalite acuta virale		1			1	6			1	7
Meningite meningococcica				1				1		2
Morbillo	18	176	2	25	3	7			23	208
Parotite	74	15	8	1	11	1		1	93	18
Pertosse	31	3			1				32	3
Rickettiosi diversa da tifo esantematico					1				1	
Rosolia	13	18	1			1	1		15	19
Salmonellosi non tifoidea	33	28	3	1	17	9	10	4	63	42
Scarlattina	46	40			1				47	40
Sifilide						1				1
Varicella	211	334	7	9	24	31		1	242	375
Totale	455	621	25	39	77	77	16	10	573	747

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

A livello territoriale si segnala che, mentre nel distretto 1 e nel distretto 2 il trend temporale registra una riduzione nel numero di casi denunciati di malattie per questa Classe, nel distretto 3 e nel distretto 4 si registra invece un aumento delle notifiche tra il primo ed il secondo periodo, verosimilmente da attribuire più a fenomeni di

variabilità nella propensione alla notifica che non a variazioni nell'incidenza reale di queste malattie a livello territoriale e temporale.

Tabella 4 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe II, distinti per distretto di residenza e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Maschi

Malattia	D1		D2		D3		D4		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Blenorragia			1						1	
Brucellosi		1	1		2				3	1
Diarree infettive non da Salmonelle	13	1	23	6	11		5		52	7
Epatite A	2	4	2	8		2	2	3	6	17
Epatite B	3	1	4	3	3	1	2	1	12	6
Epatite Non A e Non B	1		2				1		4	
Epatite Virale non specificata						1				1
Legionellosi				8		3	1	2	1	13
Leptospirosi								1		1
Listeriosi	1			1					1	1
Meningite ed Encefalite acuta virale		1	2	1		1	2		4	3
Meningite meningococcica			1	1	1	1		1	2	3
Morbillo	2	3	50	50	1	81	2	97	55	231
Parotite	27	4	98	18	9	1	4	3	138	26
Pertosse	2	1	10	8	7	2	9	3	28	14
Rickettiosi diversa da tifo esantematico				1						1
Rosolia	6	2	18	2			4	6	28	10
Salmonellosi non tifoidea	8	8	44	24	8	4	6	4	66	40
Scarlattina	4	15	45	40		1	1	5	50	61
Sifilide	1		1	1				1	2	2
Varicella	77	79	168	247	26	42	26	51	297	419
Totale	147	120	470	419	68	140	65	178	750	857
Distribuzione percentuale per distretto	16.6 %		55.3 %		13.0 %		15.1 %		100 %	

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Tabella 5 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe II, distinti per distretto di residenza e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Femmine

Malattia	D1		D2		D3		D4		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Blenorragia										
Brucellosi		2		1	1	1		1	1	5
Diarree infettive non da salmonelle	5		22	6	6	2	8		41	8
Epatite A			5	5		1	3	2	8	8
Epatite B	1		3	3					4	3
Epatite Non A E Non B			1	1	1				2	1
Epatite Virale non specificata				1						1
Legionellosi				2		1		3		6
Leptosirosi										
Listeriosi										
Meningite ed Encefalite acuta virale		2	1	4				1	1	7
Meningite meningococcica				2						2
Morbillo		7	16	47	6	70	1	84	23	208
Parotite	31	1	56	12	5		1	5	93	18
Pertosse	3		10	2	3		16	1	32	3
Rickettiosi diversa da tifo esantematico							1		1	
Rosolia	2	1	4		1		8	18	15	19
Salmonellosi non tifoidea	13	4	31	24	14	9	5	5	63	42
Scarlattina	10	15	33	23	3	2	1		47	40
Sifilide				1						1
Varicella	71	48	128	219	29	50	14	58	242	375
Totale	136	80	310	353	69	136	58	178	573	747
Distribuzione percentuale per distretto	16.4 %		50.2 %		15.5 %		17.9 %		100 %	

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

L'approfondimento : le epatiti virali e le malattie infettive dell'infanzia

EPATITI VIRALI

Una sezione a parte merita l'analisi epidemiologica delle epatiti virali per il loro impatto sociale nella comunità.

Il sistema di sorveglianza nazionale delle epatiti virali comprende il sistema generale di notifica da cui derivano i dati di morbosità ed un sistema di sorveglianza specifico volto a rilevare la presenza ed il peso dei diversi fattori di rischio. Tale sistema, denominato Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA) è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità ed il suo obiettivo principale è quello di promuovere a livello locale le indagini ed il controllo dei casi di epatite virale acuta attraverso l'utilizzo di una apposita modulistica (*Appendice 2*).

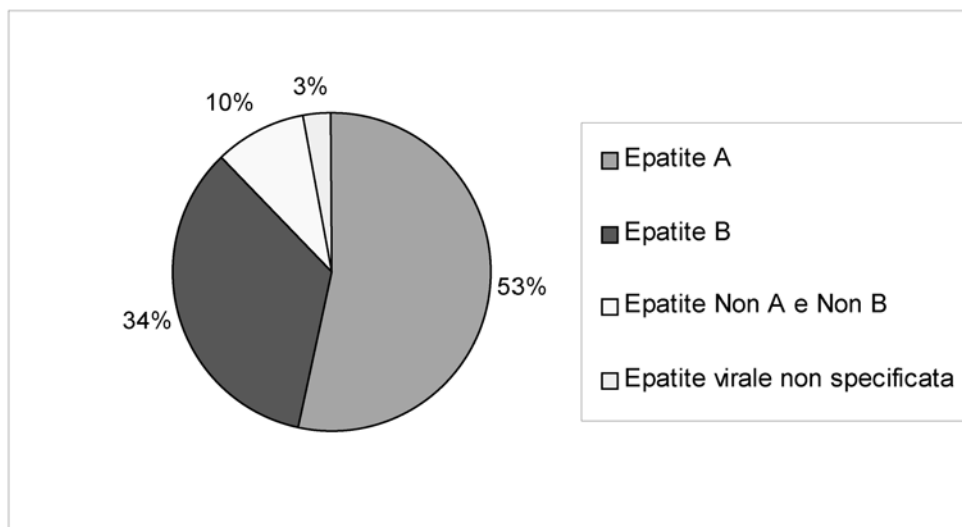
La Valle d'Aosta aderisce al sistema SEIEVA dal 1992.

I dati rilasciati dal livello regionale non attengono tuttavia tutti i casi notificati, ma solo quelli per i quali è stato compilato da parte del medico il questionario previsto dal sistema.

Dall'integrazione delle notifiche di malattia con i risultati del laboratorio e della sorveglianza generale con quella specifica, i dati locali possono essere utilizzati per la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio; ciò nell'ottica della definizione di misure preventive prioritarie e del monitoraggio degli effetti dei diversi programmi di prevenzione.

La distribuzione percentuale dei casi di epatite virale acuta per agente causale in Valle d'Aosta non si discosta da quella italiana ed è raffigurabile attraverso il grafico che segue.

Figura 1. Distribuzione percentuale dei casi di epatite virale acuta per agente causale. Anni 1995-2004

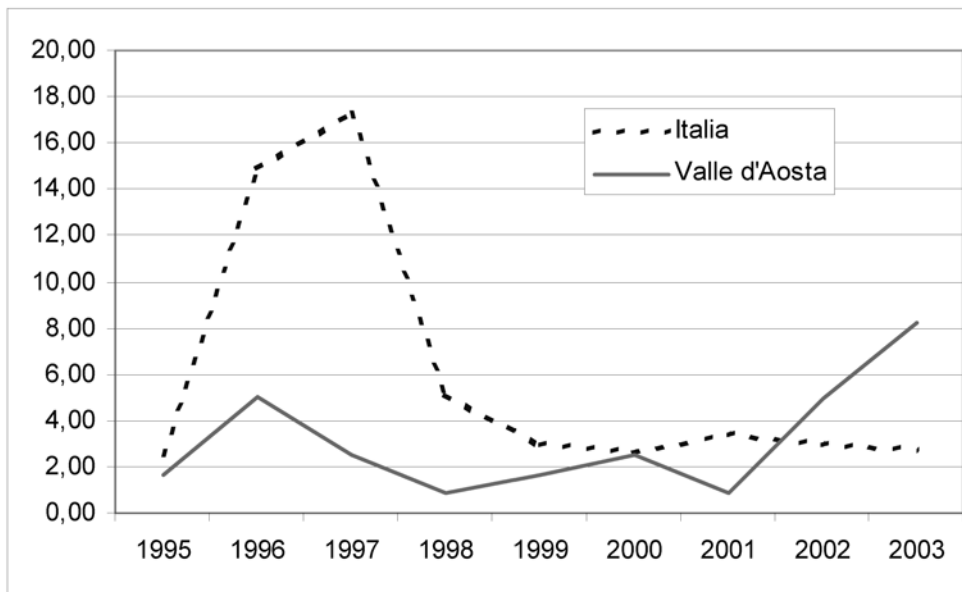


EPATITE A

L'epidemiologia dell'epatite virale A si è evoluta nel tempo: dopo i valori minimi raggiunti in Italia nel 1995 l'incidenza sul territorio nazionale è rapidamente e progressivamente aumentata, per poi riportarsi, negli anni più recenti, ai valori iniziali.

In Valle d'Aosta l'incidenza di epatite virale A ha subito un andamento simile a quello nazionale fino alla fine degli anni 90, mentre dai primi anni del 2000 si osserva un aumento, specie a carico dei maschi.

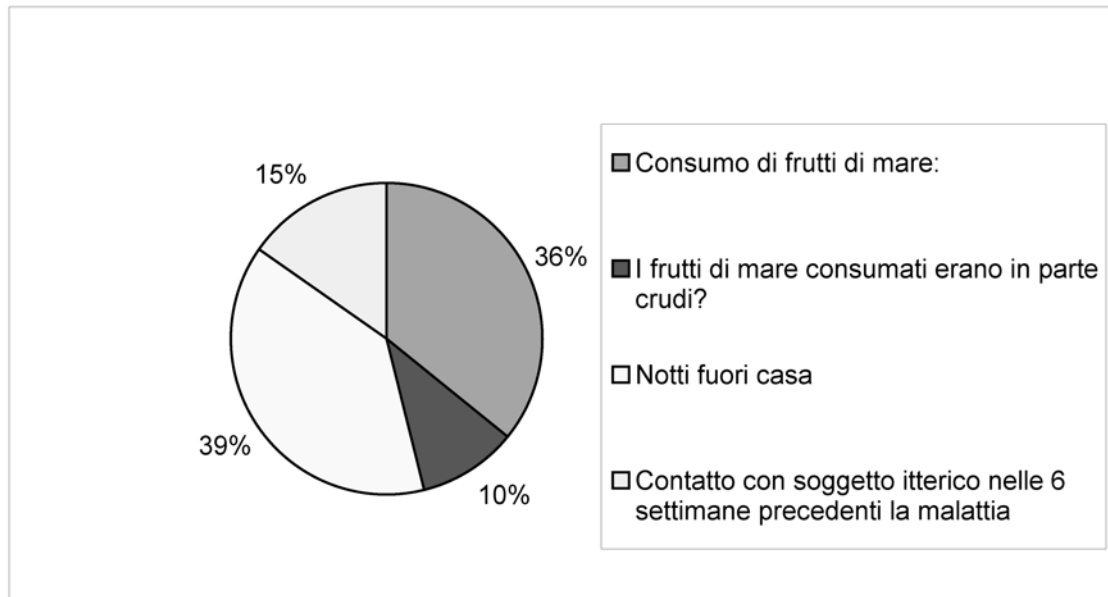
Figura 2 Andamento dell'incidenza di Epatite A in Valle d'Aosta ed Italia ogni 100.000 abitanti. Tassi grezzi . Anni 1995 –2003



Il grafico che segue riporta la frequenza con la quale il fattore di rischio indagato dal sistema SEIEVA è stato osservato nei casi di epatite A nel territorio della Valle d'Aosta .

I fattori di rischio principali sono rappresentati dal consumo di frutti di mare e dal rischio conseguibile al trascorrere notti fuori casa.

Figura 3. Distribuzione percentuale delle categorie di esposizione dei malati di epatite A. Anni 1992-2004



Il rischio di contrarre l'epatite virale di tipo A è inoltre molto più elevato (rispetto ad altre patologie infettive come il colera o il tifo) in soggetti che si recano all'estero, in un paese tropicale o subtropicale. Oltre che con la destinazione, il rischio è associato, e varia, anche rispetto alla durata del soggiorno e allo stile di vita adottato dal viaggiatore, da cui deriva la necessità da parte dei servizi sanitari competenti di una corretta informazione alle persone che, per motivi di lavoro o di svago, sono dirette verso zone endemiche per questa infezione virale.

Tale informazione deve attenersi sia i comportamenti igienico-sanitari da adottare sul posto, sia l'opportunità di sottoporsi ad una vaccinazione specifica e praticabile presso gli ambulatori di medicina dei viaggiatori dell'azienda USL della Valle d'Aosta.

E' opportuno inoltre adottare, anche nei confronti di persone conviventi e di soggetti eventualmente venuti in contatto con la persona colpita da epatite A, le seguenti misure di profilassi:

- Sorveglianza sanitaria per 50 giorni;
- Offerta di immunoglobuline aspecifiche e della vaccinazione (effettuata entro 7giorni dal contatto) nei confronti di tutti i familiari ed i contatti sessuali;
- Educazione sanitaria sulle misure idonee per ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione per via oro-fecale.

EPATITE B

Le infezioni da epatite di tipo B (HBV) hanno rappresentato in Italia un considerevole problema di sanità pubblica fino dagli anni 60.

Attualmente il nostro Paese è considerato un territorio ad endemicità intermedia. Tale endemicità appare tuttavia distribuita in maniera disomogenea sul territorio nazionale, con valori più elevati nelle regioni meridionali e nelle aree urbane più densamente popolate.

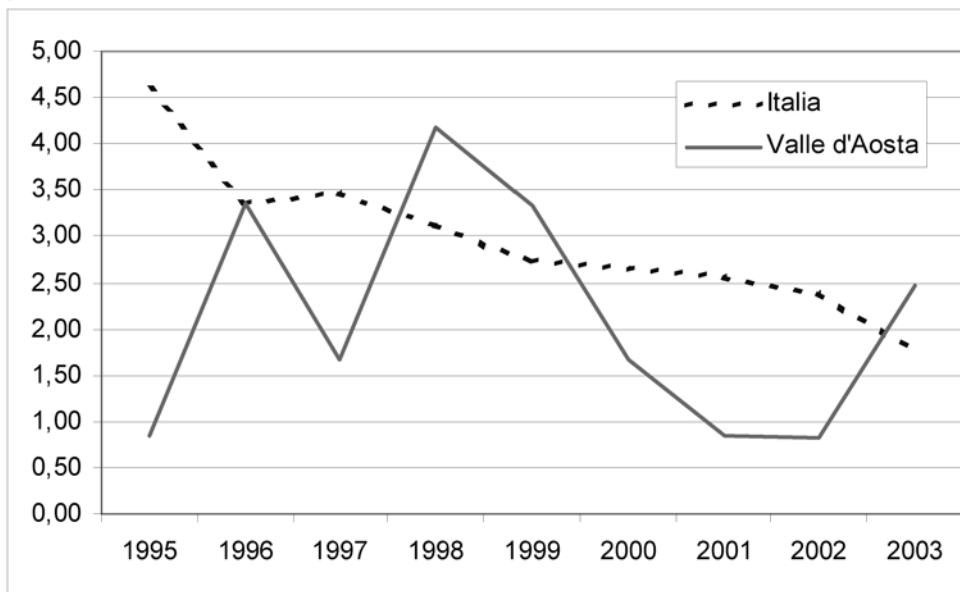
Prima del 1991, anno di introduzione dell'obbligo della vaccinazione per tutti i nuovi nati, circa 1,5-1,8 milioni di italiani, pari al 2,5% dell'intera popolazione, erano portatori cronici di HbsAg (antigene di superficie) e più di 160.000 persone erano considerate affette da infezioni croniche come cirrosi ed epatocarcinoma da virus epatitico B.

I decessi dovuti a cirrosi ed epatocarcinoma attribuibili ad infezione cronica da virus epatitico B erano circa 7.000 per anno prima del 1991.

Un così importante impatto epidemiologico ha indotto ad attuare un programma di vaccinazione teso ad eliminare le forme cliniche di epatite virale di tipo B ed a ridurre la morbosità e la mortalità per le sequele di questa forma di epatite anche a distanza di tempo dall'episodio acuto di insorgenza della malattia.

Negli ultimi 10 anni l'epatite virale di tipo B registra, in Italia come in Valle d'Aosta, un decremento costante, nonostante dal grafico sia percepibile una certa variabilità regionale nel trend dovuta alla esigua numerosità dei casi.

Figura 4 - Andamento dell'incidenza di Epatite B in Valle d'Aosta ed Italia ogni 100.000 abitanti. Tassi grezzi. Anni 1995 - 2003

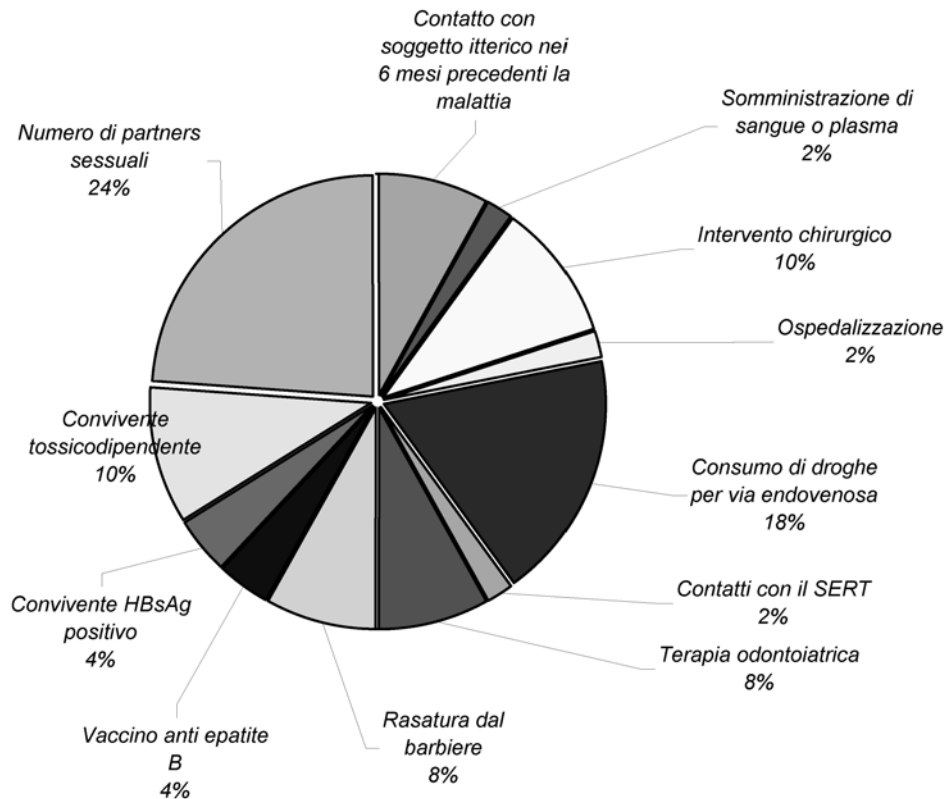


La riduzione nell'incidenza di malattia non è solo il risultato della campagna vaccinale che dal 1991 ha coinvolto tutti i nuovi nati e le coorti di dodicenni, ma è anche l'esito dei numerosi interventi di profilassi effettuati come: il controllo sui donatori di sangue, l'attività di educazione sanitaria dei portatori cronici di HbsAg, l'offerta attiva della vaccinazione ai conviventi dei portatori cronici, la profilassi

passiva successiva all'esposizione a fattori di rischio noti, la vaccinazione delle categorie a rischio, la diffusione di abitudini comportamentali corrette, sia nella popolazione dei tossicodipendenti, sia nella popolazione generale.

Il grafico che segue riporta la frequenza con la quale il fattore di rischio indagato dal sistema SEIEVA è stato osservato nei casi di epatite A nel territorio della Valle d'Aosta .

Figura 5 - Distribuzione percentuale delle categorie di esposizione dei malati di epatite B. Anni 1992-2004



I fattori di rischio principali, analizzati dall'inchiesta epidemiologica condotta nell'ambito del sistema di sorveglianza delle epatiti virali acute (SEIEVA), riguardano quindi: la promiscuità sessuale, la tossicodipendenza e, in misura minore, le esposizioni parenterali (interventi chirurgici, rasatura dal barbiere e terapie odontoiatriche).

La valutazione dei fattori di rischio dell'epatite di tipo B riveste particolare interesse in sanità pubblica in quanto agendo su tali fattori è possibile effettuare interventi di prevenzione e di profilassi mirati.

La vaccinazione rimane ancora l'azione preventiva fondamentale nei confronti di questa malattia e viene offerta gratuitamente a tutte le categorie a rischio come:

- Conviventi e contatti di soggetti HbsAg+
- Politrasmusi, emofilici, emodializzati
- Vittime di punture accidentali con aghi potenzialmente infetti
- Detenuti
- Personale sanitario

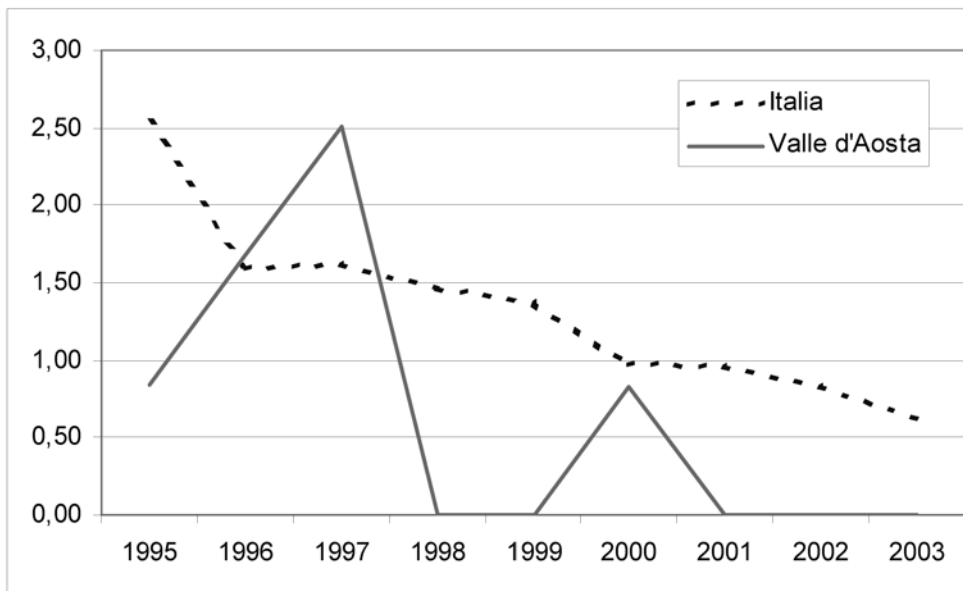
- Personale ed ospiti di istituti per malati mentali
- Tossicodipendenti e prostitute
- Omosessuali

EPATITE Non A Non B

Il sistema di sorveglianza attuale prevede che i dati riferiti a soggetti con diagnosi di epatite virale non A non B, non vengano indicati espressamente come casi di epatite virale di tipo C. Tuttavia, una serie di studi epidemiologici condotti e supportati da verifiche laboratoristiche ha dimostrato che quasi tutte le epatiti classificate come non A non B sono in effetti dovute a virus epatitico C (HCV).

In Italia l'epatite di tipo non A non B ha registrato un declino pressoché costante negli ultimi 10 anni e anche i dati riferiti alla Valle d'Aosta confermano questa tendenza nonostante la loro esiguità numerica (7 casi in 10 anni).

Figura 6 - Andamento dell'incidenza di Epatite Non A Non B in Valle d'Aosta ed Italia ogni 100.000 abitanti. Tassi grezzi. Anni 1995 -2003



I fattori di rischio principali, analizzati dall'inchiesta epidemiologica condotta nell'ambito del sistema di sorveglianza delle epatiti virali acute (SEIEVA) in Valle d'Aosta, riguardano il consumo di droghe per via endovenosa e la convivenza con partner tossicodipendente.

Allo stato attuale le uniche misure di profilassi a nostra disposizione sono quelle rivolte al controllo dei fattori di rischio.

Particolare rilevanza rivestono gli interventi di educazione sanitaria sulle misure atte ad evitare la trasmissione dell'infezione attraverso il sangue o altri liquidi biologici.

Un ulteriore approfondimento per le malattie della Classe II è dedicato alle malattie dell'infanzia, soprattutto per la loro rilevanza nelle campagne vaccinali.

MORBILLO

Prima dell'introduzione della offerta attiva della vaccinazione, il morbillo presentava un andamento stagionale (inverno/primavera) nella popolazione ciclico, ogni 2-3 anni oppure ogni 3-5 anni, in relazione alla densità demografica.

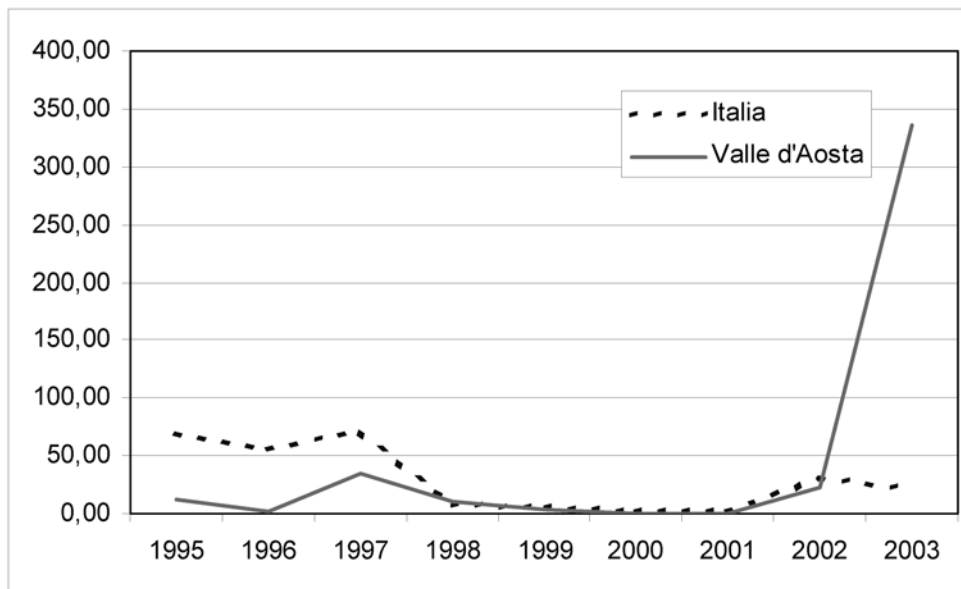
Trattandosi di una malattia molto contagiosa, quasi tutti i soggetti suscettibili ne vengono colpiti e la fascia di età ad incidenza più elevata è quella prescolare.

In Valle d'Aosta le epidemie di morbillo si sono susseguite con regolarità fin dai primi anni '90; successivamente, come per il resto dell'Italia e per effetto dell'offerta attiva della vaccinazione, consigliata a partire dall'anno 2000, le epidemie hanno modificato le loro caratteristiche presentando picchi meno elevati, periodi interepidemici più lunghi ed una differente distribuzione dei casi per classe d'età.

Per interrompere completamente la trasmissione del virus è richiesta una copertura vaccinale superiore o uguale al 95% della popolazione a rischio. A fronte di ciò, in Valle d'Aosta, nonostante gli sforzi profusi, la copertura vaccinale attesa è stata raggiunta solo nel 2005 e pertanto nel periodo 2000-2004 si sono registrati ancora fenomeni epidemici anche di una certa consistenza (439 casi).

La figura seguente mostra il confronto dell'andamento dei casi di morbillo nel territorio della Valle d'Aosta ed in Italia nel periodo considerato.

Figura 7 - Andamento dell'incidenza di Morbillo in Valle d'Aosta ed Italia ogni 100.000 abitanti. Tassi grezzi. Anni 1995 -2003



Dall'analisi delle notifiche con ricovero del morbillo, in tutto il periodo osservato, la percentuale di ricoveri sui casi notificati è del 4,26 %.

ROSOLIA

La rosolia è una malattia esantematica che non comporta particolare gravità nella forma acquisita, ma che è grave nella forma congenita; contratta infatti dalla madre nei primi mesi di gravidanza, può essere la causa di gravi malformazioni nel nascituro. Al momento non esiste una terapia specifica per questa patologia a parte l'uso di paracetamolo come antipiretico. La migliore difesa è la vaccinazione preventiva con il vaccino vivo attenuato, che presenta un'efficacia superiore al 95% e che garantisce immunità a vita.

La vaccinazione contro la rosolia non è una vaccinazione obbligatoria ma, per le ragioni sopra citate è tra quelle altamente consigliate. Viene offerta gratuitamente sia ai bambini, sia dopo la pubertà alle ragazze non immunizzate, sia infine a tutti gli operatori che svolgono mansioni a contatto con bambini o con donne in età riproduttiva.

Fino al 1999 in Italia veniva eseguita solo la vaccinazione sulle bambine in età pre-puberale verso i 12-13 anni. Analogamente a quanto osservato in altre nazioni, questa strategia si è però rivelata insufficiente, in quanto l'elevata circolazione del virus in tutti i soggetti non vaccinati ha comportato una persistenza del rischio di infezione.

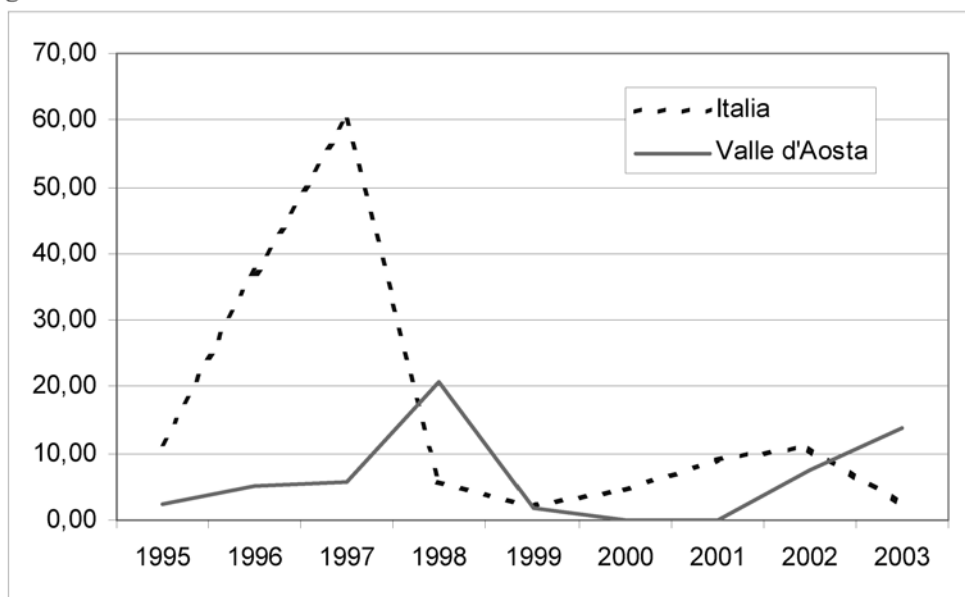
La strategia attuale, in linea con quella adottata in altri paesi è dunque quella di vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di vita con il vaccino trivalente contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) e di somministrarne una seconda dose entro i 5-6 anni di età. Contemporaneamente è indispensabile vaccinare tutte le ragazze e le donne che non siano state vaccinate da bambine.

Come per tutti vaccini vivi attenuati, la vaccinazione non viene praticata negli individui con deficit immunitario o sotto terapia immunosoppressiva (corticoidi, antineoplastici, antirigetto), nelle donne in gravidanza o che desiderano esserlo nel mese successivo a quello della vaccinazione.

La figura che segue confronta l'andamento temporale dell'incidenza di rosolia in Valle d'Aosta ed in Italia nel periodo 1995-2003.

Si osserva per la Valle d'Aosta un trend ad ondate epidemiche con ampiezze contenute, rispetto ad una situazione nazionale che presenta un picco in corrispondenza del 1997.

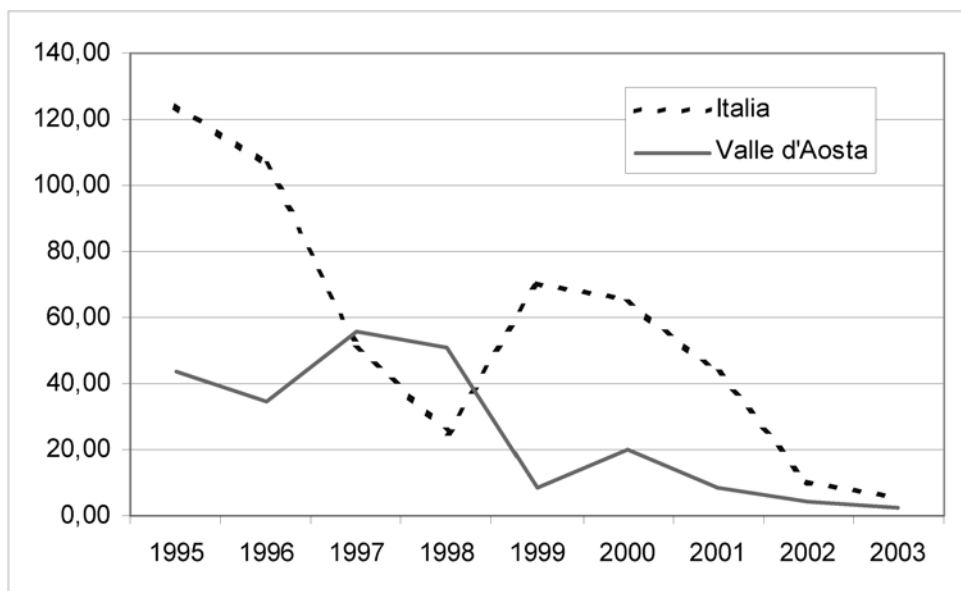
Figura 8 - Andamento dell'incidenza di Rosolia in Valle d'Aosta ed Italia ogni 100.000 abitanti. Tassi grezzi. Anni 1995 -2003



PAROTITE EPIDEMICA

Sia a livello nazionale, sia a livello regionale, l'epidemiologia di questa malattia segna una flessione netta nella popolazione.

Figura 9 - Andamento dell'incidenza di Parotite Epidemica in Valle d'Aosta ed Italia ogni 100.000 abitanti. Tassi grezzi. Anni 1995 -2003



La vaccinazione antiparotite, praticata anche nella nostra regione, dal 2000 viene associata alla antirubeolica e antimorbillosa; prima di tale data invece venivano vaccinati con il vaccino singolo solo gli adolescenti di sesso maschile al fine di eliminare possibili complicanze, più frequenti in questo genere ed in età pubere.

Attualmente la strategia vaccinale prevede per entrambi i sessi uno schema a due dosi: al 15° mese di vita ed a 11 anni, con l'obiettivo di controllare più efficacemente la malattia.

Le tabelle che seguono mostrano le coperture vaccinali raggiunte negli ultimi 5 anni a partire dalla coorte dei nati del 1998 e l'incidenza annuale di malattie dell'infanzia per 100.000 bambini di età compresa tra 0 e 14 anni.

Si segnala un'anomalia a carico del 2003 e, più in generale, nei dati antecedenti il 2004, anno in cui il valore sembra stabilizzarsi.

Tabella 6 - Coperture vaccinali del Morbillo-Rosolia-Parotite (MPR) in Valle d'Aosta dal 2000 al 2005 a partire dalla coorte dei nati nel 1998

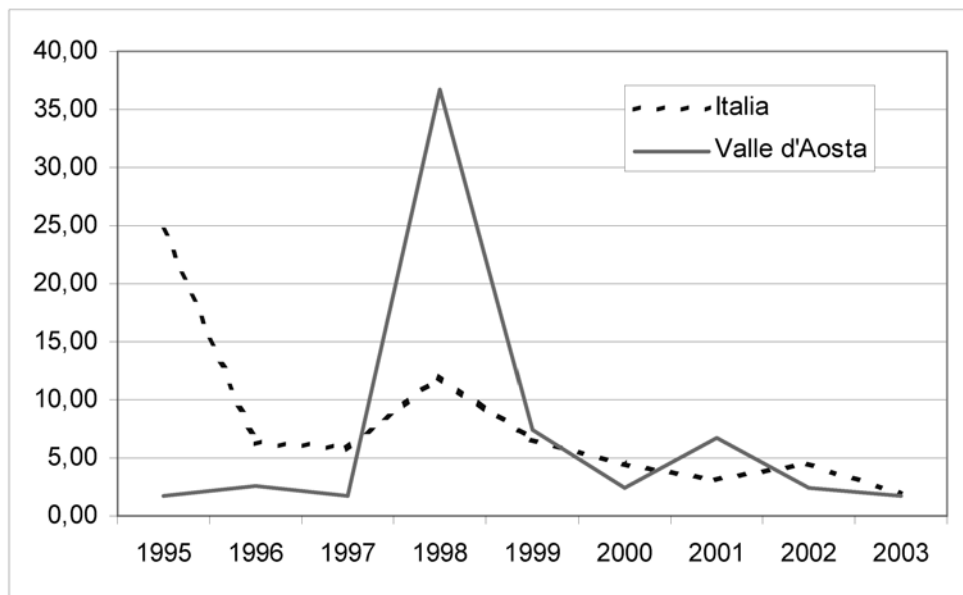
Anno	2000 coorte nati 1998	2001 coorte nati 1999	2002 coorte nati 2000	2003 coorte nati 2001	2004 coorte nati 2002	2005 coorte nati 2003
MPR	43.0%	61.0%	76.5%	87.7%	87.9%	98.7%

Tabella 7 - Numero di casi e incidenza regionale annua ogni 100.000 bambini tra 0 e 14 anni per malattie dell'infanzia (MPR) – Anni 2000-2005

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Popolaz. 0-14	15.458	15.504	15.726	15.966	15.966	15.966
n. casi	23	9	33	366	4	4
incidenza	148,79	58,05	209,84	2.292,37	25,05	25,05

PERTOSSE

L'andamento di questa malattia, nonostante il picco registrato in Valle d'Aosta alla fine degli anni '90, sembra essere conforme a quello registrato per l'Italia, attestato su valori minimi di incidenza.

Figura 10 - Andamento dell'incidenza di Pertosse in Valle d'Aosta ed Italia ogni 100.000 abitanti. Tassi grezzi. Anni 1995–2003

VARICELLA

La varicella è una delle malattie contagiose dell'infanzia che nella maggioranza dei casi colpiscono i bambini tra i 5 e i 10 anni e che dà luogo ad un'immunizzazione teoricamente definitiva.

Non è una malattia grave, può essere anche inapparente, ma può dare origine ad alcune complicanze.

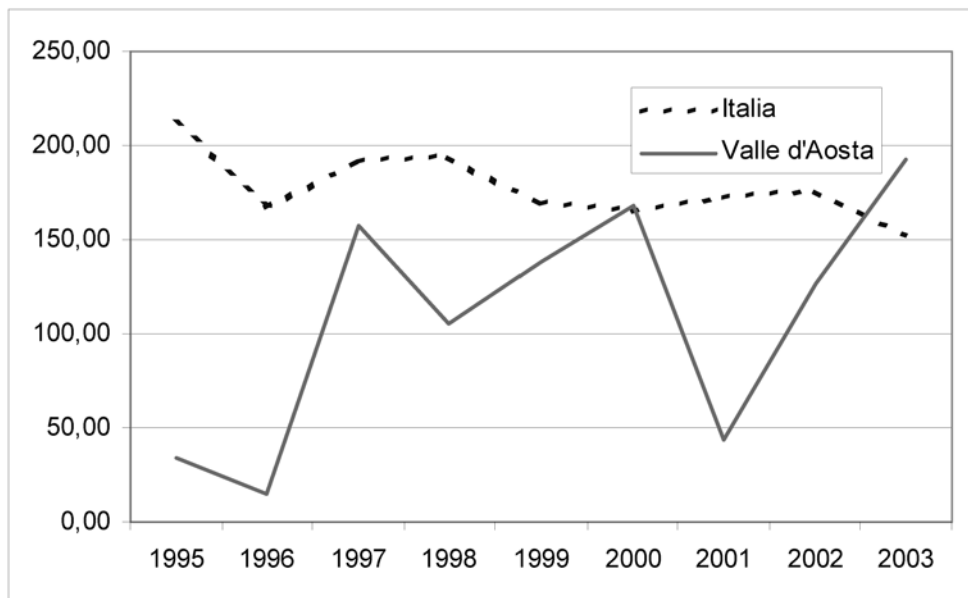
Il vaccino è stato introdotto nel 1995: si tratta di un vaccino vivo attenuato di cui non si conosce ancora la durata dell'immunità conferita. Non dà sempre immunizzazione totale, ma i bambini vaccinati che contraggono comunque la malattia presentano una sintomatologia più lieve.

Non è un vaccino obbligatorio anche se viene raccomandato nei soggetti a rischio (persone immunodepresse come pazienti in trattamento chemioterapico e adulti suscettibili, cioè a contatto con bambini piccoli); non ha larga diffusione per alcuni potenziali rischi da reazione al vaccino medesimo.

In Valle d'Aosta non è stato offerto dal servizio sanitario regionale.

Nel periodo osservato la varicella presenta un andamento ciclico sia in Italia, sia nella nostra regione dove valori di incidenza sono inferiori, con delle riaccensioni epidemiche basate sulla continua circolazione del virus. L'età più colpita è quella scolare.

Figura 11 - Andamento dell'incidenza di Varicella in Valle d'Aosta ed Italia ogni 100.000 abitanti. Tassi grezzi. Anni 1995-2003



MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE III

AIDS, Lebbra, Malaria, Micobatteriosi non tubercolare, Tubercolosi.

Questa Classe comprende malattie infettive per le quali sono richieste particolari documentazioni e per le quali sono già previsti flussi informativi differenziati.

Per il loro impatto sociale viene dedicato un approfondimento ad alcune di queste malattie.

AIDS (SIDA)

In Italia la raccolta dei dati sui casi di Sindrome da Immuno Deficienza Acquisita è iniziata nel 1982 e, nel giugno del 1984 tale raccolta è stata formalizzata in un sistema di sorveglianza nazionale a cui pervengono le segnalazioni dei casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche italiane.

Dal 1987 il sistema di sorveglianza è gestito dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, attualmente denominato Reparto di AIDS e malattie sessualmente trasmesse.

In collaborazione con le regioni il COA provvede alla raccolta, all'analisi periodica dei dati ed alla loro pubblicazioni e diffusione in un rapporto trimestrale dedicato.

A giugno 2005 il COA ha registrato per l'Italia 55.286 casi cumulativi di AIDS, di cui il 77,6% maschi e l'1,3% in età pediatrica (inferiore a 13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio. Il 6,6% sono cittadini stranieri.

Nei casi adulti di AIDS l'età mediana alla diagnosi mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi, sia tra le femmine: infatti, se nel 1985 la mediana era di 29 anni per i maschi e di 24 per le femmine, nel 2004 la mediana è, rispettivamente, di 41 e 38 anni. La maggioranza dei casi si concentra nella fascia di età compresa tra 25 e 39 anni anche se è aumentata la quota di soggetti colpiti nella fascia di età tra 40 e 49 anni.

Riguardo alle modalità di trasmissione, se nei primi anni '90 la maggioranza dei casi era attribuibile a pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti e tossicodipendenti/omosessuali), nel tempo la distribuzione dei casi di AIDS negli adulti, per categoria di esposizione, mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale di tipo omosessuale ed eterosessuale; quest'ultima, in particolare, rappresenta la categoria più colpita negli anni 2004 e 2005.

Il tasso di letalità per questa malattia si è fortemente ridotto negli anni e nel 2004 in Italia è del 12,2 % dei casi diagnosticati.

Anche l'incidenza si è fortemente ridotta: dopo i valori massimi raggiunti nel 1995, l'andamento complessivo del fenomeno ha subito una netta flessione, anche se i risultati migliori sono quelli raggiunti alla fine degli anni '90.

La distribuzione dei casi cumulativi per regione di residenza e anno di diagnosi è riportata nella tabella che segue.

Tabella 8 – Distribuzione dei casi di AIDS per regione di residenza e anno di diagnosi. Valori assoluti. Anni 1995 –2005

Regione	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Totale
Lombardia	1668	1502	941	641	627	567	511	476	485	353	171	7942
Lazio	735	666	493	355	313	251	254	235	248	202	11	3763
Emilia-Romagna	568	498	315	230	172	209	168	157	169	157	47	2690
Piemonte	367	347	229	162	141	135	129	117	84	91	22	1824
Toscana	363	285	205	139	159	112	105	115	106	100	34	1723
Veneto	318	280	180	117	102	80	79	88	78	66	24	1412
Liguria	283	258	161	108	85	72	77	61	69	63	7	1244
Sicilia	221	170	156	129	84	94	83	78	63	52	19	1149
Puglia	217	229	150	104	89	81	72	67	74	54	21	1158
Campania	207	180	130	125	95	96	74	82	62	44	5	1100
Sardegna	189	147	98	61	48	47	45	52	35	27	10	759
Marche	90	79	55	45	42	42	37	33	37	42	13	515
Calabria	56	59	33	26	14	11	25	22	25	15	4	290
Abruzzo	47	42	31	18	25	14	16	26	20	23	10	272
Umbria	48	52	27	24	19	22	17	17	22	13	11	272
Friuli-Venezia Giulia	39	49	27	15	22	18	9	13	14	16	7	229
Trento	38	28	23	14	9	5	6	10	8	5	2	148
Bolzano	24	27	17	13	7	11	8	9	8	11	3	138
Basilicata	20	20	7	11	8	3	4	4	6	7	2	92
Valle d'Aosta	7	10	3	5	5	2	3	1	4	2	0	42
Molise	5	2	2	3	1	5	2	2	2	3	0	27
Estera	38	22	32	35	22	18	25	31	34	22	9	288
<i>Ignota</i>	<i>105</i>	<i>98</i>	<i>63</i>	<i>59</i>	<i>41</i>	<i>53</i>	<i>51</i>	<i>44</i>	<i>32</i>	<i>35</i>	<i>11</i>	592
Totale	5653	5050	3378	2439	2130	1948	1800	1740	1685	1403	443	27669

Fonte: COA - ISS

L'incidenza di AIDS in Italia è molto variabile in base alla regione di residenza.

In Valle d'Aosta, tra il 2004 e il 2005, si registra un'incidenza pari a 1,7 casi ogni 100.000 abitanti. Nelle regioni maggiormente colpite questo valore sale a 6,7 casi ogni 100.000 abitanti.

Di seguito vengono presentati i dati rilasciati dall'Unità Operativa di malattie infettive dell'ospedale regionale di Aosta relativi ai casi di AIDS tra i residenti negli anni 1989-2005.

I dati non includono le notifiche di AIDS ai residenti effettuate fuori regione.

L'incidenza cumulativa è di 67 casi, di cui il 74,6% maschi.

Tabella 9 – Distribuzione dei casi di AIDS in Valle d'Aosta per genere e anno di diagnosi. Valori assoluti. Anni 1989 –2005

Anno	M	F	Totale
1989	1		1
1990	3	2	5
1991	7	1	8
1992	6		6
1993	4	2	6
1994	3		3
1995	4	1	5
1996	9		9
1997	1	1	2
1998	4	2	6
1999	1	2	3
2000	1	1	2
2001	1	2	3
2002	1		1
2003	2	1	3
2004	1	1	2
2005	1	1	2
Totale	50	17	67

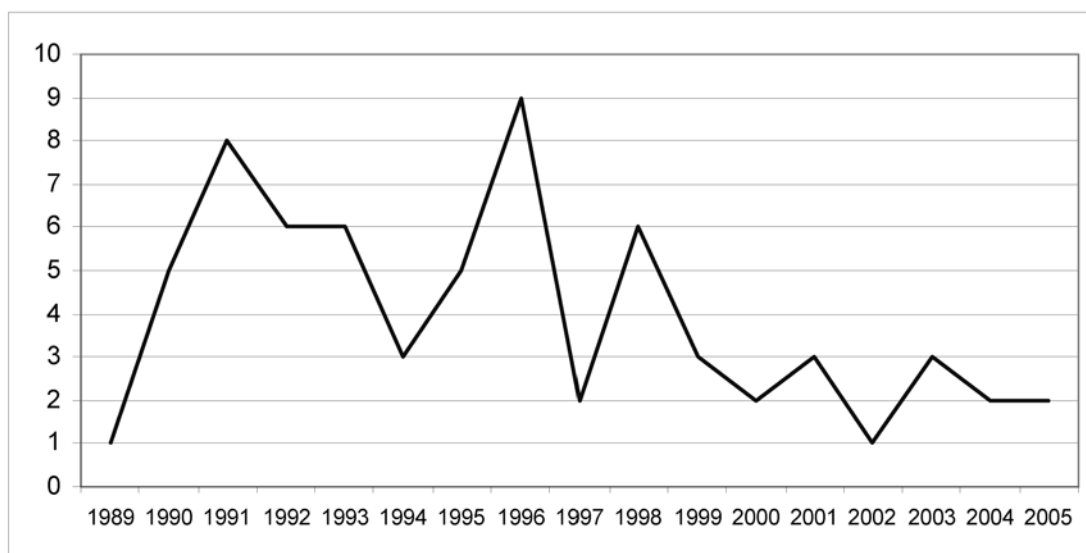
Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

I dati del 2005 sono riferiti al periodo gennaio- novembre.

Fonte: UO Malattie infettive- Ospedale regionale della Valle d'Aosta

Dal grafico che segue è possibile evidenziare una riduzione del valore assoluto dei casi, successiva ai valori massimi registrati nel 1996.

Anche nella nostra regione quindi viene confermato il trend nazionale che registra una certa stazionarietà dei valori incidenti negli ultimi 3 - 4 anni.

Figura 12 – Andamento temporale dei casi di AIDS in Valle d'Aosta – Valori assoluti. Anni 1989-2005

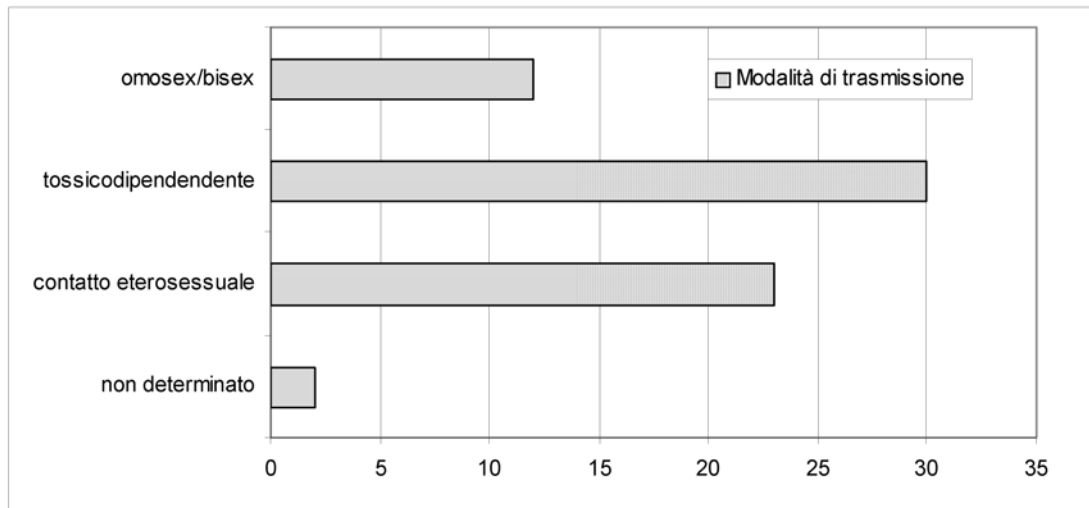
Fonte: UO Malattie infettive- Ospedale regionale della Valle d'Aosta

La figura che segue mostra la distribuzione dei fattori di rischio nei casi di AIDS presenti tra i residenti in Valle d'Aosta.

La maggior parte dei casi (52,2 %) è attribuibile al contagio per via sessuale (di cui il 34,3 % di tipo eterosessuale e il 17,9 % omosessuale e bisessuale), seguita dalle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via iniettiva (44,8%).

Il rapporto fra i sessi è sempre a sfavore dei maschi in tutte le categoria di esposizione.

Figura 13 - Distribuzione per categoria di esposizione dei casi di AIDS in Valle d'Aosta – Valori assoluti. Anni 1989-2005



Fonte: UO Malattie infettive- Ospedale regionale della Valle d'Aosta

Sul totale dei casi ad oggi prevalenti tra i residenti valdostani, ad essere maggiormente colpiti dall'AIDS sono i maschi, nella misura del 75% sul totale, come mostra la tabella che segue.

Tabella 10 – Distribuzione dei casi di AIDS in Valle d'Aosta per genere e categoria di esposizione. Valori assoluti. Anni 1989 –2005

Categoria di esposizione	Sesso		Totale	
	M	F	v.a.	%
tossicodipendente	21	9	30	44,8
omosex/bisex	12		12	17,9
contatto eterosessuale	15	8	23	34,3
non determinato	2		2	3
Totale	50	17	67	100

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Fonte: UO Malattie infettive- Ospedale regionale della Valle d'Aosta

La fascia d'età più colpita, per ogni categoria di esposizione è quella tra 25 e 49 anni, come mostra la tabella che segue.

Tabella 11 – Distribuzione dei casi di AIDS in Valle d'Aosta per categoria di esposizione e classe d'età. Valori assoluti. Anni 1989–2005

Categoria di esposizione	Classe d'età						Totale	
	15-24		25-49		50 e più		M	F
	M	F	M	F	M	F		
tossicodipendente	2	3	18	6	1		21	9
omosex/bisex	1		8		3		12	
contatto eterosessuale			11	7	4	1	15	8
non determinato			2				2	
Totale	3	3	39	13	8	1	50	17

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Fonte: UO Malattie infettive- Ospedale regionale della Valle d'Aosta

Il progressivo aumento nel tempo di casi attribuiti alla categoria di esposizione da contatto eterosessuale è documentabile, anche per la Valle d'Aosta, con la tabella che segue.

Tabella 12 – Distribuzione dei casi di AIDS in Valle d'Aosta per categorie di esposizione ed anno di diagnosi. Valori assoluti. Anni 1989-2005

Anno	Categorie di esposizione				Totale
	contatto eterosessuale	omosex/bisex	tossicodipendente	non determinato	
1989			1		1
1990		1	4		5
1991	1	2	5		8
1992	1	1	3	1	6
1993	1	1	4		6
1994	1	1	1		3
1995	3		2		5
1996	2	3	3	1	9
1997	1		1		2
1998	5		1		6
1999	1		2		3
2000	1	1			2
2001	1		2		3
2002		1			1
2003	2	1			3
2004	2				2
2005	1		1		2
Totale	23	12	30	2	67

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Fonte: UO Malattie infettive- Ospedale regionale della Valle d'Aosta

Tabella 13 – Distribuzione dei casi di AIDS in Valle d'Aosta per anno di diagnosi e classe d'età. Valori assoluti. Anni 1989 –2005

Anno	Classe d'età						Totale	
	15-24		25-49		50 e più		M	F
	M	F	M	F	M	F		
1989			1				1	
1990	1	2	2				3	2
1991			7	1			7	1
1992	2		3		1		6	
1993		1	3	1	1		4	2
1994			3				3	
1995			3	1	1		4	1
1996			6		3		9	
1997			1	1			1	1
1998			3	1	1	1	4	2
1999			1	2			1	2
2000			1	1			1	1
2001			1	2			1	2
2002			1				1	
2003			1	1	1		2	1
2004			1	1			1	1
2005			1	1			1	1
Totale	3	3	39	13	8	1	50	17

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

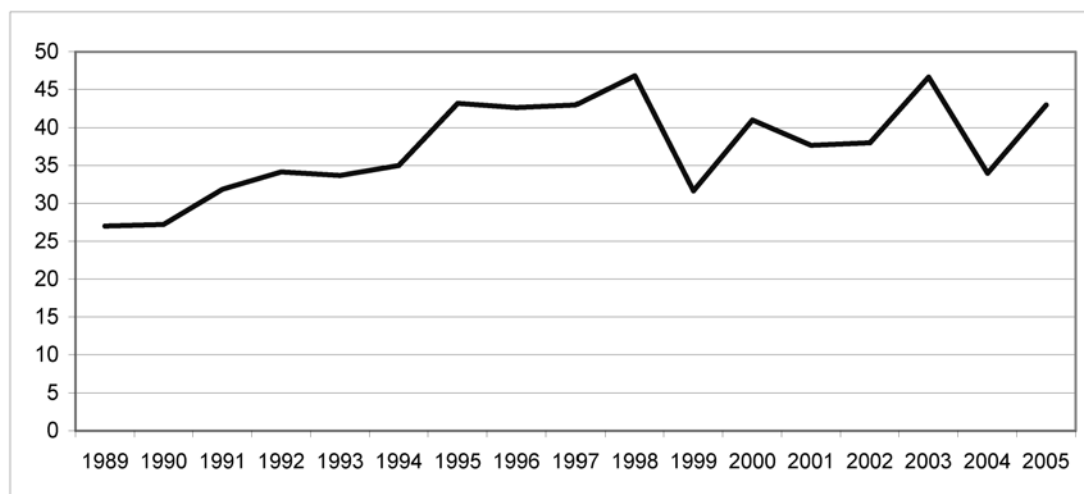
Fonte: UO Malattie infettive- Ospedale regionale della Valle d'Aosta

Il grafico che segue mostra come, al pari di quanto avvenuto a livello nazionale, anche per la Valle d'Aosta, l'età media alla diagnosi si sia innalzata dal 1989 ad oggi.

E' possibile inoltre osservare che, verosimilmente per effetto delle campagne di prevenzione effettuate nell'ultimo decennio dal 1994, non vi sono casi di AIDS in soggetti di età inferiore a 24 anni.

Si conferma per altro, anche per la Valle d'Aosta, il fenomeno che vede un'alta percentuale di casi scoperti sieropositivi solo nella fase conclamata della malattia.

Figura 14 – Andamento temporale dell' età media alla diagnosi dei casi di AIDS in Valle d'Aosta. Anni 1989-2005



Fonte: UO Malattie infettive- Ospedale regionale della Valle d'Aosta

TUBERCOLOSI

La tubercolosi (TBC) rientra tra le malattie infettive cosiddette riemergenti nei Paesi occidentali a causa dell'aumento del numero dei casi registrati in alcune nazioni.

Anche in Italia la riduzione dei casi di tubercolosi polmonare sembra essersi arrestata a partire dall'inizio degli anni '80, attestandosi su valori stazionari fino al 1990 quando è stato osservato un aumento come effetto presumibilmente dovuto all'inclusione di casi espettorato-negativi nel sistema di notifica.

I reali determinanti di questo fenomeno sono di difficile individuazione anche se i dati disponibili supportano l'ipotesi che ad influire siano stati da un lato, il cambiamento intercorso nel sistema di notifica, dall'altro, una reale modifica del quadro epidemiologico.

L'incidenza di tubercolosi extrapolmonare è aumentata sensibilmente in Italia a partire dal 1987, con un ulteriore incremento nel periodo compreso tra il 1990 ed il 1995. Nel 1991 si è assistito alla modifica dell'intero sistema di notifica di questa malattia ed è stata introdotta la nuova definizione di caso di tubercolosi.

La situazione a livello regionale è quella presentata nella tabella che segue in cui sembra che il fenomeno presenti valori contenuti e di segno opposto al trend nazionale.

Tabella 13 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di alcune malattie infettive di Classe III. Valori assoluti. Anni 1995 – 2004

Malattia		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totale
Tubercolosi												
Polmonare	uomini	11	7	1	4	8	2	4	9	4	1	54
	donne	3	2	4	5	10	2	3	2	5	2	41
	Totale	14	9	5	9	18	4	7	11	9	3	95
Extrapolmonare	uomini	4	3	2		2	3	3	1	1		19
	donne	2	3	2	1			1	3			12
	Totale	6	6	4	1	2	3	4	4	1		31
Entrambe le sedi	uomini	1						1	1			3
	donne											
	Totale	1						1	1			3
Disseminata polmonare ed extrapolmonare	uomini				1							1
	donne					1						1
	Totale				1	1						2
Micobatteriosi non tubercolare												
Polmonare	uomini					1					1	2
	donne											
	Totale					1					1	2

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Le classi più colpite sono quelle adulte in entrambi i sessi e per tutto il periodo considerato, come si evince dalle tabelle che seguono che denotano una riduzione del 27,3 % nei maschi e del 45,5 % nelle femmine.

Tabella 14 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di alcune malattie infettive di Classe III, distinti per classe di età e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Maschi

Malattia	0-14		15-24		25-64		> 65		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Tubercolosi										
Polmonare			3		14	7	14	13	31	20
Extrapolmonare		1			7	4	4	3	11	8
Entrambe le sedi					1	1		1	1	2
Disseminata polmonare ed extrapolmonare					1				1	
Totale		1	3		23	12	18	17	44	30
Micobatteriosi non tubercolare										
Polmonare					1			1	1	1
Totale		1	3		24	12	18	18	45	31

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Tabella 15 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe III, distinti per classe di età e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Femmine

Malattia	0-14		15-24		25-64		> 65		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Tubercolosi										
Polmonare			1	1	15	10	8	3	24	14
Extrapolmonare			2		3	2	3	2	8	4
Entrambe le sedi										
Disseminata polmonare ed extrapolmonare							1		1	
Totale			3	1	18	12	12	5	33	18
Totale			3	1	18	12	12	5	33	18

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

A livello territoriale la situazione è descritta nelle tabelle seguenti e vede una concentrazione di casi nei maschi per tutto il periodo di osservazione nel distretto del capoluogo, pari al 44,7% del totale. Più distribuita geograficamente l'epidemiologia di queste malattie tra le femmine.

Tabella 16 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di alcune malattie infettive di Classe III, distinti per distretto di residenza e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Maschi

Malattia	D1		D2		D3		D4		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Tubercolosi										
Polmonare	3	2	16	9	5	4	7	5	31	20
Extrapolmonare	4	4	5	1		1	2	2	11	8
Entrambe le sedi	1			1				1	1	2
Disseminata polmonare ed extrapolmonare					1				1	
Totale	8	6	21	11	6	5	9	8	44	30
Micobatteriosi non tubercolare										
Polmonare			1	1					1	1
Extrapolmonare										
Entrambe le sedi										
Disseminata polmonare ed extrapolmonare										
Totale			1	1					1	1
Totale	8	6	22	12	6	5	9	8	45	31

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Tabella 17 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe III, distinti per distretto di residenza e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Femmine

Malattia	D1		D2		D3		D4		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Tubercolosi										
Polmonare	4	2	8	7	5	3	7	2	24	14
Extrapolmonare	1	1	2	2	4	1	1		8	4
Entrambe le sedi										
Disseminata polmonare ed extrapolmonare					1				1	
Totale	5	3	10	9	10	4	8	2	33	18
Micobatteriosi non tubercolare										
Polmonare										
Extrapolmonare										
Entrambe le sedi										
Disseminata polmonare ed extrapolmonare										
Totale										
Totale	5	3	10	9	10	4	8	2	33	18

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

L'ultima tabella mostra, sull'intero periodo di osservazione, l'incidenza percentuale di malattia in ciascun distretto.

Confrontando l'incidenza percentuale di tubercolosi e di micobatteriosi non tubercolare a livello distrettuale, con la ripartizione percentuale della popolazione per distretto di residenza, il distretto 3 ed il distretto 4 segnano percentuali di incidenza di malattia superiori alla percentuale di popolazione residente nel singolo distretto rispetto al totale regionale (rispettivamente 19,7 % di malattia contro 13,7 % di

popolazione nel distretto 3 e 21,3 % di malattia contro 18,8 % di popolazione nel distretto 4).

Tabella 18 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di alcune malattie infettive di Classe III, distinti per distretto di residenza e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 2004. Totali

Malattie	D1		D2		D3		D4		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Tubercolosi e Micobatteriosi non tubercolare	13	9	32	21	16	9	17	10	78	49
Distribuzione percentuale per distretto	17.3. %		41.7. %		19.7 %		21.3 %		100 %	

L'incidenza di tubercolosi in specifici gruppi a rischio sembra essere tuttavia grossolanamente sottostimata: infatti, le persone con infezione da HIV/TBC sembrano essere notificate solo dal registro AIDS e ciò potrebbe essere attribuito al fatto che la tubercolosi non viene indicata come una malattia a notifica obbligatoria.

Le linee guida per il controllo della tubercolosi accordate a livello internazionale sono espresse dal DOTS, un'insieme di azioni e strategie grazie alle quali potrebbe essere possibile prevenire l'insorgenza di milioni di casi e decessi nel prossimo decennio.

La strategia del DOTS si articola su cinque concetti cardine:

- l'impegno dei Governi a sostenere la lotta alla tubercolosi;
- la diagnosi precoce dei sintomi attraverso l'analisi al microscopio della saliva;
- la presenza regolare ed ininterrotta di scorte di farmaci di alta qualità;
- la garanzia di poter somministrare con regolarità il trattamento per 6–8 mesi ai soggetti malati (inclusa l'osservazione diretta dell'assunzione dei farmaci per almeno i primi due mesi);
- la presenza di un sistema d'informazione che consenta di monitorare sistematicamente i progressi dei trattamenti e i risultati delle cure.

Ogni paziente infetto da tubercolosi precedentemente diagnosticata con l'uso della microscopia, deve essere tenuto sotto osservazione dalle strutture sanitarie affinché gli vengano somministrati gli adeguati dosaggi dei farmaci.

Le medicine antitubercolosi più diffuse sono la isoniazide, la rifampicina, la pirazinamide, la streptomina e l'etambutolo.

L'analisi della saliva deve essere ripetuta dopo due mesi dall'inizio della cura per testarne gli effetti, e ripetuta successivamente in seguito alla fine del trattamento.

Il decorso della malattia dovrebbe essere seguito registrando e riportando in maniera sistematica i dati relativi a ogni singolo paziente.

Sarebbe inoltre auspicabile riportare la proporzione di trattamenti andati a buon fine, come indice di qualità del programma di cura adottato.

La strategia DOTS, quando correttamente seguita :

- incrementa del 95% il tasso di cura nei paesi più poveri;
- previene l'insorgenza di nuovi casi attraverso il trattamento degli individui infetti;

- previene lo sviluppo di forme di resistenza ai farmaci, garantendo una sorveglianza dell'intero decorso della malattia.

La Banca Mondiale ha classificato la strategia DOTS "come uno degli interventi sanitari migliori in termini di costi e benefici".

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE IV

Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, pediculosi e scabbia.

Questa Classe comprende i focolai epidemici definiti come “insorgenza di due o più casi della stessa malattia in un gruppo di persone appartenenti ad una stessa comunità o comunque esposti ad una comune fonte di infezione”.

La segnalazione da parte del medico deve essere fatta all'Azienda USL *entro 24 ore*.

Nel caso di botulismo si considera episodio epidemico anche la segnalazione di un solo caso.

Le tabelle seguenti mostrano i casi di notifica e i focolai epidemici in Valle d'Aosta nel periodo 1995-2004, inclusa la distribuzione per agente eziologico.

L'incidenza di casi e di focolai sembra in netta flessione nel periodo oggetto di studio, mentre oltre il 50% dei casi è provocato dal *Clostridium perfringens* contenuto in carni contaminate, cotte in maniera inadeguata e tenute al caldo per molto tempo o lasciate raffreddare lentamente a temperatura ambiente.

Tabella 19– Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe IV. Valori assoluti. Anni 1995 – 2004

Malattia	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Infezioni,tossinfezioni,infestazioni di origine alimentare			26		41		10			
Pediculosi							2	6		
Scabbia									2	
Totale			26		41		12	6	2	

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Tabella 20 – Focolai epidemici in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe IV. Valori assoluti. Anni 1995 – 2004

Malattia	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Infezioni,tossinfezioni,infestazioni di origine alimentare			1		6		1			
Pediculosi							1	2		
Scabbia									1	
Totale			1		6		2	2	1	

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Tabella 21 – Agenti eziologici che hanno provocato le “Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare” in Valle d'Aosta. Malattie infettive di Classe IV. Valori assoluti. Anni 1995 – 2004

Agente eziologico	Numero casi
<i>Clostridium perfringens</i>	41
salmonella gruppo D	26
staphilococco Aureus	10
Totale	77

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE V

Malattie non comprese nelle Classi precedenti, zoonosi indicate nel regolamento di Polizia Veterinaria e altre zoonosi non diversamente citate.

La tabella 22 che segue mostra l'andamento dell'incidenza di notifica delle malattie di Classe V in Valle d'Aosta nel periodo oggetto di studio.

Tutte le malattie sembrano in flessione dopo avere registrato degli aumenti nel corso del tempo.

Tabella 22 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe V. Valori assoluti. Anni 1995 – 2004

Malattia		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totale
Herpes zoster	uomini	9	6	1	1	1	1	4	4	1	3	31
	donne	7	8			3	2	6	8	8	4	46
	Totale	16	14	1	1	4	3	10	12	9	7	77
Mononucleosi infettiva	uomini		1		5	2		2	2		3	15
	donne		1	1		4	1	2	2	1		12
	Totale		2	1	5	6	1	4	4	1	3	27
Pediculosi e ftiriasi	uomini	4	5	6	7	3	9	3	2		3	42
	donne		8	6	2	5	5	5		7	1	39
	Totale	4	13	12	9	8	14	8	2	7	4	81
Enterite da Rotavirus	uomini	9								1	1	11
	donne	8										8
	Totale	17								1	1	19
Scabbia	uomini	4	7	5	2	12	10	8	7	3	6	27
	donne	1	2	1	2	5	6	9	4	3	2	34
	Totale	5	9	6	4	17	16	17	11	6	8	61
Altro	uomini	4	12	8	6	0	8	3	2	4	11	95
	donne	4	3	6	5	2	1	2	2	0	5	31
	Totale	8	15	14	11	2	9	5	4	4	16	126

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

La medesima flessione si osserva anche dall'analisi distinta per sesso e periodo come mostrano le tabelle seguenti.

Tabella 23 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe V, distinti per classe di età e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Maschi

Malattia	0-14		15-24		25-64		> 65		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Herpes zoster	1		1		4	8	12	5	18	13
Mononucleosi infettiva	6	3	2	4					8	7
Pediculosi e ftiriasi	2		4	4	15	12	4	1	25	17
Enterite da Rotavirus	9	2							9	2
Scabbia	5	5	6	7	17	16	2	6	30	34
Altro	15	12	4		11	8		8	30	28
Totale	38	22	17	15	47	44	18	20	120	101

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Tabella 24 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe V, distinti per classe di età e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Femmine

Malattia	0-14		15-24		25-64		> 65		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Herpes zoster		1			7	10	11	17	18	28
Mononucleosi infettiva	2	2	2	4	2				6	6
Pediculosi e ftiriasi	11	11	1	2	8	4	1	1	21	18
Enterite da Rotavirus	8								8	
Scabbia	2	6	1	3	6	13	2	2	11	24
Altro	11	6	2		6	3	1	1	20	10
Totale	34	26	6	9	29	30	15	21	84	86

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

A livello territoriale la situazione nel periodo oggetto di studio è quella di seguito descritta:

Tabella 25 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe V, distinti per distretto di residenza e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Maschi

Malattia	D1		D2		D3		D4		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Herpes zoster		1	16	9	1		1	3	18	13
Mononucleosi infettiva	2		4	6	1		1	1	8	7
Pediculosi e ftiriasi	4	2	12	11	6	3	3	1	25	17
Enterite da Rotavirus	1		5	1		1	3		9	2
Scabbia	4	6	13	18	7	8	6	2	30	34
Altro	5	2	16	12	4	9	5	5	30	28
Totale	16	11	66	57	19	21	19	12	120	101

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Tabella 26 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di malattie infettive di Classe V, distinti per distretto di residenza e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 1999 e 2000 – 2004. Femmine

Malattia	D1		D2		D3		D4		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Herpes zoster	2	3	10	22	2	2	4	1	18	28
Mononucleosi infettiva			5	4	1	1		1	6	6
Pediculosi e ftiriasi	1	1	17	12	2	4	1	1	21	18
Enterite da Rotavirus	3		5						8	
Scabbia	1	5	7	12	2	4	1	3	11	24
Altro	5		10	2	2	5	3	3	20	10
Totale	12	9	54	52	9	16	9	9	84	86

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

L'ultima tabella mostra, sull'intero periodo di osservazione, l'incidenza percentuale di malattia in ciascun distretto.

Confrontando l'incidenza percentuale di malattia a livello distrettuale, con la ripartizione percentuale della popolazione per distretto di residenza, il distretto 2 ed il distretto 3 segnano percentuali di incidenza di malattia superiori alla percentuale di popolazione residente nel singolo distretto rispetto al totale regionale (rispettivamente

58,6 % di malattia contro il 48,7 % di popolazione nel distretto 2 e il 16,6 % di malattia contro il 13,7 % di popolazione nel distretto 3).

Tabella 27 – Casi di notifica in Valle d'Aosta di alcune malattie infettive di Classe V, distinti per distretto di residenza e periodo. Valori assoluti. Anni 1995 – 2004. Totali

Malattia	D1		D2		D3		D4		Totale	
	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04	95-'99	00-'04
Totale tutte le malattie	28	20	120	109	28	37	28	21	204	187
Distribuzione percentuale per distretto	12.3 %		56.6 %		16.6 %		12.5 %		100 %	