

Région Autonome Vallée d'Aoste
Assessorat de la Santé, du bien-être
et des politiques sociales



Regione Autonoma Valle d'Aosta
Assessorato della Sanità, Salute
e Politiche Sociali

Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales
Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali

in collaborazione

con

Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale della Valle d'Aosta

EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES INFECTIEUSES
EN VALLEE D'AOSTE

1995 – 2005

EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE INFETTIVE
IN VALLE D'AOSTA

1995 – 2005

Aosta – Giugno 2006

Curatrici del volume : Patrizia Vittori ¹, Anna Maria Covarino ², Sabrina Abena ¹

Hanno collaborato : Stefano Fioraso³, Luigi Sudano², Enrico Rovarey ⁴, Sara Barailler ⁴

Impostazione editoriale : Alessandra Gelori ³

Si ringraziano: Gabriella Furfaro⁴, Carlo Orlandi ², Giovanni D'Alessandro², Angela Tassara ⁵, Carlo Di Pietrantonj ⁶

.....
¹ Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali - Direzione Risorse – Regione Autonoma Valle d'Aosta

² Dipartimento di Prevenzione – Azienda Sanitaria Locale della Valle d'Aosta

³ Direzione Risorse – Assessorato Sanità, Salute Politiche sociali – Regione Autonoma Valle d'Aosta

⁴ Direzione Salute – Assessorato Sanità, Salute Politiche sociali – Regione Autonoma Valle d'Aosta

⁵ Unità di Malattie infettive dell'Ospedale regionale di Aosta

⁶ Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – ASL 20 – Alessandria

Presentazione

La presente pubblicazione, dedicata all'andamento ed alle caratteristiche delle singole patologie infettive in Valle d'Aosta dal 1995 al 2005, rappresenta il primo esempio di un prodotto messo a disposizione dall'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, che è uno dei referenti della rete regionale per l'epidemiologia.

L'obiettivo di questo studio è di contribuire all'attività di sorveglianza epidemiologica dei fenomeni infettivi e diffusivi ed incentivare l'utilizzo dei dati e dei flussi informativi esistenti ai fini della programmazione attiva e della valutazione sanitaria, migliorandone al contempo i requisiti di accuratezza e contrastando con determinazione il fenomeno della sottonotifica.

La pubblicazione si rivolge principalmente alle direzioni sanitaria e territoriale dell'Azienda USL, nonché ai direttori di distretto, ai medici di medicina generale, ai pediatri e a quanti svolgono attività clinica, di cura e di sorveglianza nei distretti socio sanitari della Valle d'Aosta.

L'auspicio è di avere offerto un utile ausilio a coloro che operano per la promozione della salute e a quanti alimentano e presidiano il sistema informativo regionale sulle malattie infettive, che può vantare la realizzazione di un applicativo per la condivisione dei dati in rete (SIMIWEB), realizzato dal Servizio di Igiene e Sanità pubblica della Valle d'Aosta e riconosciuto anche dalla rete nazionale per le malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità.

Colgo a tal riguardo l'occasione per ringraziare il Servizio di Igiene e Sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione, i medici di medicina generale, i pediatri, i medici ospedalieri e tutti gli altri operatori dei servizi che hanno contribuito, con le notifiche inviate all'Azienda USL della Valle d'Aosta, alla raccolta, alla elaborazione e quindi alla valorizzazione epidemiologica dei dati derivanti dalla loro attività quotidiana.

L'Assessore
Antonio FOSSON

Présentation

Cette publication, consacrée aux caractéristiques et à l'évolution des différentes pathologies infectieuses en Vallée d'Aoste de 1995 à 2005, constitue le premier outil mis à la disposition des professionnels de la santé par l'Observatoire régional épidémiologique et pour les politiques sociales en collaboration avec le Département de la prévention de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste qui est l'un des référents du réseau régional pour l'épidémiologie.

L'objectif de cette étude est de contribuer à la surveillance épidémiologique des phénomènes infectieux et d'encourager l'utilisation des données et des flux d'information afin de mettre en place une programmation active et de réaliser une évaluation sanitaire, tout en améliorant les critères de soin et en remédiant à la sous-information.

Cet ouvrage s'adresse principalement aux directions sanitaire et territoriale de l'Agence USL, ainsi qu'aux dirigeants des districts, aux médecins généralistes, aux pédiatres et à tous ceux qui exercent une activité clinique, de soin et de surveillance dans les districts socio-sanitaires de la Vallée d'Aoste.

Je souhaite que cet outil soit utile à ceux qui travaillent dans le domaine de la promotion de la santé et aux personnes qui fournissent des données sur les maladies infectieuses au système informatif régional, lequel peut se targuer d'avoir réalisé, avec le Service d'hygiène et de santé publique de la Vallée d'Aoste, un système d'application pour le partage des données en réseau (SIMIWEB) reconnu par le réseau national pour les maladies infectieuses de l'Institut supérieur de la santé.

A ce propos, je profite de cette occasion pour remercier le Service d'hygiène et de santé publique du Département de la prévention, les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins hospitaliers et tous les professionnels des services qui ont contribué - en envoyant des informations à l'Agence USL de la Vallée d'Aoste - à collecter, à élaborer et donc à valoriser les données afférentes à l'épidémiologie dont ils ont connaissance du fait de leur travail quotidien.

L'Assesseur
Antonio FOSSON

INDICE

Introduzione.....	Pag. 7
La legislazione e i sistemi informativi dedicati.....	Pag. 8
Materiali e Metodi.....	Pag.10
Completezza dell'archivio	Pag.10
Qualità dei dati.....	Pag.11
Limite dei dati.....	Pag.12
La popolazione	Pag.15
I dati del 2005.....	Pag.18
Il periodo 1995-2004.....	Pag.23
Malattie infettive di Classe I.....	Pag.23
Malattie infettive di Classe II	Pag.24
L'approfondimento: le epatiti virali e le malattie infettive dell'infanzia	Pag.30
Malattie infettive di Classe III	Pag.42
Malattie infettive di Classe IV.....	Pag.54
Malattie infettive di Classe V	Pag.55
Conclusioni.....	Pag.58
Siti Internet consultati e consigliati	Pag.59
Bibliografia.....	Pag.60

Appendici

- 1. Il flusso informativo*
- 2. La modulistica da utilizzare per la notifica*

Allegato

- 1. Programma di Aggiornamento del Piano Regionale Vaccini.*
- 2. Progetto di un Sistema di segnalazione delle malattie infettive su Web (SIMIWEB).*

Introduzione

Nonostante il nostro Paese registri ormai da anni un numero esiguo di decessi per malattie infettive e parassitarie, queste uccidono ancora nel mondo 17 milioni di persone residenti soprattutto nelle aree più povere e degradate del pianeta poiché il peso delle disuguaglianze sociali è particolarmente evidente nell'epidemiologia dell'insorgenza e della diffusione di queste malattie.

Gli effetti della globalizzazione, uniti alle migrazioni di popolazioni povere verso i Paesi a più elevato grado di sviluppo dell'occidente europeo e alla selezione di microrganismi multiresistenti agli antibiotici e ai disinfettanti hanno modificato recentemente sia la percezione, sia le soglie di rischio per malattie ritenute ormai debellate nelle nostre comunità, come la malaria, la tubercolosi, il tifo e la scabbia. Questa migrazione dei rischi epidemiologici induce la sanità pubblica a mantenere elevati i livelli di sorveglianza, a continuare l'opera di sensibilizzazione e comunicazione del rischio presso operatori e cittadini e, soprattutto, a predisporre accurati piani di prevenzione attiva che prevedano il reclutamento soprattutto dei soggetti più svantaggiati e ai margini della società civile.

Tra gli strumenti atti a prevenire ed a contrastare l'insorgenza e la diffusione delle malattie infettive, la conoscenza epidemiologica degli agenti causali, delle loro modalità di trasmissione e della loro diffusione sul territorio, costituisce certamente il primo requisito per azioni di provata efficacia.

Esperienze cliniche ed epidemiologiche hanno infatti dimostrato che è possibile ottenere informazioni utili alla pianificazione sanitaria regionale dall'analisi epidemiologica dei dati delle notifiche delle malattie infettive.

Obiettivo di questo studio è quello di offrire un contributo alla conoscenza del fenomeno infettivo in Valle d'Aosta attraverso l'analisi dei trends temporali e l'analisi geografica delle notifiche delle principali malattie infettive pervenute al Servizio di Igiene e Sanità pubblica dell'Azienda USL della Valle d'Aosta nel periodo compreso tra gennaio 1995 e dicembre 2004, con un aggiornamento dedicato al 2005.

Affinché il sistema di sorveglianza delle malattie infettive rappresenti uno strumento utile di supporto alle decisioni e all'analisi clinica ed epidemiologica è importante che i dati in esso contenuti siano di qualità e completi in tutte le voci previste.

Come in altre realtà regionali, anche in Valle d'Aosta il sistema di sorveglianza risente di una certa tendenza alla sottotifica, originata non solo dalla scarsa considerazione dell'importanza della segnalazione, ma anche dal fatto che per lungo tempo, in assenza di un prodotto di ritorno in termini di analisi dei dati, l'attività di notifica è stata limitata ad una archiviazione cartacea formale.

Si confida che la pubblicazione di questo studio e la diffusione di strumenti come SIMIWEB, ad uso dei medici della Valle d'Aosta, possano costituire uno stimolo alla denuncia puntuale e tempestiva delle malattie infettive da parte di tutti gli operatori nell'esercizio della loro professione, intendendo con questa non un semplice adempimento burocratico, ma un contributo essenziale alla descrizione dello stato di salute e alla pianificazione dell'attività dei servizi di prevenzione.

La legislazione e i sistemi informativi dedicati

Il ventesimo secolo è stato testimone di straordinarie trasformazioni nell'epidemiologia delle malattie trasmissibili: si è assistito infatti al passaggio da un tipo di patologia infettiva sostenuta da infezioni dovute alla povertà degli ambienti di vita (Tifo, Enterite, Tbc), ad una patologia infettiva "moderna", associata a stili di vita ad alto rischio (AIDS, Epatite B), a fattori iatrogeni (infezioni ospedaliere), o legata ad ambienti di vita comunitaria (tossinfezioni alimentari, patologie respiratorie, ecc). Queste trasformazioni hanno richiesto un importante rinnovamento culturale finalizzato all'aggiornamento ed alla modifica, alla luce delle attuali esigenze di controllo epidemiologico e di integrazione tra basi di dati del sistema informativo sanitario, dell'elenco delle malattie infettive che danno origine a particolari misure di sanità pubblica.

Il Testo Unico delle leggi sanitarie, istituito con legge 1265/34, agli articoli 253 e 254 prevedeva l'obbligo di segnalazione all'autorità sanitaria delle malattie infettive, diffuse, o sospette tali, da parte di tutti coloro che svolgono una professione sanitaria o sanitaria ausiliaria. Successivamente, l'elenco delle malattie infettive e parassitarie soggette a denuncia obbligatoria è stato stabilito dal decreto ministeriale del 5 luglio 1975, così come modificato dal decreto ministeriale del 7 febbraio 1983, riguardante la denuncia obbligatoria dei casi di legionellosi e dal decreto ministeriale del 23 novembre 1986 relativo alla denuncia obbligatoria dei casi di epatite A, epatite B, epatite non A non B, rosolia congenita, AIDS e tetano neonatale.

Solo con il decreto del Ministero della Sanità del 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse", tuttora vigente, sono stati modificati i flussi informativi riguardanti la sorveglianza, suddividendo le malattie infettive in cinque classi aggregate sulla base della rilevanza per: gravità (in termini di letalità e costo sociale), elevata frequenza, estrema rarità, possibilità di intervento con azioni di profilassi e/o terapia e/o educazione sanitaria, interesse sul piano nazionale ed internazionale. Per ciascuna classe sono state previste diverse modalità di rilevazione e di invio agli organi competenti da parte delle aziende sanitarie locali ed un apposito modulo di segnalazione del singolo caso.

Allo scopo di ottimizzare i flussi informativi delle malattie infettive e diffuse, a partire dal 1995 l'Istituto Superiore di Sanità ed il Ministero della Salute hanno avviato una sperimentazione per informatizzare il flusso informativo delle notifiche di malattie infettive (*Appendice 1*).

La Regione Autonoma Valle d'Aosta, con propria deliberazione n. 269 del 26 gennaio 1996 ha istituito il sistema informatizzato di notifica delle malattie infettive di Classe II, Classe III, Classe IV e Classe V ed i relativi atti di indirizzo all'Azienda Unità Sanitaria Locale.

L'afferenza alle singole Classi stabilite dal decreto è la seguente:

Classe I

(non prevede un flusso di notifica informatizzato)

Colera
Febbre gialla
Febbre ricorrente epidemica
Febbri emorragiche virali (Febbre di Lassa, Marburg, Ebola)
Peste
Poliomielite
Tifo esantematico
Botulismo
Difterite
Influenza con isolamento virale
Rabbia
Tetano
Trichinosi

Classe II

(prevede un flusso di notifica informatizzato)

Blenorragia
Brucellosi
Diarree infettive non da salmonelle
Epatite Virale A
Epatite Virale B
Epatite Virale Non A – Non B
Epatite Virale non specificata
Febbre tifoide
Legionellosi
Leishmaniosi cutanea
Leishmaniosi viscerale
Leptosirosi
Listeriosi
Meningite ed encefalite acuta virale
Meningite meningococcica
Morbillo
Parotite
Pertosse
Rickettsiosi diversa da tifo esantematico
Rosolia
Salmonellosi non tifoide
Scarlattina
Sifilide
Tularemia
Varicella

Classe III

(soggetta a flussi informativi particolari e differenziati)

AIDS
Lebbra
Malaria
Micobatteriosi non tubercolare (*Flusso di notifica informatizzato*)
Tubercolosi (*Flusso di notifica informatizzato*)

Classe IV

*(prevede un flusso di notifica informatizzato)
(focolai epidemici)*

Dermatofitosi (tigna)
Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare
Pediculosi
Scabbia

Classe V

Malattie non comprese nelle Classi precedenti
Zoonosi indicate nel Regolamento di Polizia veterinaria
Altre zoonosi non diversamente citate

La legge regionale 4 settembre 1995, n. 41 (Istituzione dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA) e la creazione, nell'ambito dell'unità sanitaria locale della Valle d'Aosta, del Dipartimento di prevenzione e dell'unità operativa di microbiologia) ha provveduto a disciplinare le competenze in materia di malattie infettive ed, in particolare, ha affidato la sorveglianza delle stesse al Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL, attraverso il Servizio di Igiene e Sanità pubblica.

La recente deliberazione della Giunta regionale n. 4653 del 30 dicembre 2005 ha poi predisposto, all'interno del Piano regionale delle attività di Prevenzione 2006-2008, di cui all'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, art.4 comma 1, lett.e, il Programma di aggiornamento del Piano Regionale Vaccini. (*Allegato 1*).

La gestione delle notifiche e dei flussi informativi è attuata a livello di Azienda sanitaria locale e di Ente Regione tramite il programma SIMI (Sistema Informatizzato Malattie Infettive), sviluppato dall'I.S.S. e da un gestionale regionale per la condivisione dei dati in rete, denominato SIMIWEB (*Allegato 2*).

Materiali e Metodi

I dati presi in considerazione nel presente studio si riferiscono alle malattie infettive e diffusive denunciate, su cittadini residenti in Valle d'Aosta, nel corso del decennio 1° gennaio 1995 - 31 dicembre 2005, pervenute al Servizio di Igiene e Sanità pubblica, incluse nelle Classi II, III e IV del decreto del Ministero della Sanità del 15 dicembre 1990 e rilasciate dal programma SIMI dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'analisi è stata condotta sulle notifiche di malattia ai residenti secondo: le caratteristiche individuali (età e sesso), una variabile territoriale (distretto del comune di residenza) ed una temporale (anno di notifica), per ciascuna delle malattie oggetto di denuncia.

L'analisi non include le denunce avvenute su residenti valdostani in regioni diverse dalla Valle d'Aosta.

I dati riferiti all'ultimo semestre del 2005 sono provvisori in quanto soggetti a possibili variazioni successive alla notifica del sospetto diagnostico.

Completezza dell'archivio

Al fine di condurre lo studio su tutti i casi notificati in Valle d'Aosta tra il 1.1.1995 e il 31.12.2005 è stato effettuato un controllo con estrazione casuale delle schede individuali sia dal sistema informatizzato SIMI, sia dall'archivio cartaceo del Servizio

di Igiene e Sanità pubblica. Dopo opportune verifiche sull'identificazione corretta dei casi sono state inserite, ai fini dell'elaborazione dei dati, oltre alle notifiche presenti nel sistema SIMI, anche 17 schede relative al periodo 1995-2002 appartenenti alla Classe II e 411 schede appartenenti alla Classe V e presenti solo nell'archivio cartaceo del Servizio di Igiene e Sanità pubblica.

Qualità dei dati

Per essere inclusa nello studio ogni scheda doveva essere debitamente compilata su apposita modulistica (*Appendice 2*) in tutte le sue parti, con indicazione dei dati anagrafici della persona sospetta o colpita da patologia infettiva e di quelli specifici riferiti alla codifica delle diverse malattie infettive, controllati per incongruenze e doppie segnalazioni per una maggiore validità delle analisi riportate.

La valutazione di incongruenza è stata condotta rispetto alle variabili "età", "sesso" e "comune di residenza" delle persone segnalate al sistema di sorveglianza per le malattie di Classe II e III.

Dal 1995 al 2005 sono state registrate 3.523 notifiche, di cui 3.340 a residenti; l'analisi ne ha escluse complessivamente 45 per mancata compilazione dei campi sotto indicati.

Tabella 1 – Incongruenza nella compilazione dei campi età, genere, comune di residenza delle malattie infettive della CLASSE II e della CLASSE III. Anni 1995 –2005. Valori assoluti

Malattia	Non è indicato il comune di residenza	Non è indicato il genere	Non è indicata l'età
Blenorragia			
Brucellosi			
Diarree Infettive Non Da Salmonella	1		
Epatite A	1		
Epatite B	1		
Epatite Non A E Non B			
Epatite Virale Non Specificata			
Legionellosi	1		
Leishmaniosi Viscerale			
Leptosirosi			
Listeriosi			
Meningite Ed Encefalite Acuta Virale			
Meningite Meningococcica			
Morbillo	3	2	
Parotite	3		1
Pertosse			1
Rickettiosi Diversa Da Tifo Esantematico			
Rosolia			
Salmonellosi Non Tifoidea	5		2
Scarlattina	5	1	2
Sifilide			

Malattia (segue)	Non è indicato il comune di residenza	Non è indicato il genere	Non è indicata l'età
Varicella	7	2	6
Tubercolosi			1
Micobatteriosi Non Tubercolare			
Totale	27	5	13

Fonte : SIMI

Limite dei dati

Il decreto del Ministero della Sanità del 15 dicembre 1990 ha certamente contribuito a sensibilizzare l'opinione pubblica e gli operatori sanitari sull'importanza di un'azione continuativa ed attenta di sorveglianza delle patologie infettive. Inoltre, l'introduzione di un debito informativo verso le istituzioni centrali (Regione, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute ed Organizzazione Mondiale della Sanità), unitamente alla creazione di un sistema informativo dedicato ha senza dubbio favorito una maggiore attenzione degli operatori e degli epidemiologi verso un fenomeno variamente associato allo stato di salute ed alle iniziative di prevenzione attiva.

Nonostante il riconoscimento formale del valore aggiunto della conoscenza dei fenomeni infettivi, i dati rilasciati dal sistema informativo per le malattie infettive costituiscono spesso una *sottostima* dei casi effettivamente occorsi e ciò è dovuto in parte, ad una quota di casi clinici poco evidenti, ma anche ad una quota di casi accertati a cui non fa seguito una procedura formale di denuncia.

La valorizzazione a fini epidemiologici di questi dati ha quindi la finalità ulteriore di contrastare i fenomeni di sottotifica sensibilizzando ad una prassi di denunce tempestive e puntuali da parte dei medici, persuadendoli del valore aggiunto che la loro attività può avere nelle analisi di sanità pubblica, non in termini di mero adempimento burocratico, ma di fattiva collaborazione alla descrizione dello stato di salute della popolazione regionale per una programmazione delle scelte operative più opportune ed efficaci.

Al fine di stimare la quota di casi sfuggiti alla denuncia formale è stato effettuato un confronto tra il numero di notifiche per singola malattia ed il numero di ricoveri, per la stessa malattia occorsi su cittadini valdostani ovunque ricoverati, il cui esito è riportato nella tabella 2 che segue riferita alle malattie di Classe II. I dati sui ricoveri derivano dall'archivio SDO dell'ospedale regionale (Scheda di Dimissione Ospedaliera) e dai dati regionali dei ricoveri fuori regione prestati a residenti.

L'analisi è stata condotta sulle sole diagnosi principali alla dimissione per cui, nei casi in cui il numero di notifiche con ricovero eccede il numero di eventi di ricovero risultanti dall'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (meningiti, morbillo, parotite, rosolia, salmonellosi, scarlattina e varicella) è verosimile supporre che la notifica sia avvenuta in un reparto diverso da quello alla dimissione.

Nonostante non sia stato possibile, per vincoli imposti dalla normativa sulla privacy, operare un confronto nominativo individuale sui casi notificati e su quelli sottoposti a ricovero, in alcuni casi, la discrepanza numerica, in eccesso, del numero di ricoveri rispetto al numero di notifiche effettuate per singola malattia e periodo di riferimento,

lascia intendere una sottostima dei dati pervenuti al servizio di Igiene e Sanità pubblica. Per le diarreie infettive non da salmonella e le epatiti (ad eccezione dell'epatite di tipo A) il numero di ricoveri eccede talvolta in modo significativo il numero di notifiche ad indicare un'elevata propensione alla sottodenuncia.

Dal confronto tra l'archivio delle notifiche delle malattie infettive e quello dei ricoveri ospedalieri è risultata per la Classe I una discrepanza nel numero di casi registrati di tetano nel periodo 1995 – 2005: mentre l'archivio notifiche registra un solo caso nel 1997, dall'archivio delle schede di dimissione ospedaliera i casi, oltre a quello del 1997, ne risultano altri tre in corrispondenza degli anni 1999, 2000, 2002. Ulteriori discrepanze sono emerse per la poliomielite (nessuna notifica, ma 1 caso di ricovero) e la febbre ricorrente non specificata (nessuna notifica, ma 20 casi di ricovero).

Tabella 2 – Confronto fra i dati dell'archivio delle notifiche delle malattie infettive e l'archivio dei ricoveri ospedalieri per le patologie della CLASSE II. Valori assoluti. Anni 1995-2005

Malattia	Archivio Igiene e sanità pubblica		Archivio SDO
	Notifiche	Di cui con ricovero	Eventi di ricovero
Blenorragia	1		8
Bruccellosi	10	6	7
Diarree Infettive non da Salmonelle	109	99	308
Epatite A	42	37	43
Epatite B	26	24	44
Epatite Non A E Non B	7	7	122
Epatite Virale non Specificata	2	1	13
Legionellosi	21	16	
Leptosirosi	1	1	
Listeriosi	2	2	
Febbre Tifoide			3
Leishmaniosi Cutanea			1
Listeriosi			2
Meningite Ed Encefalite Acuta Virale	16	15	11
Meningite Meningococcica	7	7	6
Morbillo	517	22	17
Parotite	279	27	
Pertosse	78	16	24
Rickettiosi Diversa Da Tifo Esantematico	2	2	4
Rosolia	73	1	
Salmonellosi Non Tifoidea	224	166	147
Scarlattina	198	19	6
Sifilide	6	1	8
Varicella	1586	44	

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Per il 2005 il dato è riferito ai primi 9 mesi dell'anno.

Per alcune malattie della Classe III, incluse nel sistema SIMI, non è prevista la compilazione del campo 'Notifiche con ricovero'. Il confronto quindi con l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera ha dato l'esito evidenziato nella tabella 3 che segue.

Tabella 3 – Confronto fra Notifiche e Ricoveri Ospedalieri per le patologie della CLASSE III. Valori assoluti. 1995-2005

Malattia	Archivio Igiene e sanità pubblica	Archivio SDO
	<i>Notifiche</i>	<i>Eventi di ricovero</i>
Tubercolosi	131	147
Micobatteriosi Non Tuberculare	2	
Malaria		17
Aids	38	25

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

I dati relativi all'AIDS sono aggiornati a novembre 2005.

La popolazione

La tabella che segue illustra la consistenza della popolazione residente tra il 1995 ed il 2003 in Valle d'Aosta, distinta in base al sesso ed utilizzata per il calcolo degli indicatori. Non disponendo di dati riferiti alla frequenza per singolo anno di età della popolazione residente nel 2004 e nel 2005 e considerata la scarsa variabilità annuale dei dati medesimi, per questi ultimi due anni il calcolo degli indicatori ha utilizzato una popolazione stimata per ciascuna fascia di età pari a quella del 2003, ultimo anno disponibile.

Tabella 1a – Consistenza della popolazione residente in Valle d'Aosta per fascia di età. Anni 1995-2003. Maschi

Fascia di età	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
0-14	7.704	7.752	7.735	7.752	7.842	7.956	8.002	8.143	8.236
15-24	7.413	7.000	7.140	7.166	6.270	6.032	5.776	5.699	5.593
25-64	35.241	35.688	35.473	35.543	36.254	36.217	35.516	36.091	36.572
più di 65	8.357	8.579	8.773	8.778	8.942	9.179	9.274	9.461	9.700
Totale	58.715	59.019	59.121	59.239	59.308	59.384	58.568	59.394	60.101

Fonte: Istat

Tabella 1b – Consistenza della popolazione residente in Valle d'Aosta per fascia di età. Anni 1995-2003. Femmine

Fascia di età	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
0-14	7.144	7.191	7.156	7.182	7.431	7.502	7.502	7.583	7.730
15-24	6.876	6.629	6.542	6.589	5.753	5.522	5.364	5.241	5.128
25-64	33.332	33.621	33.798	33.968	34.543	34.567	34.395	34.718	34.849
più di 65	12.534	12.764	12.993	13.014	13.307	13.614	13.717	13.973	14.232
Totale	59.886	60.205	60.489	60.753	61.034	61.205	60.978	61.515	61.939

Fonte: Istat

Nelle tabelle che seguono la popolazione è ripartita per distretto del comune di residenza, sesso ed anno di età.

Si ricorda che: il distretto 1 corrisponde all'Alta Valle (incluso il Comune di Sarre), il distretto 2 corrisponde ad Aosta e cintura, il distretto 3 corrisponde alla Media Valle ed il distretto 4 corrisponde alla Bassa Valle, e che, a ciascun distretto sono riferite, rispettivamente, le sedi dei poliambulatori di: Morgex, Aosta, Châtillon e Donnas.

Tabella 2a – Consistenza della popolazione residente in Valle d'Aosta per distretto di residenza. Anni 1995-2003. Maschi

Distretto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
D1	10.926	11.051	11.078	11.124	11.098	11.105	10.949	11.250	11.480
D2	28.394	28.521	28.567	28.560	28.635	28.728	28.326	28.632	28.928
D3	8.246	8.249	8.274	8.300	8.269	8.274	8.107	8.223	8.349
D4	11.149	11.198	11.202	11.255	11.306	11.277	11.186	11.289	11.344
Totale	58.715	59.019	59.121	59.239	59.308	59.384	58.568	59.394	60.101

Fonte: Istat

Tabella 2b – Consistenza della popolazione residente in Valle d'Aosta per distretto di residenza. Anni 1995-2003. Femmine

Distretto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
D1	10.733	10.883	10.945	11.044	11.069	11.132	11.185	11.366	11.489
D2	29.540	29.668	29.871	29.933	30.116	30.193	30.009	30.214	30.447
D3	8.191	8.220	8.224	8.254	8.264	8.249	8.222	8.297	8.358
D4	11.422	11.434	11.449	11.522	11.585	11.631	11.562	11.638	11.645
Totale	59.886	60.205	60.489	60.753	61.034	61.205	60.978	61.515	61.939

Fonte:Istat

Al fine di rendere possibile l'analisi epidemiologica delle malattie notificate nel 2005 per tassi specifici per età, le tabelle che seguono riportano la consistenza della popolazione regionale residente, aggiornata all'ultimo anno disponibile, distinta per fascia di età e distretto di residenza in termini di valori assoluti e percentuali.

Tabella 3a – Consistenza della popolazione residente in Valle d'Aosta per distretto di residenza e fascia di età. Anno 2003. Maschi

	0-14	15-24	25-64	più di 65	Totale
D1	1.716	1.067	7.011	1.686	11.480
D2	3.902	2.703	17.506	4.817	28.928
D3	1.122	756	5.104	1.367	8.349
D4	1.496	1.067	6.951	1.830	11.344
Totale	8.236	5.593	36.572	9.700	60.101

Fonte:Istat

Tabella 3b – Consistenza della popolazione residente in Valle d'Aosta per distretto di residenza e fascia di età. Anno 2003. Femmine

	0-14	15-24	25-64	più di 65	Totale
D1	1.552	929	6.692	2.316	11.489
D2	3.697	2.533	16.935	7.282	30.447
D3	1.033	672	4.774	1.879	8.358
D4	1.448	994	6.448	2.755	11.645
Totale	7.730	5.128	34.849	14.232	61.939

Fonte:Istat

Tabella 3c – Ripartizione percentuale della popolazione residente in Valle d'Aosta per distretto di residenza all'interno di ciascuna fascia di età. Anno 2003. Totale

	0-14	15-24	25-64	più di 65	Totale
D1	20,47%	18,62%	19,19%	16,72%	18,82%
D2	47,59%	48,84%	48,22%	50,56%	48,65%
D3	13,50%	13,32%	13,83%	13,56%	13,69%
D4	18,44%	19,22%	18,76%	19,16%	18,84%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella 3d – Ripartizione percentuale della popolazione residente in Valle d'Aosta per fascia di età all'interno di ciascun distretto di residenza. Anno 2003. Totale

	0-14	15-24	25-64	più di 65	Totale
D1	13,51%	8,09%	58,25%	20,16%	100%
D2	12,14%	8,32%	55,62%	23,92%	100%
D3	12,36%	8,04%	57,12%	22,48%	100%
D4	12,43%	8,54%	55,37%	23,66%	100%
Totale	12,48%	8,28%	56,26%	22,98%	100%

I dati del 2005

Al fine di consentire ai responsabili dei distretti ed ai medici operanti sul territorio una visione aggiornata dei dati delle notifiche delle malattie infettive derivanti dall'archivio del Servizio di Igiene e Sanità pubblica, si riportano alcune tabelle di sintesi riferite alle segnalazioni del 2005, distinte per classe di notifica, sesso, classe di età e distretto di residenza. Le notifiche relative al secondo semestre 2005 sono da considerarsi provvisorie in quanto in attesa della rettifica successiva alla conferma diagnostica.

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE II

Il confronto con la situazione nazionale è riassunto nella tabella 1 che segue.

Si ricorda che, data la diversa composizione per età della popolazione regionale e di quella media nazionale, per le malattie non riferibili ad una ristretta fascia di età non è consigliato effettuare il confronto tra tassi grezzi.

Il contributo informativo offerto dall'intervallo di confidenza è finalizzato a valutare scostamenti significativi del valore del tasso regionale rispetto a quello nazionale: qualora il valore nazionale sia incluso nell'intervallo di confidenza del tasso regionale non è possibile escludere che la diversità tra i due valori sia da attribuire al caso.

Nella tabella seguente sono stati evidenziati in grassetto due scostamenti significativi tra il dato regionale e quello nazionale per l'Epatite A e la Salmonellosi non tifoidea .

Tabella 1 – Confronto tra i casi di notifica segnalati in Valle d'Aosta per le malattie infettive della CLASSE II e i dati nazionali. Valori assoluti, Tassi grezzi per 100.000 abitanti. Anno 2005

Malattia	Valle d'Aosta				Italia	
	valori assoluti	Lim. Inf. IC 95%	Tassi grezzi x 100.000	Lim. Sup. IC 95%	valori assoluti	Tassi grezzi x 100.000
Blenorragia		-	0,00	-	187	0,32
Brucellosi		-	0,00	-	316	0,54
Diarree Infettive Non Da Salmonelle	1	0,115	0,82	5,817	1361	2,33
Epatite A	3	0,793	2,46	7,622	286	0,49
Epatite B	1	0,115	0,82	5,817	369	0,63
Epatite Non A E Non B		-	0,00	-	121	0,21
Epatite Virale Non Specificata		-	0,00	-	7	0,01
Legionellosi	1	0,115	0,82	5,817	248	0,42
Leptosirosi		-	0,00	-	9	0,02
Listeriosi		-	0,00	-	25	0,04
Meningite Ed Encefalite Acuta Virale	1	0,115	0,82	5,817	247	0,42
Meningite Meningococcica		-	0,00	-	197	0,34
Morbillo		-	0,00	-	108	0,18
Parotite	4	1,230	3,28	8,733	1314	2,25
Pertosse	1	0,115	0,82	5,817	317	0,54
Rickettiosi Diversa Da Tifo Esantematico		-	0,00	-	127	0,22

Malattia (segue)	Valle d'Aosta				Italia	
	valori assoluti	Lim. Inf. IC 95%	Tassi grezzi x 100.000	Lim. Sup. IC 95%	valori assoluti	Tassi grezzi x 100.000
Rosolia	1	0,115	0,82	5,817	139	0,24
Salmonellosi Non Tifoidea	13	6,185	10,65	18,345	2992	5,12
Scarlattina		-	0,00	-	10384	17,76
Sifilide	1	0,115	0,82	5,817	543	0,93
Varicella	253	183,275	207,31	234,495	38657	66,12
Totale	280	204,073	229,43	257,944	57954	99,13

Fonte: Ministero della Salute, dati provvisori.

Per il calcolo dell'intervallo di confidenza è stato utilizzato un algoritmo che presuppone l'assenza di eventi ripetuti sulla stessa persona.

I dati relativi alle notifiche di malattie infettive di Classe II in Valle d'Aosta nel 2005, ripartiti per sesso, classe di età e distretto di residenza sono quelli desumibili dalle tabelle che seguono.

I maschi risultano lievemente più colpiti delle femmine e la classe di età compresa tra 0 e 14 anni totalizza oltre la metà (51,8%) delle notifiche di malattia incluse in questa Classe.

Tabella 2 – Casi di notifica segnalati in Valle d'Aosta per le malattie infettive della CLASSE II, distinti per sesso e classe di età. Valori assoluti. Anno 2005

Malattia	0-14		15-24		25-64		> 65		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Blenorragia										
Brucellosi										
Diarree Infettive Non Da Salmonelle		1								1
Epatite A				1		2				3
Epatite B					1				1	
Epatite Non A E Non B										
Epatite Virale Non Specificata										
Legionellosi					1				1	
Leptospirosi										
Listeriosi										
Meningite Ed Encefalite Acuta Virale					1				1	
Meningite Meningococcica										
Morbillo										
Parotite	2	1			1				3	1
Pertosse	1								1	
Rickettiosi Diversa Da Tifo Esantematico										
Rosolia		1								1
Salmonellosi Non Tifoidea	2	2	1	1	2	1	1	3	6	7
Scarlattina										
Sifilide					1				1	
Varicella	126	109	4	1	8	5			138	115
Totale	131	114	5	3	15	8	1	3	152	128

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

La forte variabilità osservata tra i distretti nella tabella che segue è verosimilmente da attribuire più al fenomeno delle sottonotifiche (che contraddistingue il distretto 3 e il distretto 4) piuttosto che ad una variabilità nell'incidenza di malattia.

L'analisi dei dati relativi alle notifiche della varicella (patologia riferibile alla fascia di età 0-14) può essere utilizzata come indicatore di questo fenomeno.

Tabella 3 – Casi di notifica segnalati in Valle d'Aosta per le malattie infettive della CLASSE II, distinti per sesso e distretto di residenza. Valori assoluti. Anno 2005

Malattia	D1		D2		D3		D4		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Blenorragia										
Brucellosi										
Diarree Infettive Non Da Salmonelle				1						1
Epatite A		1		2						3
Epatite B			1						1	
Epatite Non A E Non B										
Epatite Virale Non Specificata										
Legionellosi			1						1	
Leptosirosi										
Listeriosi										
Meningite Ed Encefalite Acuta Virale					1				1	
Meningite Meningococcica										
Morbillo										
Parotite	2		1	1					3	1
Pertosse	1								1	
Rickettiosi Diversa Da Tifo Esantematico										
Rosolia				1						1
Salmonellosi Non Tifoidea	4	1	2	6					6	7
Scarlattina										
Sifilide							1		1	
Varicella	37	33	92	75	6	4	3	3	138	115
Totale	44	35	97	86	7	4	4	3	152	128
Incidenza percentuale per distretto	28.2 %		65.4 %		3.9 %		2.5 %		100 %	

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE III

Il confronto con la situazione nazionale è riassunto nella tabella che segue.

Per la diversa composizione per età delle popolazioni di riferimento si consiglia la cautela nel confronto tra tassi grezzi.

Non è possibile escludere che la diversità tra il valore regionale e quello nazionale sia da attribuire al caso, dati i limiti assunti dall'intervallo di confidenza.

Tabella 4 – Confronto con i dati nazionali dei casi di notifica segnalati in Valle d'Aosta per le malattie infettive della CLASSE III. Valori assoluti e Tassi grezzi per 100.000 abitanti. Anno 2005

Malattia	Valle d'Aosta				Italia	
	valori assoluti	Lim. Inf. IC 95%	Tassi grezzi x 100.000	Lim. Sup. IC 95%	valori assoluti	Tassi grezzi x 100.000
Tubercolosi	6	2,209	4,92	10,944	1520	2,6
Micobatteriosi non TBC		-	0,00	-	65	0,11
Totale	6	2,209	4,92	10,944	1585	2,71

Fonte: Ministero della Salute, dati provvisori.

A livello regionale i dati relativi alle notifiche del 2005, ripartiti per sesso, classe di età e distretto di residenza sono quelli desumibili dalle tabelle che seguono.

Tabella 5 – Casi di notifica segnalati in Valle d'Aosta per le malattie infettive della CLASSE III, distinti per sesso e classe d'età. Valori assoluti. Anno 2005

Malattia	0-14		15-24		25-64		> 65 e più		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Tubercolosi		2			1		2	1	3	3
Micobatteriosi non TBC										
Totale		2			1		2	1	3	3

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Tabella 6 – Casi di notifica segnalati in Valle d'Aosta per le malattie infettive della CLASSE III, distinti per sesso distretto di residenza. Valori assoluti. Anno 2005

Malattia	D1		D2		D3		D4		Totale	
	M	F	M	F	M	M	F	M	F	M
Tubercolosi	1	1	2	2					3	3
Micobatteriosi non TBC										
Totale	1	1	2	2					3	3

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE IV

Relativamente alla Classe IV, nel 2005, non sono stati segnalati casi in Valle d'Aosta.

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE V

A livello regionale i dati relativi alle notifiche del 2005, ripartiti per sesso, classe di età e distretto di residenza sono quelli desumibili dalle tabelle che seguono.

Come per la Classe II, i maschi risultano più esposti delle femmine e la classe di maggior rischio è quella tra 15 e 24 anni, che totalizza il 50% delle notifiche.

Tabella 7 – Casi di notifica segnalati in Valle d'Aosta per le malattie infettive della CLASSE V, distinti per sesso e classe d'età. Valori assoluti. Anno 2005

Malattia	0-14		15-24		25-64		> 65		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Herpes zoster			2	1		2		2	2	5
Mononucleosi infettiva				1						1
Echinococchi			1						1	
Pediculosi e ftiriasi					1				1	
Polmonite Pneumococcica		1	1						1	1
Ascariasi			1						1	
Scabbia	3		3				1		7	
Totale	3	1	8	2	1	2	1	2	13	7

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

La concentrazione di oltre il 75% delle notifiche nel distretto 2 pone alcune riflessioni sul rischio di sottotifica per queste malattie nei rimanenti distretti della regione.

Tabella 8 – Casi di notifica segnalati in Valle d'Aosta per le malattie infettive della CLASSE V, distinti per sesso e distretto di residenza. Valori assoluti. Anno 2005

Malattia	D1		D2		D3		D4		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Herpes zoster			2	5					2	5
Mononucleosi infettiva				1						1
Echinococchi			1						1	
Pediculosi e ftiriasi					1				1	
Polmonite Pneumococcica			1	1					1	1
Ascariasi			1						1	
Scabbia	3		3				1		7	
Totale	3		8	7	1		1		13	7

Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

Il periodo 1995-2004

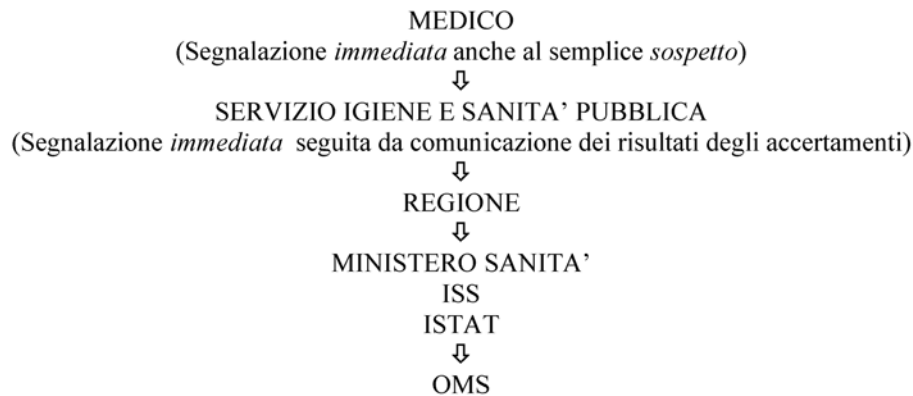
Le analisi che seguono costituiscono il vero obiettivo di questo studio che è quello di descrivere l'evolversi del fenomeno infettivo in Valle d'Aosta negli ultimi 10 anni, sia sotto il profilo epidemiologico, sia sotto il profilo dell'attenzione posta all'attività di notifica e alla manutenzione dei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

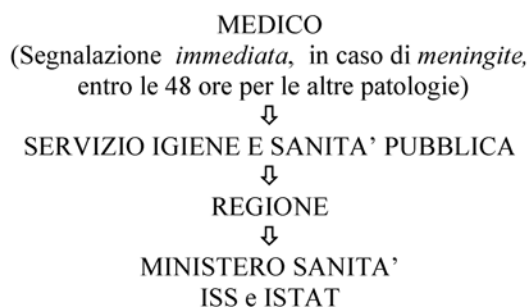


Non è previsto per la Classe I un flusso di notifica informatizzato; i dati quindi non vengono rilasciati dal sistema SIMI, ma sono ottenuti dall'archivio cartaceo del Servizio di Igiene e Sanità pubblica dell'Azienda USL che ha registrato per questo periodo un solo caso di tetano nel 1997.

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*).

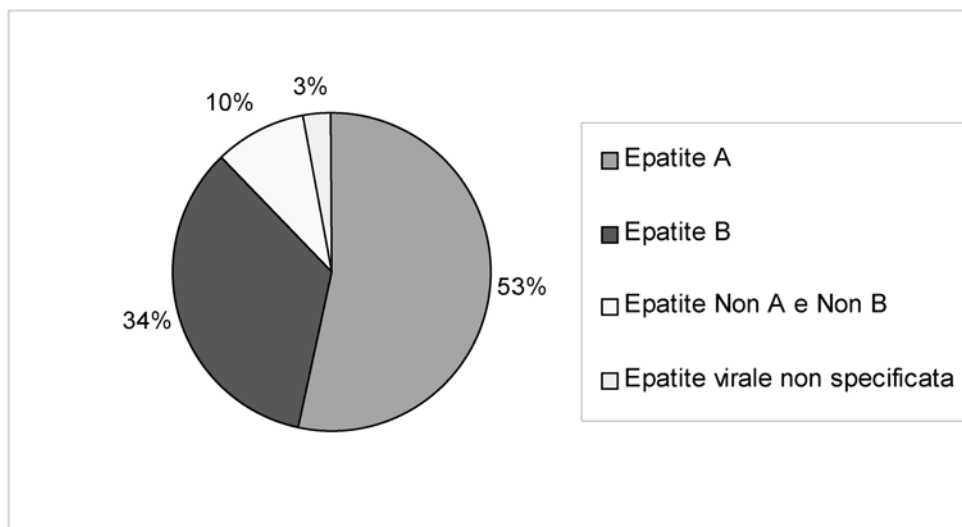
La Valle d'Aosta aderisce al sistema SEIEVA dal 1992.

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

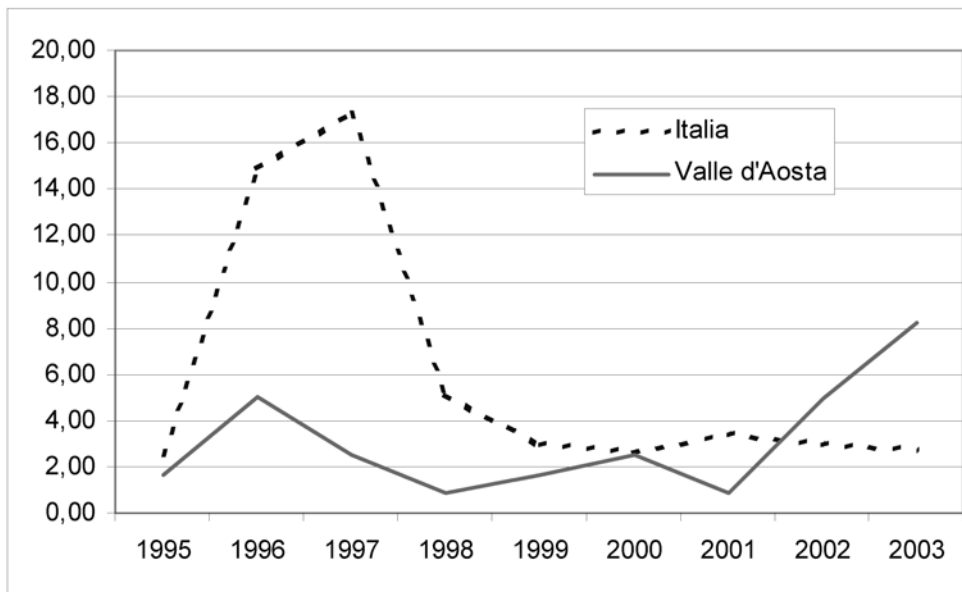


EPATITE A

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.

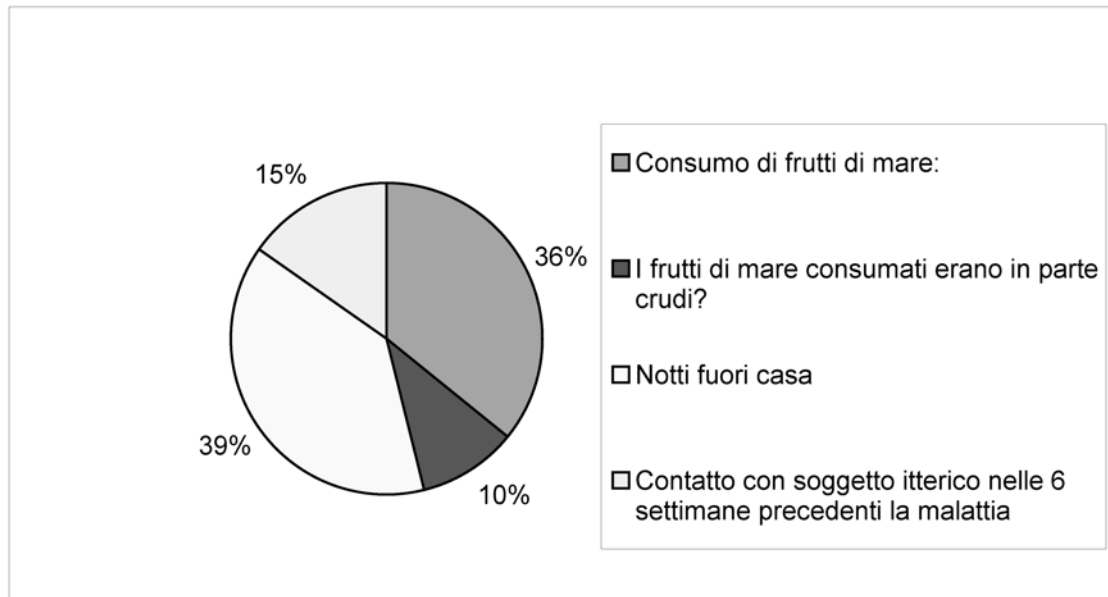
Figura 2 Andamento dell'incidenza di Epatite A in Valle d'Aosta ed Italia ogni 100.000 abitanti. Tassi grezzi . Anni 1995 –2003



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.

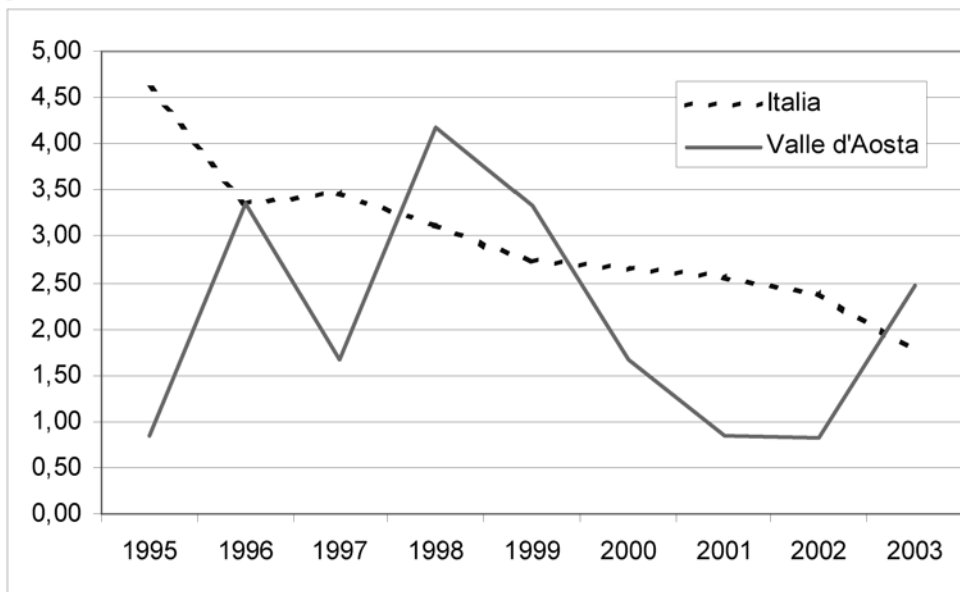
Prima del 1991, anno di introduzione dell'obbligo della vaccinazione per tutti i nuovi nati, circa 1,5-1,8 milioni di italiani, pari al 2,5% dell'intera popolazione, erano portatori cronici di HbsAg (antigene di superficie) e più di 160.000 persone erano considerate affette da infezioni croniche come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

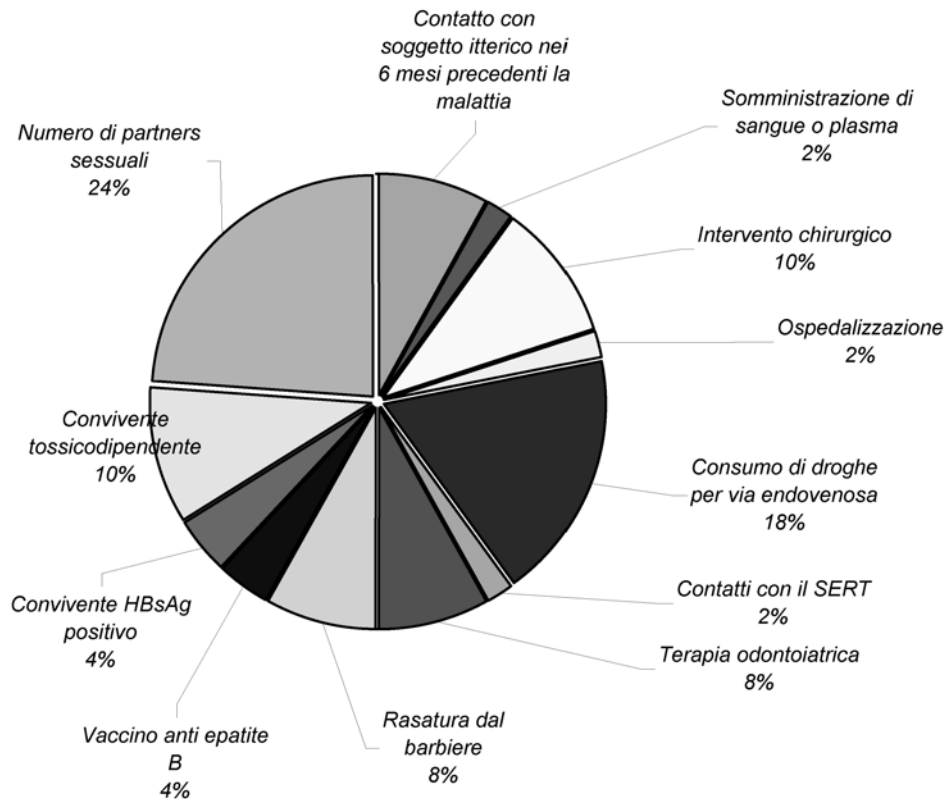


La riduzione nell'incidenza di malattia non è solo il risultato della campagna vaccinale che dal 1991 ha coinvolto tutti i nuovi nati e le coorti di dodicenni, ma è anche l'esito dei numerosi interventi di profilassi effettuati come: il controllo sui donatori di sangue, l'attività di educazione sanitaria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

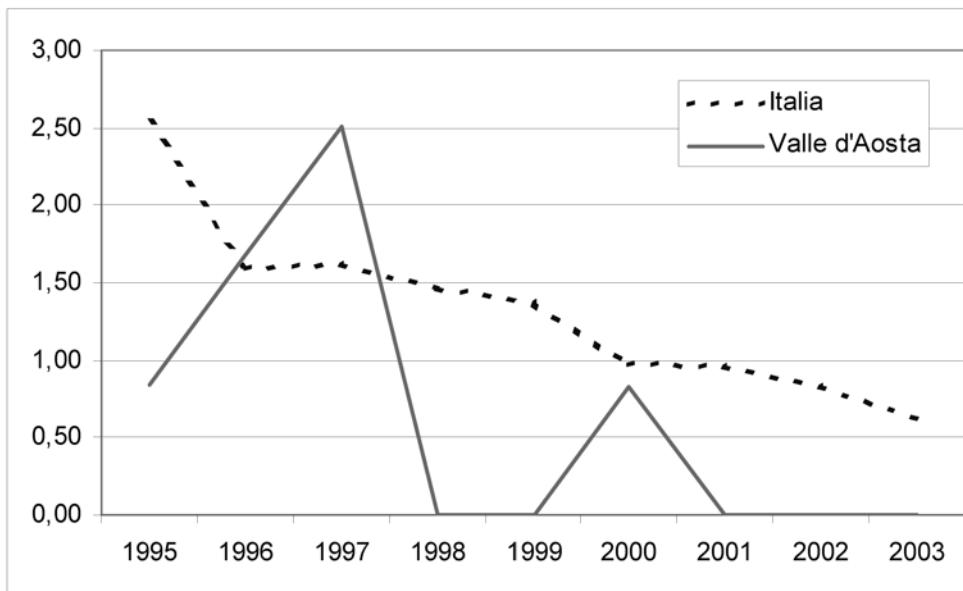
- Personale ed ospiti di istituti per malati mentali
- Tossicodipendenti e prostitute
- Omosessuali

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.

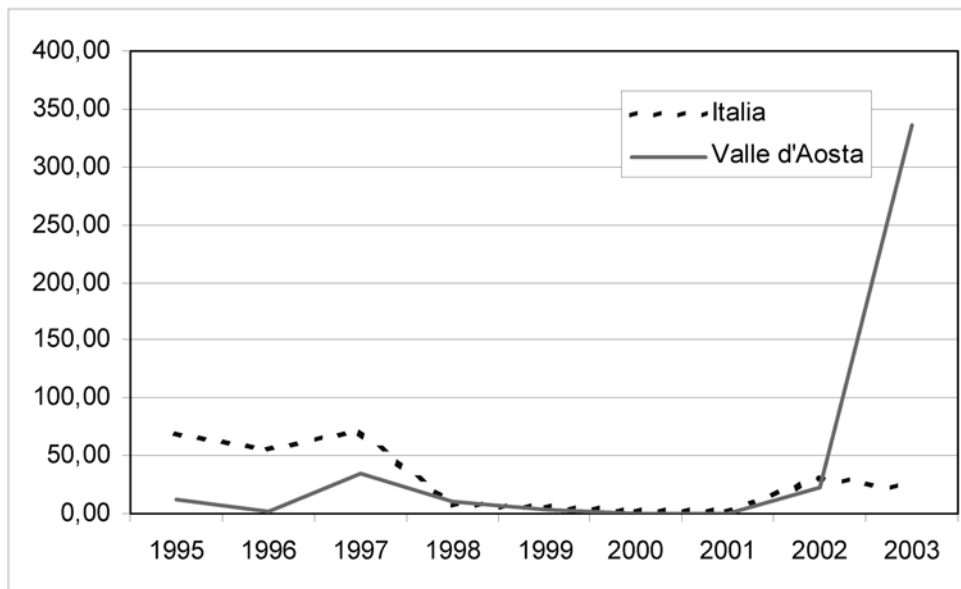
Trattandosi di una malattia molto contagiosa, quasi tutti i soggetti suscettibili ne vengono colpiti e la fascia di età ad incidenza più elevata è quella prescolare.

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.

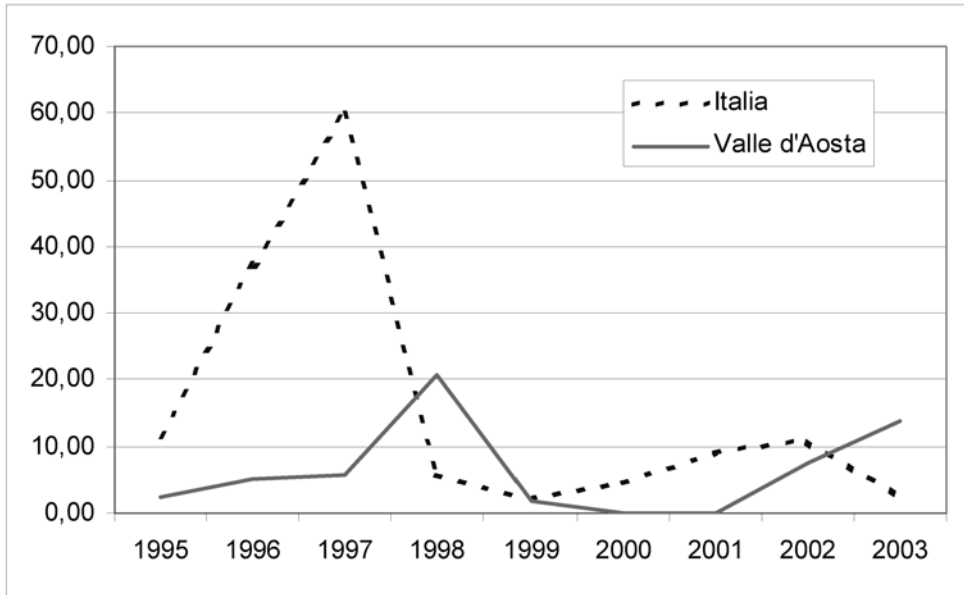
La strategia attuale, in linea con quella adottata in altri paesi è dunque quella di vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di vita con il vaccino trivalente contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) e di somministrarne una seconda dose entro i 5-6 anni di età. Contemporaneamente è indispensabile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

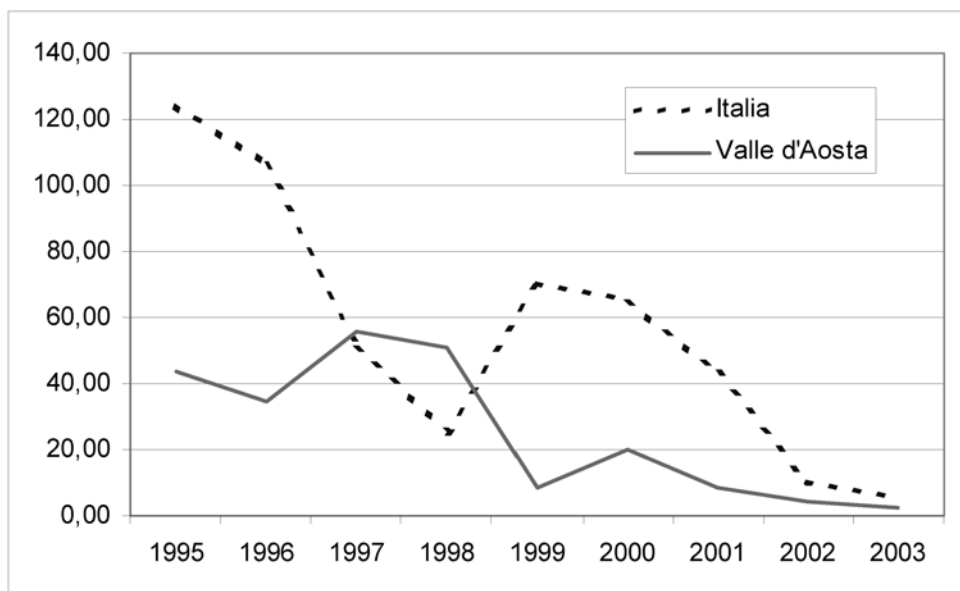
Figura 8 - Andamento dell'incidenza di Rosolia in Valle d'Aosta ed Italia ogni 100.000 abitanti. Tassi grezzi. Anni 1995 -2003



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

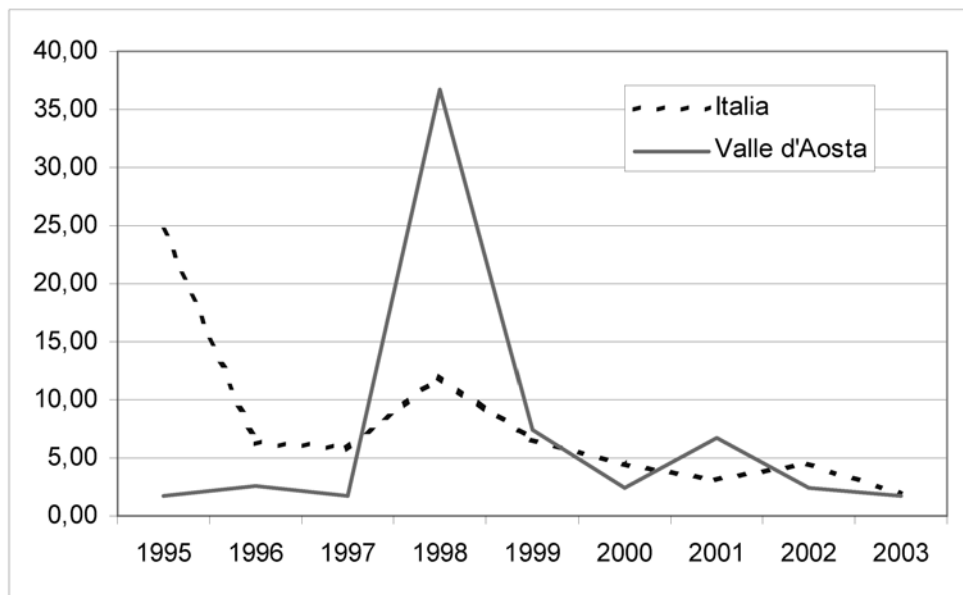
Anno	2000 coorte nati 1998	2001 coorte nati 1999	2002 coorte nati 2000	2003 coorte nati 2001	2004 coorte nati 2002	2005 coorte nati 2003
MPR	43.0%	61.0%	76.5%	87.7%	87.9%	98.7%

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.

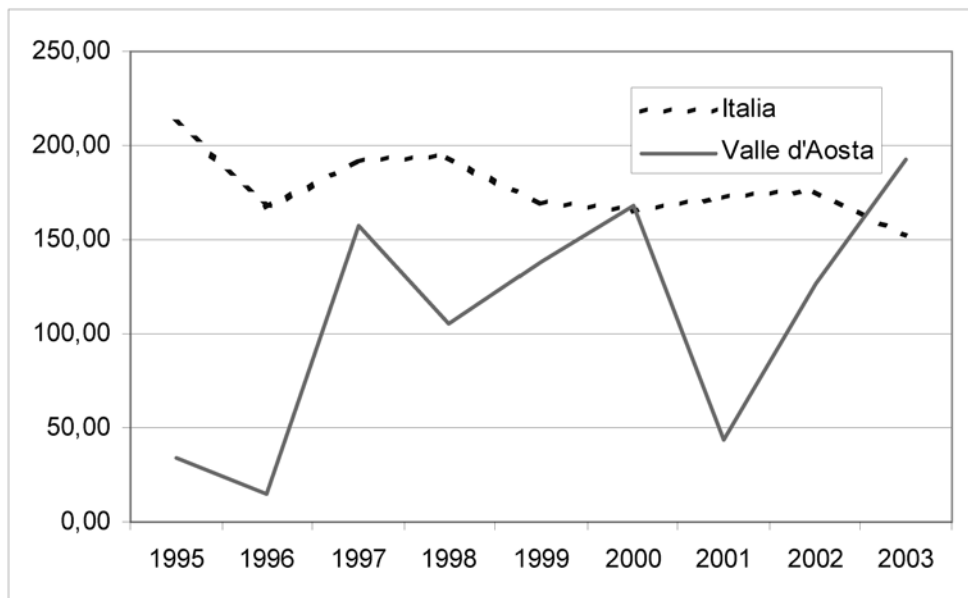
Il vaccino è stato introdotto nel 1995: si tratta di un vaccino vivo attenuato di cui non si conosce ancora la durata dell'immunità conferita. Non dà sempre immunizzazione totale, ma i bambini vaccinati che contraggono comunque la malattia presentano una sintomatologia più lieve.

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

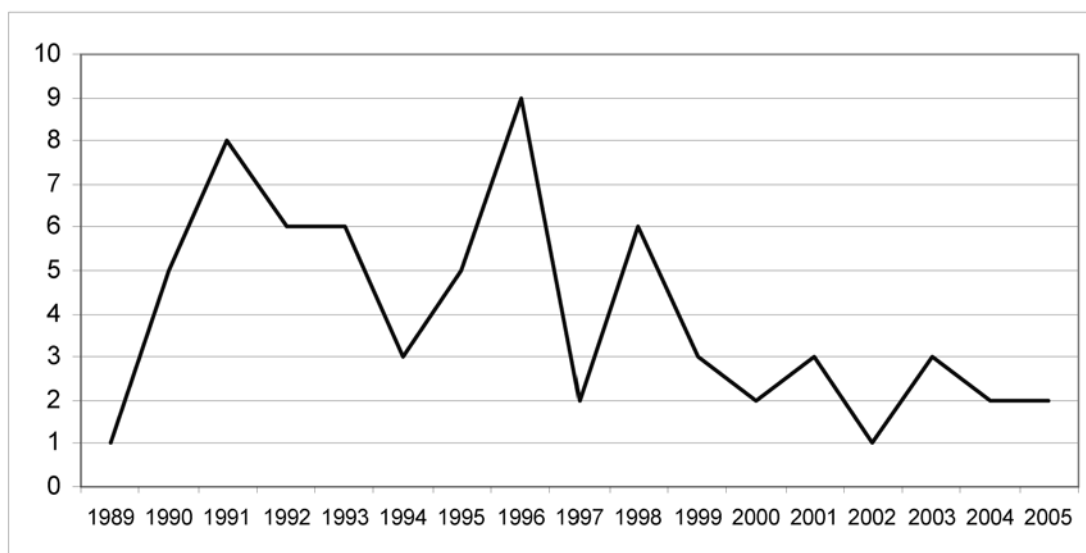
Dove non indicato, il valore è uguale a zero.

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

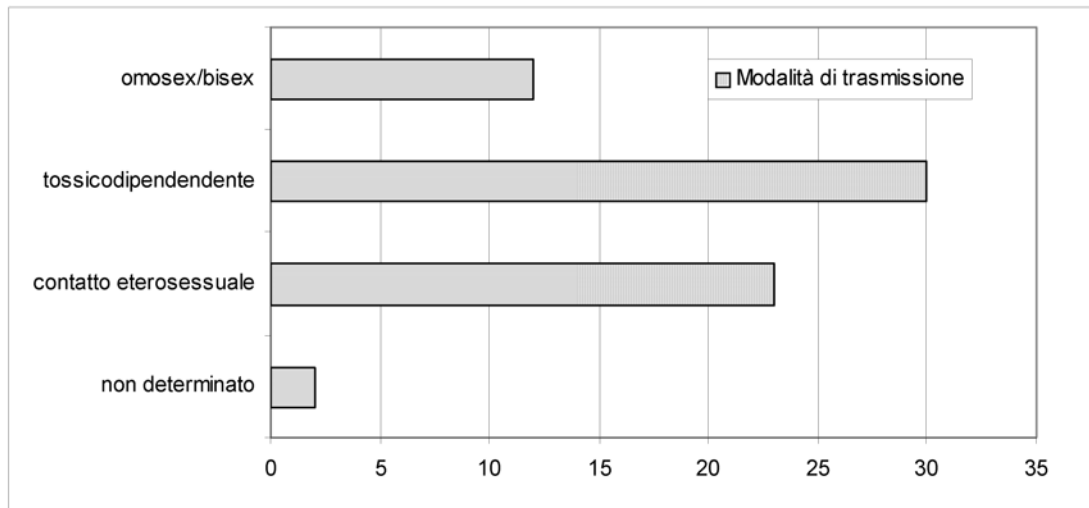
Fonte: UO Malattie infettive- Ospedale regionale della Valle d'Aosta

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.

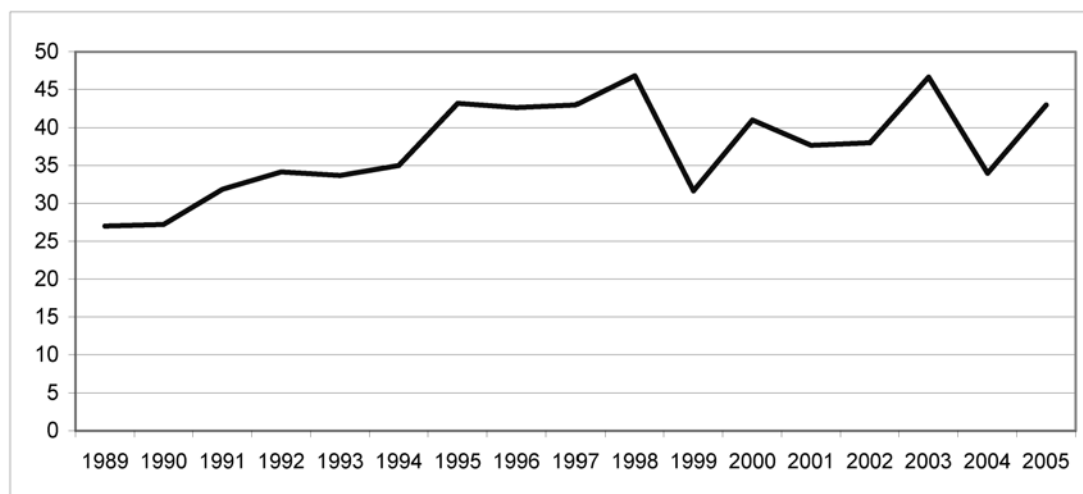
Fonte: UO Malattie infettive- Ospedale regionale della Valle d'Aosta

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
clostridium perfringens	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 %	

Conclusioni

Con questa pubblicazione si è voluto segnare un punto di inizio nello studio e nel monitoraggio delle malattie infettive in valle d'Aosta.

Come ogni punto di partenza dovrà arricchirsi dell'analisi e dell'esperienza dei medici che operano sul territorio, dei direttori dei distretti e della direzione aziendale di area territoriale e sanitaria.

Sono tuttavia di diversa natura gli spunti di riflessione a conclusione di questa analisi epidemiologica del fenomeno infettivo in Valle d'Aosta dal 1995 al 2005.

Ne citiamo due indicandoli fin da ora come possibili futuri ambiti di studio e di approfondimento per la rete regionale per l'epidemiologia.

Il problema della sottonotifica

La sensibilità generale degli operatori e degli amministratori della sanità verso l'importanza di una raccolta ordinata e fruibile dei dati per una migliore organizzazione ed offerta di servizi sta crescendo visibilmente e, di pari passo, aumenta la consapevolezza della necessità di non perdere informazioni utili provenienti dal territorio.

La possibilità di raccogliere e registrare i dati in modo semplice, unita alla previsione di avere un ritorno in termini di analisi epidemiologica potrebbe costituire, per i medici di medicina generale e pediatri, un incentivo a segnalare con più frequenza ed accuratezza tutti gli episodi di malattie infettive. Con questa finalità è stato realizzato il progetto "Sistema di segnalazione delle malattie infettive su WEB" (noto come SIMIWEB), previsto anche dalla deliberazione della Giunta regionale n. 4653 del 30 dicembre 2005 "Approvazione del piano regionale delle attività di prevenzione sanitaria e promozione della salute 2006-2008 ai sensi dell'intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005 e costituzione della commissione di coordinamento, revisione e valutazione delle attività per il triennio 2006-2008", che è parte integrante di questa pubblicazione nella sezione dedicata agli allegati.

Tra qualche anno sarà sicuramente interessante registrare gli effetti indotti dalla messa a regime di questo strumento sulla qualità e completezza della notifica delle malattie.

Malattie trasmesse da alimentari e zoonosi

Particolarmente carenti sembrano essere nel sistema di notifica regionale le segnalazioni di tossinfezioni di origine alimentare, che si discostano sensibilmente dai dati di incidenza riferiti dalla letteratura internazionale in materia.

I controlli sulle varie matrici alimentari hanno tuttavia evidenziato in Valle d'Aosta la presenza di casi salmonella anche se in numero contenuto.

Ai fini della ottimizzazione delle azioni di controllo sugli alimenti sarebbe utile per il futuro recuperare questo dato con maggiore efficacia.

Per quanto riguarda infine le zoonosi, ai fini della completezza del quadro epidemiologico regionale delle malattie infettive sarebbe interessante indagare le correlazioni tra malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, in particolare per quanto riguarda la tubercolosi bovina, ancora molto presente nella nostra regione.

Siti Internet consultati e consigliati

- <http://www.iss.it/registri/ragAIDS.htm> (Registro nazionale AIDS)
- <http://www.iss.it/registri/seieva.htm> (Registro nazionale Epatiti)
- <http://progetti.iss.it/seie/index.php?lang=1>
- <http://www.epicentro.iss.it/discussioni/vaccinazioni/vaccinazioni.asp>
- www.ministerosalute.it/promozione/malattie/malattie.jsp (Dipartimento della Prevenzione)
- <http://www.ministerosalute.it/promozione/malattie/bollettino.jsp>
- <http://www.iss.it/pubblicazioni/notiziar.htm> (Pubblicazioni mensili dell'ISS)
- <http://www.who.int/wer> (Bollettino OMS relativo alla distribuzione mondiale delle malattie infettive)
- <http://www.ceses.org/eurosurv/eurosurv.htm> (Eurosurveillance)
- <http://www.sanita.interbusiness.it/malinf/bollepid/indice.htm>
- <http://www.iss.it/registri/registri.htm>
- <http://web.iss.it/CMICD/Scripts/Uscita.asp>
- <http://www.simi3.iss.it/>
- <http://www.simi.iss.it/index.htm>
- <http://www.simiweb.iss.it>
- <http://www.asl20.piemonte.it/SEPI/index.htm>

Bibliografia

CENTRO OPERATIVO AIDS dell'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 30 Giugno 2005
Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità . Supplemento 1-2005

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
SEIEVA: "Sorveglianza epidemiologica dell'epatite virale acuta"
Report 1985-1999

MINISTERO DELLA SANITA'
Bollettini Epidemiologici. Reports annuali

MINISTERO della SANITA'
Misure di Profilassi per esigenze in Sanità Pubblica- Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi e contatti.
Circolare Ministeriale n° 4 del 13.3.1998

REGIONE PIEMONTE, SERVIZIO SOVRAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA – SSEpi ASL 20
Bollettino notifiche delle Malattie Infettive - Anno 2004
Pubblicazione del Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive (SeREMI)- Edizione 2005.

AZIENDA USL DI CESENA, DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E SANITA' PUBBLICA
Epidemiologia delle Malattie Infettive nel territorio della Azienda USL di Cesena. Rapporto 1995-1999.
Pubblicazione dell'Azienda USL di Cesena- Dipartimento di Prevenzione. U.O. Igiene e Sanità Pubblica. 2001.

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA - DGR N. 269 DEL 26 GENNAIO 1996
Istituzione del sistema informatizzato di notifica delle malattie infettive classe II, classe III, classe IV e classe V e dei relativi atti di indirizzo all'Usl della Valle d'Aosta.

APPENDICI

1. Il flusso informativo

L'attuale sistema di sorveglianza delle malattie infettive, definito dal D.M. 15 dicembre 1990 prevede una suddivisione delle malattie infettive in cinque classi, caratterizzate da tempi e modalità di notifica diversi e proporzionali alla rilevanza della classe di appartenenza.

CLASSE		TEMPI DI SEGNALAZIONE DEL MEDICO CHE NOTIFICA ALL'AZ. USL	MALATTIE
I	Malattie soggette a segnalazione immediata perché rientrano nel regolamento sanitario internazionale o perché rivestono particolare interesse.	12 ore	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.
II	Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di intervento di controllo.	48 ore	Blenorragia, meningite ed encefalite acuta virale, brucellosi, meningite meningococcica, diarree infettive non da salmonelle, morbillo, epatite virale A, parotite, epatite virale B, pertosse, epatite virale non A non B, rickettsiosi diversa da tifo esantematico, epatite virale non specificata, rosolia, febbre tifoide, salmonellosi non tifoidee, legionellosi, scarlattina, leishmaniosi cutanea, sifilide con manifestazioni contagiose, leishmaniosi viscerale, tularemia, leptospirosi, varicella, listeriosi.
III	Malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni.	48 ore	Aids, micobatteriosi non tubercolare, lebbra, tubercolosi, malaria.
IV	Malattie per le quali alla segnalazione del medico deve seguire la segnalazione dell'Az.USL solo quando si verificano i focolai epidemici di:	24 ore	Dermatofitosi (tigna); pediculosi; scabbia; infezioni, tossinfezioni, ed infestazioni di origine alimentare
V	Malattie infettive e diffuse non comprese nelle classi precedenti, nonché zoonosi di cui al D.P.R. 320/54. Ove tali malattie assumano le caratteristiche di focolaio		

Note alla tabella

La differente rilevanza delle malattie infettive è stata attribuita sulla base:

- dell'elevata gravità (in termini di letalità, costo sociale ed economico);
- dell'estrema rarità attesa;
- dell'interesse sul piano nazionale ed internazionale;
- delle possibilità di intervento con azioni di profilassi e/o terapia, e/o educazione sanitaria.

La notifica, effettuata dal medico per ogni caso di malattia accertata o sospetta, avviene tramite un modulo unico da trasmettere all'Azienda USL di competenza che, a sua volta, provvede a compilare un'apposita scheda (mod. 15) a seconda della classe di appartenenza della malattia.

Ad eccezione della prima classe, la cui notifica (telefonica o per telegramma) deve avvenire entro 12 ore dal sospetto di malattia, l'invio delle notifiche da parte dell'Azienda USL ha cadenza mensile. La Regione, a sua volta, invia all'Istituto Superiore di Sanità (ISS), al Ministero della Sanità e all'ISTAT i modelli individuali ed i riepiloghi mensili suddivisi per fasce di età e sesso.

A questo sistema fa eccezione l'AIDS, notificato direttamente all'Assessorato regionale alla Sanità Salute e Politiche sociali e all'ISS dal medico che accerta il caso.

Nel 1996 in Valle d'Aosta è iniziata l'informatizzazione del sistema di sorveglianza (SIMI) mediante un apposito programma messo a punto dall'ISS.

Obiettivo primario del progetto è quello di ottenere e divulgare in tempi utili dati di qualità controllata, aggregabili e confrontabili rappresentativi dell'andamento sul territorio delle malattie sotto osservazione, aumentando così l'efficacia e l'efficienza del sistema di sorveglianza. Inoltre, per ovviare alla possibilità di manipolazioni successive che comportino difformità tra i dati a livello regionale e nazionale, il programma di sorveglianza informatizzato prevede un tempo massimo di cinque mesi per accettare nuovi casi o apportare eventuali correzioni alle notifiche esistenti.

Dal SIMI restano per ora escluse le notifiche di tetano, malaria e lebbra per le quali sono previste documentazioni aggiuntive quali indagini epidemiologiche dettagliate. In particolare per la malaria, sia che la diagnosi sia sospetta che accertata, deve seguire l'invio anche del vetrino con striscio ematico sulla base del quale è stata posta la diagnosi, che sarà inviato all'ISS che provvede così alla conferma diagnostica.

2. La modulistica

Il sistema di notifica obbligatoria delle malattie infettive (SIMI) consente di definire e confrontare fra le diverse ASL e con le altre regioni o i diversi Paesi, l'incidenza delle malattie infettive.

L'analisi epidemiologica condotta sui dati rilasciati dal sistema SIMI si limita però allo studio dell'andamento nel tempo della malattia o all'analisi di alcuni possibili determinanti come l'età, il sesso o la residenza dei soggetti colpiti.

Nel caso di alcune malattie infettive, come ad esempio le epatiti virali, la tubercolosi o altre malattie meno frequenti è importante per l'analisi epidemiologica conoscere i fattori di rischio o, nel caso delle meningiti batteriche, il quadro clinico.

Al fine di poter soddisfare questi bisogni conoscitivi ed attivare una efficace azione preventiva è importante compilare, oltre alle schede del sistema SIMI, anche quelle relative alle sorveglianze speciali predisposte dalle autorità competenti ed assolvere con puntualità i debiti informativi verso le istituzioni centrali.

Di seguito vengono elencati i moduli che devono essere correttamente compilati per un'attenta azione di sorveglianza da parte dei medici competenti.

Da inviare a Regione - Ministero - ISS

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe I

Regione _____

Provincia _____

Comune _____

USL _____

Caso di _____
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente:

- | ICD-9 | ICD-9 | ICD-9 | ICD-9 |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 001 Colera | <input type="checkbox"/> 045 Poliomielite | <input type="checkbox"/> 005 Botulismo | <input type="checkbox"/> 087 Febbre ricorrente epidemica |
| <input type="checkbox"/> 060 Febbre gialla | <input type="checkbox"/> 032 Differite | <input type="checkbox"/> 071 Rabbia | <input type="checkbox"/> 080 Tifo esantematico |
| <input type="checkbox"/> 020 Peste | <input type="checkbox"/> 487 Influenza con isolamento virale | <input type="checkbox"/> 078 Febbri emorragiche virali | <input type="checkbox"/> 037 Tetano |
| <input type="checkbox"/> 124 Trichinosi | | | |

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Codice SSN _____

Professione _____ Cittadinanza _____

Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) _____ USL _____

Domicilio abituale _____

Età compiuta all'inizio della malattia: < 1 anno. Da 00 a 11 mesi _____ ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni _____ > 99 indicare sempre 99

Data inizio primi sintomi: _____ Comune inizio primi sintomi _____

Ricovero in luogo di cura Sì No Se esistente vaccino nei confronti della malattia indicare: Non vaccinato Non noto Vaccinato

Dose N° _____ Data ultima dose _____ luogo _____ tipo di vaccino _____

SEZIONE B

Permanenza a qualunque titolo in Stati esteri nei 2 mesi precedenti la comparsa dei sintomi

Luogo _____ dal _____ al _____

Luogo _____ dal _____ al _____

Luogo _____ dal _____ al _____

Ricerche diagnostiche eseguite o in corso:

Tipo ricerca _____ Data esame _____

Luogo _____ Risultati _____

Tipo ricerca _____ Data esame _____

Luogo _____ Risultati _____

Data di notifica _____ Luogo di compilazione _____

Sanitario che ha compilato la notifica _____

Recapito _____ Tel. _____

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe II

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ USL _____

Caso di _____
compilare per esteso il nome della malattia CRITERIO 1 2 3 4 ¹⁾

Barrare la casella corrispondente

ICD-9	ICD-9
<input type="checkbox"/> 023 Brucellosi	<input type="checkbox"/> 100 Leptosirosi
<input type="checkbox"/> 002.0 Febbre tifoide	<input type="checkbox"/> 073 Ornitosi
<input type="checkbox"/> 003 Altre salmonellosi	<input type="checkbox"/> 085 Leishmaniosi cutanea
<input type="checkbox"/> 034.1 Scarlattina	<input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale
<input type="checkbox"/> 055 Morbillo	<input type="checkbox"/> 070.1 Epatite A
<input type="checkbox"/> 072 Parotite epidemica	<input type="checkbox"/> 070.3 Epatite B
<input type="checkbox"/> 033 Pertosse	<input type="checkbox"/> 070.9 Epatite NANB
<input type="checkbox"/> 056 Rosolia	<input type="checkbox"/> 070. Epatite virale non spec.
<input type="checkbox"/> 052 Varicella	<input type="checkbox"/> 482.8 Legionellosi
<input type="checkbox"/> 036 Meningite meningococcica	<input type="checkbox"/> Rickettsiosi (diverse da Tifo Esantematico)
<input type="checkbox"/> 090 Sifilide	<input type="checkbox"/> 098 Biancorragia
<input type="checkbox"/> 021 Tularemia	

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Codice SSN

Professione _____

Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) _____

Domicilio abituale _____

Età compiuta all'inizio della malattia:
 < 1 anno. Da 00 a 11 mesi ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni > 99 indicare sempre 99

Data inizio primi sintomi:
gg mm aa Comune inizio primi sintomi _____

Ricovero in luogo di cura Sì No Se sì, specificare dove _____

Comune presunto del contagio²⁾ _____

Stato vaccinale nei confronti della malattia: Non vaccinato Non noto Vaccinato anno
aa

Data di denuncia
gg mm aa Sanitario che ha compilato la denuncia _____

Recapito _____ Tel. _____

1) Riportare i codici dei criteri riscontrati per definire il caso secondo le istruzioni sul retro.
 2) Compilare solo per Leishmaniosi o Tularemia.

**SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA
- CLASSE III -**

- TUBERCOLOSI
 MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

Regione _____ Provincia _____
Comune _____ ASL _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____ E' senza fissa dimora? si no non noto
Nome _____ Vive in collettività si no non noto
Sesso M F Data di nascita _____ se si, specificare: _____
g m a
Paese di nascita _____
se nato all'estero, anno di arrivo in Italia _____
E' iscritto al SSN? si no non noto
Professione:
 studente
 pensionato/invalido
 casalinga
 disoccupato
 occupato _____ specificare
Domicilio:
Regione _____
Provincia _____
Comune _____
CODICE ISTAT _____
Data di inizio della terapia antitubercolare (se diagnosi post-mortem, data di decesso) _____
g m a

CRITERI DIAGNOSTICI

Ha avuto diagnosi di tubercolosi in passato? si _____ mese _____ anno no non noto
Classificazione in relazione a precedenti trattamenti:
 nuovo caso paziente mai trattato per TBC
 recidiva paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito
Agente eziologico (solo casi con coltura positiva)
 M. tuberculosis complex Micobatterio non tubercolare
 M. tuberculosis
 M. bovis _____ specificare
 M. africanum
Diagnosi basata su: (rispondere a tutte le voci)
Esame colturale escreato positivo negativo non effettuato non noto
Esame colturale altro materiale positivo negativo non effettuato non noto se positivo, specificare il tipo di materiale
Esame diretto escreato positivo negativo non effettuato non noto
Esame diretto altro materiale positivo negativo non effettuato non noto se positivo, specificare il tipo di materiale
(inclusi esami istologici ricerca micobatteri)
Clinica positivo negativo non noto
Mantoux positivo negativo non effettuato non noto
Rx torace/ Esami strumentali positivo negativo non effettuato non noto
Risposta alla terapia antitubercolare positivo negativo non noto
Riscontro autoptico di TB attiva positivo negativo non effettuato non noto
Sede anatomica (la localizzazione polmonare deve essere barrata sempre anche se secondaria o disseminata)
 polmonare/trachea/bronchi
 extrapolmonare 1. _____ ICD IX _____
2. _____ ICD IX _____
 disseminata (più di 2 localizzazioni, miliare, isolamento da sangue)

Timbro e firma di chi ha compilato la notifica _____ Data notifica _____
gg m a
Recapito telefonico _____

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI FOCOLAIO EPIDEMICO - Classe IV

Regione _____ [] [] [] Provincia _____ [] []
Comune _____ [] [] [] [] [] [] USL _____ [] [] []

Focolaio epidemico di _____
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9

132.0 Pediculosi

133.0 Scabbia

Dermatofitosi (Tigna)

005 Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare

SEZIONE A

Comunità coinvolta: Famiglia Scuola Caserma altro spec.

N° totale persone a rischio (1) [] [] [] []

Indirizzo della comunità _____

Agente eziologico _____ Identificato Sospetto

Veicolo _____ Identificato Sospetto

Data inizio epidemia (2) [] [] [] [] [] [] [] [] se l'epidemia si è esaurita, indicare la durata (3) [] [] [] []
gg mm aa giorni

N° di casi (4) [] [] [] []

Presunto luogo di origine dell'epidemia: _____
Se in Italia indicare USL e Regione; se all'estero indicare Stato

Data di denuncia [] [] [] [] [] [] [] [] Sanitario che ha compilato la denuncia _____
gg mm aa

Recapito _____ Tel. _____

SEGNALAZIONE CASO DI BOTULISMO

ALIMENTARE
 INFANTILE
 DA FERITA

La presente scheda va compilata a cura del Servizio di Igiene Pubblica dell'Unità Sanitaria Locale in cui sia stato diagnosticato un caso di botulismo. Il Serv. Ig. Pub. dovrà avvalersi delle informazioni registrate sulla cartella clinica o raccolte presso il medico che ha diagnosticato il caso.

La scheda va compilata in stampatello in ogni sua parte e va inviata al Ministero della Sanità, Dip. degli Alimenti e Nutrizione e della Sanità Pubblica Veterinaria, Ufficio Centrale Vigilanza, piazza Marconi 1, 00144 Roma. Copie della scheda vanno inviate all'Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio Alimenti, viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma, e al Dipartimento Prevenzione e Farmaci.

Per eventuali informazioni rivolgersi alla Dip. degli Alimenti e Nutrizione e della Sanità Pubblica Veterinaria Tel. 06/5994 3556 - 3207, oppure all'Istituto Superiore di Sanità, Lab. Alimenti Tel. 06/4990 2254 - 2319.

Regione _____	Provincia _____
Comune _____	USL _____
ENTE OSPEDALIERO _____	REPARTO _____
INDIRIZZO _____	

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____	Nome _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la rga successiva)		
Domicilio abituale _____		
Occupazione _____		
Età compiuta all'inizio della malattia:		
< 1 anno. Da 00 a 11 mesi <input type="checkbox"/>	≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni <input type="checkbox"/>	> 99 indicare sempre 99
Data inizio primi sintomi: <input type="checkbox"/> gg <input type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/> aa	Comune inizio primi sintomi _____	

FONTE DI CONTAGIO

ALIMENTO SOSPETTO: _____	
<input type="checkbox"/> DI PRODUZIONE INDUSTRIALE	<input type="checkbox"/> DI PRODUZIONE CASALINGA
E' DI CONSUMO ABITUALE?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SE SI TRATTA DI CONSERVE ALIMENTARI, SONO STATE COTTE PRIMA DEL CONSUMO?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
I CARATTERI ORGANOLETTICI ERANO ALTERATI?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA DELLA COMPARSA DEI SINTOMI?	ore <input type="checkbox"/>
ALTRO ALIMENTO SOSPETTO: _____	
SPECIFICARE	
BOTULISMO INFANTILE <input type="checkbox"/>	BOTULISMO DA FERITA <input type="checkbox"/>

ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO

TOTALE N°

PERSONE CON SINTOMI N°

DATI CLINICI

SINTOMATOLOGIA CLINICA (barrare i sintomi presenti)

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DIPLOPIA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> CONVULSIONI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> DISFAGIA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> NAUSEA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> SECCHIZZA DELLE FAUCI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> VOMITO | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RESPIRATORIA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> CEFALEA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> STIPSI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> COMA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> PARALISI FACCIALE | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ALTRI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

DIAGNOSI STRUMENTALE

- ELETTROMIOGRAFIA Referto: _____
- ALTRI Referto: _____

DECORSO

DATA DI RICOVERO

E' STATO IMPIEGATO SIERO ANTIBOTULINICO? Si No SE SI, QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO? ore

POLIVALENTE MONOSPECIFICO

QUANTE UNITA'

ALTRE TERAPIE? Si No

SE SI, QUALI? _____

RICERCA DELLA TOSSINA

ESEGUITA SU:

- | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|
| SIERO | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| FECI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| REPERTI AUTOPTICI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| ALIMENTI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |

RICERCA DI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINA

ESEGUITA SU:

- | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|
| FECI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| REPERTI AUTOPTICI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| ALIMENTI | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| ALTRO | | | risultato | Pos. <input type="checkbox"/> | Neg. <input type="checkbox"/> | Tipo: |

SPECIFICARE

LABORATORIO CHE HA EFFETTUATO L'ANALISI:

INDIRIZZO N. TELEFONICO

DATA DI COMPILAZIONE FIRMA DEL COMPILATORE.....

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda	_____	Data	_____
Ospedale Notificante			

Cognome Nome del paziente:.....	
Data di nascita	_____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo di residenza	
Occupazione.....presso	
Data Insorgenza sintomi	_____
Data Ricovero ospedaliero	_____
Data Dimissione	_____
Esito	
- Miglioramento/Guarigione	<input type="checkbox"/>
- Decesso	<input type="checkbox"/>
- Non noto	<input type="checkbox"/>

Manifestazioni cliniche (barrare la casella che interessa)

	SI	NO	NON SO		SI	NO	NON SO
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea/Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brividi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolori addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peritonite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espettorazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confusione mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atassia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoftoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toracoalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrapiramidale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aritmia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipossia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pericardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacità polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteartromialgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altre manifestazioni cliniche rilevanti SI NO

Specificare

Malattie concomitanti SI NO

Specificare:

In terapia sistemica con corticosteroidi o immunosoppressori: SI NO

Antibiotici (e dosi) assunti durante il ricovero: SI NO

Specificare:

Cure odontoiatriche nelle due settimane precedenti l'esordio SI NO

Ricovero ospedaliero nelle due settimane precedenti l'esordio SI NO

Ospedale:..... Reparto:.....

Periodo: da a

Soggiorno nelle due settimane precedenti l'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione SI NO

- Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, ecc.).....
- Nome e località..... n. stanza.....
- Eventuale operatore turistico.....
- In gruppo Individuale
- Periodo: da |_|_|_|_|_|_|_| a |_|_|_|_|_|_|_|

Frequenzazione di piscine nelle due settimane precedenti l'esordio SI NO

Abitudine al fumo di sigaretta SI NO

Specificare da quanto tempo quantità

Abitudine all'alcool SI NO

Specificare quantità

Diagnosi di legionellosi basata su:

Isolamento del germe Specificare da quale materiale patologico:

Sierologia	<input type="checkbox"/>	gg da inizio sintomi	titolo	Specie e Sierogruppo
1° siero
2° siero
3° siero

Rilevazione antigene urinario SI NO

Indagine Ambientale SI NO Se SI specificare materiale analizzato

Se SI Positiva Negativa

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo

Nome e recapito del medico compilatore:

Nome..... Cognome:.....

Ospedale:..... Reparto:.....

Indirizzo:Tel.:Fax:

Data di compilazione |_|_|_|_|_|_|_|

N.B. La presente scheda non sostituisce il mod. 15 di classe II per i casi accertati e va inviata dalla Direzione Sanitaria o dal SISP dell'Azienda USSL di competenza a:

- I.S.S - Lab BMM - tel 06/49902856 - fax 06/49387112

- Lab. EB - tel 06/49902273 - fax 06/49387292

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

- Regione di competenza, mensilmente da parte del SISP

e dalla Regione al:

- Ministero della Sanità, Ufficio III - MIPI - OEN - tel 06/59944211 - fax 06/59944242

Via della Sierra Nevada, 60 - 00144 Roma

- I.S.S. quale completamento delle informazioni già trasmesse.



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ'
 Lab. B.M.M. - V.le R. Elena, 299
 00161 Roma - Tel. (06) 44700882 - Fax (06) 491723



MINISTERO DELLA SANITÀ'
 D.G.S.I.P. - Via Sierra Nevada, 60
 00144 Roma - Tel. (06) 59.94.42.85 - Fax (06) 59.64.73.35

SORVEGLIANZA DELLE MENINGITI BATTERICHE

N° SCHEDA N° CEPPO

La presente scheda va compilata per tutti i casi di meningite in cui sia stata accertata un'etiologia batterica. Nei casi ad etiologia da Neisseria meningitidis, viene richiesta la segnalazione anche per le forme di infezione invasiva senza meningite. La presente scheda, una volta compilata in tutte le sue parti va inviata per vie brevi al locale Assessorato alla Sanità, al Ministero della Sanità (Direzione Generale Servizi Igiene Pubblica), all'Istituto Superiore di Sanità (Laboratorio di Bacteriologia e Micologia Medica). Nel caso di malattie batteriche invasive da Neisseria meningitidis o Haemophilus influenzae viene richiesto anche l'invio del ceppo batterico isolato al Lab. B.M.M. dell'Istituto Superiore di Sanità. I recapiti sono riportati nell'intestazione della scheda.

Segnalazione effettuata da: Regione USL: Data compilazione:

Nome compilatore: Recapito:

Ospedale di ricovero: Reparto:

Indirizzo:

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Cognome: Nome:

Sesso: M F Età: Se inferiore ad un anno, in mesi:

Comune di domicilio abituale e indirizzo:

Comune inizio primi sintomi:

Occupazione: Studente 1 Militare 2 Sanitario 3 Altro (specificare) 4

Vaccinato contro la specifica patologia: S SI N NO I IGNOTO

Data di inizio dei sintomi: Stato di immunodepressione: SI NO

Contatto con un caso di meningite nei 30 giorni prima dell'inizio dei sintomi: SI NO

Quadro clinico: 1 Meningite 2 Sepsì 4 Altro (specificare)

Esame liquor: 1 Purulento 2 Torbido 3 Limpido 4 Non eseguito

Diagnosi: 1 Clinica 2 Clinica+isolamento culturale 3 Clinica+esame microscopico/ricerca antigenica

Agente eziologico: 1 Streptococco* 2 Pneumococco* 3 Meningococco
 (specificare il sierogruppo) 4 Haemophilus influenzae 5 Micobatterio tubercolare 6 Listeria
 8 Altro (specificare) 9 Non identificato

Materiale di isolamento: 1 Liquor 2 Sangue 8 Altro (specificare)

Condizioni del paziente al momento della segnalazione: S Deceduto N In trattamento

SOLO PER IL MENINGOCOCCO

E' stata effettuata profilassi dei contatti: N NO Se si: 1 Entro 24 h dalla diagnosi 2 Tra 24-48h 3 Dopo 48h

Con: 1 Sulfamidici 2 Rifampicina 8 Altro (specificare)

Sierogruppo

Sensibilità a: Sulfamidici Penicillina Cefalosporine III gen
 Rifampicina Ampicillina Cloramfenicolo

Compilare con:
 S = Sensibile
 I = Intermedio
 R = Resistente

QUESTIONARIO DI UN CASO NOTIFICATO DI EPATITE VIRALE ACUTA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' - ROMA tel. 06/49902982



A.S.L. REGIONE..... N° CASO

Data intervista --
gg mm aa

STRETTAMENTE RISERVATO!

Si prega di dare uguale rilievo a tutte le domande e segnare o scrivere le risposte nelle apposite caselle

COGNOME (iniziale) NOME (iniziale) Comune di domicilio abituale

Età Sesso M F Attività

Titolo di studio più alto conseguito (del capofamiglia, se il caso é minorenni).....

IMPORTANTE

EFFETTUARE L'INTERVISTA IN UN CLIMA DI ASSOLUTA RISERVATEZZA.

Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio da aggiungere appena

- | | |
|--|--------|
| <p>1. Durante la sua recente malattia è diventato giallo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> | 1-9 |
| <p>2. In che data è iniziata la malattia? <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>
<small>gg mm aa</small></p> | 10-15 |
| <p>3. E' stato ospedalizzato per questa malattia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI, quanti giorni è rimasto in ospedale? giorni <input type="text"/></p> | 16-20 |
| <p>4. DURANTE LE 6 SETTIMANE PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</p> <p>a) Ha preso farmaci? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se si, quali?</p> <p style="margin-left: 20px;">.....</p> <p style="margin-left: 20px;">Per quanto tempo? giorni <input type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Per quanto tempo? giorni <input type="text"/></p> <p>b) Ha consumato frutti di mare? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI, i frutti di mare consumati erano tutti o in parte crudi? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p>c) Ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p>d) Ha trascorso almeno una o più notti fuori della sua città? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI, dove?</p> <p style="margin-left: 20px;">Quando? <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>
<small>gg mm aa</small></p> | 21 |
| <p>5. DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:</p> <p>a) Ha avuto somministrazione di sangue o plasma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p>b) Ha avuto somministrazione di altri derivati del sangue (fattori della coagulazione, immunoglobuline, etc.)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p>c) Ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI: Specificare Ambulatorial <input type="checkbox"/> Con ricovero <input type="checkbox"/>
<small>(tipo di intervento)</small></p> <p>d) E' stato sottoposto ad endoscopia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI: Specificare Ambulatorial <input type="checkbox"/> Con ricovero <input type="checkbox"/>
<small>(tipo di endoscopia)</small></p> <p>e) E' stato ospedalizzato (incluso Day Hospital)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Se SI: Ospedale Reparto Data <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>
<small>gg mm aa</small></p> <p style="margin-left: 20px;">Ospedale Reparto Data <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>
<small>gg mm aa</small></p> <p style="margin-left: 20px;">Ospedale Reparto Data <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/>
<small>gg mm aa</small></p> | 22 |
| | 23-28 |
| | 29 |
| | 30-31 |
| | 32 |
| | 3 3-38 |
| | 3 9-44 |
| | 45 |
| | 46 |
| | 47 |
| | 48 |
| | 49-57 |
| | 58 |
| | 59 |
| | 60 |
| | 61-64 |
| | 65 |
| | 66-69 |
| | 70 |
| | 71-82 |
| | 83-94 |
| | 95-106 |

5. (segue) DURANTE I 6 MESI PRIMA DELL'INIZIO DELLA MALATTIA:				
f) Si é iniettato droghe?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	107
g) Ha avuto un trattamento dentario?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	108
h) Si é fatto i buchi alle orecchie?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	109
i) Si é fatto un tatuaggio?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	110
l) Le é stata praticata l'ago puntura?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	111
m) Si é rasato dal barbiere?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	112
n) Si é depilato con l'elettro coagulazione?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	113
o) E' stato dal callista o dal manicure?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	114
p) E' stato emodializzato?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	115
q) Ha effettuato una visita ginecologica?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	116
6. Le é stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'epatite B?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	117
Se SI, data: 1a dose <input type="text"/> gg- <input type="text"/> mm- <input type="text"/> aa	2a dose <input type="text"/> gg- <input type="text"/> mm- <input type="text"/> aa	3a dose <input type="text"/> gg- <input type="text"/> mm- <input type="text"/> aa		118-135
7. Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite un suo familiare, convivente, amico o compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	136
Se SI, la loro malattia é iniziata meno di due mesi prima della sua?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	137
8. Ha un convivente o partner sessuale HBsAg (Antigene Australia) positivo?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	138
Se SI: Tipo di relazione			<input type="text"/>	139-140
Era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) era portatore di HBsAg prima che Lei avesse l'epatite acuta?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	141
Se SI, perchè non si era vaccinato?	<input type="checkbox"/> 1 Non era sicuro dell'efficacia			142
	<input type="checkbox"/> 2 Paura degli effetti collaterali			
	<input type="checkbox"/> 3 Non sapeva a quale struttura rivolgersi			
	<input type="checkbox"/> 4 Altro:			
9. Ha un convivente o partner sessuale anti HCV positivo?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	143
10. Ha un convivente tossicodipendente?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	144
11. Durante lo scorso anno con quanti partners ha avuto rapporti sessuali?	N° partners: <input type="text"/> maschili	<input type="text"/> femminili		145-148
12. Ha avuto un partner sessuale tossicodipendente negli ultimi 6 mesi?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	149
13. Durante lo scorso anno ha avuto rapporti occasionali?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	150
Se SI, ha utilizzato il profilattico?	<input type="checkbox"/> 1 Sempre			151
	<input type="checkbox"/> 2 Occasionalmente			
	<input type="checkbox"/> 3 Mai			
14. Quante persone vivono nella sua casa? <input type="text"/> (Lei incluso)				152-153
15. Vi sono bambini che frequentano un asilo nido o una scuola materna?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON SO <input type="checkbox"/> 8	154
RISULTATI DI LABORATORIO — Data prelievo di sangue <input type="text"/> gg- <input type="text"/> mm- <input type="text"/> aa				155-160
a. E' positivo per HBsAg?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	161
b. E' positivo per IgM anti Hbc?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	162
c. E' positivo per IgM anti epatite A?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	163
d. E' positivo per anti-Delta?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	164
e. E' positivo per anti HCV?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	NON RICERCATO <input type="checkbox"/> 8	165
COMMENTI			<input type="text"/>	166



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' - LEB SCHEDE DI NOTIFICA

A.S.L. [] [] REGIONE [] [] N. Settimana / Anno [] [] - [] []
(usare la numerazione settimanale reperibile sulle agende)

N. Caso (uguale a quello della scheda)	Età in anni	Sesso M o F	Epatite B		Epatite A		Epatite Delta		Epatite C		Inizio malattia N. settimana/ anno	
			HBsAg positivo	HBsAg negativo	IgM HAV	Non disponibile	anti-Delta positivo	anti-Delta negativo	anti-HCV positivo	anti-HCV negativo		Non disponibile

Da spedire settimanalmente a:
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica
Reperto di Epidemiologia Clinica
Viale Regina Elena, 299
00161 Roma

Istituto Superiore di Sanità
SEIEVA
Scheda di un caso di epatite associato a
trasfusione e

Nome _____ Cognome _____ Sesso M F

Epatite B Epatite nonA-nonB HCV positivo

Trasfusioni

Data trasfusioni nei 6 mesi precedenti

<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">gg</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">mm</td></tr> </table>			gg	mm	-	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">mm</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">aa</td></tr> </table>			mm	aa		Luogo trasfusioni *
gg	mm											
mm	aa											
<hr/>												
<hr/>												
<hr/>												
<hr/>												

Motivo trasfusioni _____

Prodotto trasfuso	Sangue intero	<input type="checkbox"/>	Unità di prodotto trasfuso	<table style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></table>
	Emazie concentrate	<input type="checkbox"/>		<table style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></table>
	Piastrine	<input type="checkbox"/>		<table style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></table>
	Plasma	<input type="checkbox"/>		<table style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></table>

Donatori periodici SI NO NON SO

Controlli sui donatori effettuati il:

gg	mm	aa

 Esiti: _____

Somministrazione di altri derivati del sangue

Somministrazione di altri derivati del sangue: SI NO NON SO
 (immunoglobuline, fattori della coagulazione, ecc.)

Se SI, specificare le modalità di somministrazione: _____
 tipo di immunoglobuline somministrate: _____
 data di somministrazione:

gg	mm	aa

 Luogo della somministrazione: * _____

Motivo della somministrazione _____

* Casa o ospedale. Nel caso di ospedale specificare quale.
 Se la trasfusione è stata domiciliare indicare il servizio trasfusionale.

SCHEDA PER LA NOTIFICA E L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA SU CASO DI MALARIA

IMPORTATA INDOTTA AUTOCTONA

REGIONE _____	PROVINCIA _____
COMUNE _____	ASL _____
	COD ASL _____

Sezione A

COGNOME _____	NOME _____	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA []	[]	
	<1anno. Da 0 a 11 mesi	>=1 anno. Da 1 a 99 anni. (> di 99 indicare 99)
CITTADINANZA _____		
CODICE SSN [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	PROFESSIONE _____	
INDIRIZZO DOMICILIO ABITUALE _____		
STATO DI RESIDENZA _____		
SE RESIDENTE IN ITALIA INDICARE COMUNE _____		PROV _____
ASL DI RESIDENZA _____		CODICE ASL RESIDENZA _____

Sezione B

PAESE VISITATO _____	CONTINENTE _____			
MOTIVO DEL VIAGGIO	<input type="checkbox"/> lavoro	<input type="checkbox"/> turismo	<input type="checkbox"/> rientro Paese di origine	
	<input type="checkbox"/> immigrazione	<input type="checkbox"/> missione religiosa	<input type="checkbox"/> missione militare	
	<input type="checkbox"/> non noto	<input type="checkbox"/> altro, specificare _____		
DATA PARTENZA DALL'ITALIA ___/___/___	DATA RIENTRO IN ITALIA ___/___/___			
DATA INIZIO SINTOMI ___/___/___	RICOVERO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
RICOVERATO PRESSO L'OSPEDALE DI _____	REPARTO _____			
DATA RICOVERO ___/___/___	DATA DIAGNOSI CLINICA ___/___/___			
	DATA DIAGNOSI EMOSCOPICA ___/___/___			
ESITO	<input type="checkbox"/> guarigione	<input type="checkbox"/> decesso	DATA DIMISSIONE/DECESSO ___/___/___	
SPECIE DI PLASMODIO	<input type="checkbox"/> P Falciparum	<input type="checkbox"/> P Vivax	<input type="checkbox"/> P Malariae	<input type="checkbox"/> P Ovale
	<input type="checkbox"/> Forme miste, specificare _____		<input type="checkbox"/> non specificabile	
TERAPIA _____	FARMACORESISTENZA _____			
CHEMIOPROFILASSI	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si, incompleta	
Se sì, specificare tipo di profilassi _____				
Note: indicare eventuale stato di gravidanza o concomitanza di altre patologie				

Medico _____				Data compilazione ___/___/___

Sezione C (riservata al Ministero della Salute)

Emoscopia pervenuta _____	Emoscopia di controllo _____
---------------------------	------------------------------

Registro Nazionale della Malattia di Creutzfeldt-Jacob e Sindromi Correlate
Reparto di "Malattie Degenerative del Sistema Nervoso ad Etiologia Virale"
Laboratorio di Virologia - Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299 - 00161 Roma
Tel.: 064990 3312 Fax: 064990 3012
e-mail: pocchia@virus1.net.iss.it
<http://www.iss.it/sanita/jakob/jacob.htm>

Codice paziente (riservato ISS):
Medico Segnalatore:
Indirizzo dell'ospedale:

Numero cartella clinica: _____
Data di nascita del paziente: _____
Comune e Provincia di nascita : _____
Comune e Provincia di residenza _____

Tel. e Fax del medico

Data di esordio della malattia
(mese/anno): _____
Sintomo di esordio: _____

Segnalare la presenza di:

- | | | | |
|---|----|----|--------------|
| - Disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia | Si | No | |
| - Decadimento intellettivo-Demenza: | Si | No | |
| - Mioclono: | Si | No | |
| - Segni piramidali: | Si | No | |
| - Segni extrapiramidali: | Si | No | |
| - Segni cerebellari: | Si | No | |
| - Segni visivi: | Si | No | |
| - Mutismo acinetico: | Si | No | |
| - Crisi epilettiche: | Si | No | |
| - Parestesie/Disestesie: | Si | No | |
| - EEG caratteristico (*): | Si | No | Non eseguito |

(*)(complessi trifasici periodici punta onda, 1-2 c/s. Questo tracciato compare nella maggior parte dei pazienti con malattia di Creutzfeldt-Jakob. Può essere assente nelle fasi iniziali o terminali della malattia. Qualora l'EEG non fosse tipico, si consigliano ripetute e prolungate registrazioni)

Altri esami strumentali effettuati: **RMN** **PET** **SPECT**

Familiarità per queste malattie: **Si** **No**

Segnalare la presenza di fattori di rischio:

(esempi: registrazioni EEG con elettrodi corticali, interventi neurochirurgici, terapia con ormone della crescita di tipo estrattivo, impianto di dura madre, trapianto di cornea)

Professioni esercitate: _____

Indagine prospettica sulle infezioni invasive da *Haemophilus influenzae*

Istituto Superiore di Sanità/AMCLI/Regioni

Compilare il modulo per ogni nuovo caso di malattia invasiva da *Haemophilus influenzae*, ed inviarlo al referente regionale dello Studio e all'ISS (fax. 06-49387292). Il ceppo isolato va inviato alla dott.sse M. Cerquetti e P. Mastrantonio, Laboratorio di BATTERIOLOGIA e MICOLOGIA MEDICA, Istituto Superiore di Sanità, V.le Regina Elena 299. 00161 ROMA, seguendo le istruzioni specifiche

SCHEDA DI NOTIFICA

Regione: _____ Data compilazione della scheda: _____

Ospedale: _____ Città: _____

Nome del referente del laboratorio: _____

Telefono: _____ / _____ Fax: _____ / _____

DATI INDIVIDUALI DEL PAZIENTE

Prime tre lettere cognome

Prime tre lettere nome

Sesso M F

Data di nascita _____

Città di residenza _____ Provincia _____

Reparto di ricovero _____

Data di esordio sintomi _____

Diagnosi clinica _____

Il paziente è deceduto? Sì No

Esame diagnostico eseguito su Sangue Liquor Altro
se altro, specificare _____

Data di prelievo del campione _____

Codice di laboratorio del campione _____

Metodo diagnostico utilizzato Test di ricerca dell'antigene Coltura

Se è stata effettuata la coltura, il ceppo è stato tipizzato? Sì No

Se sì, risultato tipizzazione _____

Il ceppo è stato inviato al laboratorio di riferimento? Sì No

Il paziente era vaccinato contro l'Hib? Sì No

Se sì, compilare la sezione che segue:

Dose	Data somministrazione	Nome Commerciale	Lotto

Scheda per l'indagine su caso di paralisi flaccida acuta

FONTI DELLA NOTIFICA:

Data di notifica: ___/___/___

Notificatore: _____

Nome e indirizzo dell'Ente/ospedale: _____

_____ Telefono: _____

IDENTIFICAZIONE DEL CASO:

Nome _____ Sesso: _____

Data di nascita: ___/___/___ Età all'inizio dei sintomi: _____

Domicilio attuale _____

Comune: _____ Provincia: _____

Residenza (se diversa da domicilio):

Comune: _____ Provincia: _____ Stato: _____

Nome del padre: _____ Nome della madre: _____

OSPEDALIZZAZIONE

Ospedalizzato? Si ___ No ___ Nome dell'ospedale: _____

Indirizzo: _____

Cartella clinica n.: _____ Data di ricovero: ___/___/___

Data di dimissione: ___/___/___

SINTOMATOLOGIA:

1. Sintomatologia nelle 4 settimane precedenti l'inizio della paralisi

	si	no	non noto	se sì, data
febbre	—	—	—	___/___/___
stipsi	—	—	—	___/___/___
dolori addominali	—	—	—	___/___/___
rinite	—	—	—	___/___/___
parestesia	—	—	—	___/___/___
mialgie	—	—	—	___/___/___
diarrea	—	—	—	___/___/___
cefalea	—	—	—	___/___/___
nausea	—	—	—	___/___/___
rigidità nucale	—	—	—	___/___/___
astenia	—	—	—	___/___/___
faringodinia	—	—	—	___/___/___
irritabilità	—	—	—	___/___/___
vomito	—	—	—	___/___/___
diplopia	—	—	—	___/___/___
rigidità	—	—	—	___/___/___

2. Sintomatologia al momento dell'insorgenza della paralisi

Data di inizio della paralisi: ___/___/___

	si	no	non noto
letargia	___	___	___
deficit sensoriale	___	___	___
mialgie	___	___	___
cefalea	___	___	___
dispnea	___	___	___
parestesie	___	___	___

febbre se si ___ temperatura ___

progressione delle paresi/paralisi:

ascendente _____
 discendente _____
 bulbare _____
 altro _____

SEGNI RISCONTRATI ALL'ESAME NEUROLOGICO INIZIALE

	no	si
rigidità nucale	___	___
ptosi palpebrale	___	___
riflesso tosse	___	___
diplopia se si: destra ___ sinistra ___ non noto ___	___	___
oftalmoplegia	___	___
paresi facciali	___	___
difficoltà deglutizione	___	___
debolezza flessori del collo	___	___
debolezza estensori del collo	___	___
protrusione lingua	___	___

In grado di camminare: no: ___

se si: da solo: ___

con aiuto: ___

Debolezza arti:

no: ___

se si:

braccio destro: no: ___

se si: può sollevare il braccio sopra la testa sì ___ no ___

se si: può stringere le mani con forza sì ___ no ___

braccio sinistro: no: ___

se si: può sollevare il braccio sopra la testa sì ___ no ___

se si: può stringere le mani con forza sì ___ no ___

gamba destra: no: ___

se si: può sollevare la gamba dal letto sì ___ no ___

se si: può avvicinare la caviglia alla testa sì ___ no ___

può muovere le dita dei piedi sì ___ no ___

gamba sinistra: no: ___

se si: può sollevare la gamba dal letto sì ___ no ___

se si: può avvicinare la caviglia alla testa si ___ no ___
 può muovere le dita dei piedi si ___ no ___

Fascicolazioni/paralisi si ___ no ___
 Paresi simmetrica si ___ no ___ D>S S<D
 arti superiori si ___ no ___ D>S S<D
 arti inferiori si ___ no ___ D>S S<D

Riflessi (3=iperreflessia; 2=normali; 1=iporeflessia; 0=assenti)

	Destra	Sinistra
bicipitale	___	___
tricipitale	___	___
supinatore	___	___
rotuleo	___	___
achilleo	___	___
Babinski	positivo ___	negativo ___

Sensibilità (2=normale; 1=diminuita; =assente)

		Destra	Sinistra
Mano:	tattile	___	___
	puntoria	___	___
	vibratoria	___	___
Piede:	tattile	___	___
	puntoria	___	___
	vibratoria	___	___
Dorso:	tattile	___	___
	puntoria	___	___

Efficienza sistema nervoso autonomo

	normale	anormale	descrizione
vescica	___	___	_____
intestino	___	___	_____
sudorazione	___	___	_____

ANAMNESI

vaccinazione recente no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___
 vaccinazione recente nei familiari no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___

morso animali descrizione _____
 puntura insetti descrizione _____
 puntura zecche descrizione _____
 farmaci no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___
 contatti con animali no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___
 esposizione a pesticidi no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___
 iniezione intramuscolo no ___ si ___ tipo ___ data ___/___/___
 trauma descrizione _____
 approvvigionamento acqua potabile descrizione _____
 malattia in altri componenti famiglia no ___
 se si, descrizione _____

casi simili in: scuola no ___ si ___
 posto lavoro no ___ si ___
 vicinato no ___ si ___
 trasfusioni di sangue no ___
 se si, data ___/___/___

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Inizio della massima paresi/paralisi / /

Severità della massima paresi/paralisi:

quadriplegia + paralisi respiratoria	no <u> </u>	si <u> </u>
quadriplegia senza paralisi respiratoria	no <u> </u>	si <u> </u>
paraparesi/paraplegia	no <u> </u>	si <u> </u>

altro, descrivere: _____

Paralisi respiratoria

no <u> </u>	si <u> </u>	se sì, data inizio <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
		data fine <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

Decesso

no <u> </u>	si <u> </u>	data <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
		se sì, causa mortis: _____

ANAMNESI VACCINALE

Luogo della/e vaccinazione/i: _____

	no	non noto	sì	presso	data vaccinazione gg/mm/aa
OPV1	—	—	—	_____	_/_/_
OPV2	—	—	—	_____	_/_/_
OPV3	—	—	—	_____	_/_/_
OPV4	—	—	—	_____	_/_/_
Altre vaccinazioni	—	—	—	_____	_/_/_
" "	—	—	—	_____	_/_/_

CLASSIFICAZIONE CLINICA PRELIMINARE

Caso escluso: Caso probabile:

Se non si tratta di polio, fornire diagnosi e commenti.

Data / /

Commenti:

STORIA DI CONTATTI/VIAGGI

Indicare tutti i viaggi al di fuori della città (compresi altri Paesi) compiuti non meno di 28 giorni prima dell'inizio della paralisi/parestesia.

Luogo	Persona(e) visitata(e)	Date visita	
		da	a
_____	_____	_/_/_	_/_/_
_____	_____	_/_/_	_/_/_
_____	_____	_/_/_	_/_/_

Contatti con conviventi/contatti stretti vaccinati con OPV nei 75 gg. prec.

Nome	Indirizzo	Data vaccinazione
_____	_____	_/_/_
_____	_____	_/_/_
_____	_____	_/_/_

DATI DI LABORATORIO

Nome del laboratorio: _____

Indirizzo: _____

Studi di isolamento virale e batterico:

(specificare)	Data prelievo dal paziente	Data invio al laboratorio	poliovirus isolati			Campylobacter jejuni	altro
			tipo 1	tipo 2	tipo 3		
Feci/tampone rettale 1	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____
Feci/tampone rettale 2	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____
Altro	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____

Studi sierologici:

(specificare)	Data prelievo dal paziente	Data invio al laboratorio	poliovirus			Campylobacter jejuni	HIV	altro
			tipo 1	tipo 2	tipo 3			
Siero 1 *	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____	
Siero 2	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____	
Siero 3 **	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____	_____	

* acuto

** convalescente (14-30 giorni dopo inizio astenia/paralisi)

Interpretazione:

Liquido cerebro-spinale:

data	globuli rossi	globuli bianchi	% linfociti	glucosio	proteine
___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____

Risultati tipizzazione stipite virale:

Tipo di poliovirus	Metodi utilizzati	Risultati
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Altri risultati e/o commenti: _____

Autopsia? si _____ no _____ Istituto: _____

materiale	data prelievo	data invio	data risultati	risultati esame istologico
_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____

Esami elettrodiagnostici
Data ____/____/____ (allegare eventuali referti)

FOLLOW-UP DEL CASO DOPO 60 GIORNI

Riesame del caso 60 giorni dopo la paralisi? si _____ data ____/____/____ no _____

Se no, perché? _____

Paralisi:

Paralisi presente dopo 60 giorni o oltre? si _____ no _____
Se sì, indicare il sito della paralisi:

gamba sinistra _____	muscoli respiratori _____
gamba destra _____	nervi cranici _____
braccio destro _____	(specificare) _____
braccio sinistro _____	_____

dal periodo di massima paresi/paralisi
migliorate: no _____ si _____ se sì, commenti sul grado di miglioramento

nessun cambiamento: no _____ si _____

Riflessi (3=iperreflessia; 2=normali; 1=iporeflessia; 0=assenti)

	Destra	Sinistra
bicipitale	_____	_____
tricipitale	_____	_____
supinatore	_____	_____
rotuleo	_____	_____
achilleo	_____	_____
Babinski	positivo _____	negativo _____

Disabilità:

non può camminare _____
cammina con assistenza _____
zoppia _____
cammina normalmente _____
altro _____

Decesso? si _____ data ____/____/____ causa mortis: _____ no _____

Referto neurologico:
(Allegare, se disponibile, il rapporto neurologico, inclusa la diagnosi finale)

Data ___/___/___ Nome del medico notificatore _____

Neurologo? sì _____ no _____

MISURE DI CONTROLLO SU CONVIVENTI/CONTATTI

(Riportare: data di inizio, numero di conviventi/contatti individuati, numero di dosi OPV somministrate in bambini con meno di 5 anni, data completamento interventi di controllo)

DIAGNOSI FINALE:

Esclusa: _____

Specificare diagnosi:

poliomielite	sì _____	no _____
sindrome di Guillain Barré	sì _____	no _____
mielite trasversa	sì _____	no _____
neurite traumatica	sì _____	no _____
altro (descrivere):	_____	

Se polio confermata:

Barrare le voci che interessano:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Confermata virologicamente | <input type="checkbox"/> Decesso dopo malattia compatibile |
| <input type="checkbox"/> Confermata sierologicamente | <input type="checkbox"/> Correlazione epidemiologica |
| <input type="checkbox"/> Confermata virologicamente e sierologicamente | <input type="checkbox"/> Assenza di follow-up |
| <input type="checkbox"/> Paralisi residua | <input type="checkbox"/> Associata a vaccino |
| <input type="checkbox"/> Virus selvaggio indigeno | <input type="checkbox"/> Importata |

Osservazioni:

Nome dell'incaricato dell'inchiesta: _____
Firma: _____
Qualifica: _____
Sede di lavoro: _____
Data: ___/___/___

Nome del coordinatore di sorveglianza: _____
Firma: _____
Qualifica: _____
Sede di lavoro: _____
Data: ___/___/___

Inviare a:

Dott.ssa Dina De Stefano
"Programma di Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute in Italia"
Ministero della Sanità
Dipartimento della Prevenzione e dei Farmaci
Ufficio Profilassi malattie infettive
Via Sierra Nevada, 60 - 00144 ROMA

Dott.ssa Lucia Fiore
"Programma di Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute in Italia"
Laboratorio di Virologia
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA

ALLEGATO

**1. PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO
DEL PIANO REGIONALE VACCINI**

Allegato alla
deliberazione della Giunta Regionale n. 4653 del 30 dicembre 2005
(Stralcio)

PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO DEL PIANO REGIONALE VACCINI

DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA

Nome e Cognome Carlo ORLANDI
Qualifica Direttore Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta
Sede Via St. Martin de Corléans, 248 11100 AOSTA
tel. 0165/215737 e-mail orlandi.carlo@uslaosta.com fax: 0165/217070

REFERENTI AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA DEL PROGRAMMA

Nome e Cognome Clemente PONZETTI
Qualifica Direttore Sanitario Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA
tel. 0165/544511 e-mail ponzetti.clemente@uslaosta.com fax: 0165/544493

Nome e Cognome Carlo POTI
Qualifica Direttore Area Territoriale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA
0165/544457 e-mail poti.carlo@uslaosta.com fax: 0165/31303

Nome e Cognome Luigi SUDANO
Qualifica Responsabile Struttura Semplice Attività Vaccinali
Ufficio Igiene Pubblica Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta
Sede Via Guido Rey, 3 11100 AOSTA
tel. 0165/544620 e-mail vaccinazioni@uslaosta.com fax: 0165/544623

IL CONTESTO REGIONALE

I livelli di copertura vaccinale medi delle vaccinazioni obbligatorie raggiunti nella regione Valle d'Aosta sono molto elevati ed hanno superato negli ultimi due anni il valore medio del 98%. Anche per le vaccinazioni raccomandate i livelli di protezione raggiunti sono soddisfacenti, soprattutto per quanto riguarda la pertosse e per le malattie invasive da Hib (92,5%).

I risultati raggiunti nella effettuazione delle dosi di richiamo previsti dal calendario vigente (4^a polio nel terzo anno e 4^a DT nel sesto anno) sono adeguati ed evidenziano la capacità del sistema di garantire il completamento dell'attività di vaccinazione dell'infanzia. La stessa copertura per il Morbillo è in continua ascesa raggiungendo, nelle coorti dei nuovi nati, l'87%.

Nel conseguimento di tali risultati ha sicuramente influito l'ottima collaborazione tra i Medici di Sanità Pubblica, Pediatri e Assistenti Sanitari.

A fronte di questi risultati, la possibilità di estensione a nuovi vaccini, già disponibili e l'esigenza di mantenere adeguate coperture vaccinali per le vaccinazioni sinora praticate, impongono alla Regione Valle d'Aosta l'aggiornamento del Piano Regionale vaccini e l'adozione di linee di lavoro in sintonia con le indicazioni del Piano Nazionale Vaccini 2005.

Implementazione del Sistema Vaccinale e avvio del nuovo Calendario Regionale

L'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, unitamente al Gruppo Regionale Vaccini, tavolo comune in cui sono rappresentate tutte le figure di responsabilità dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta relativamente alle attività vaccinali, predispose un nuovo Calendario Regionale che risponde a quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2005 – 2007 e dall'Accordo di Conferenza Stato Regioni sul Piano Nazionale Vaccini 2005 datato 3/3/05 pubblicato sulla G.U. n° 63 del 14/4/05.

Obiettivi generali del Sistema Vaccinale

- mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai Piani Sanitari Nazionali e regionali, nonché dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali;
- fornire indicazioni sui nuovi obiettivi perseguibili e sull'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla disponibilità di nuovi vaccini;
- incrementare la sicurezza delle pratiche di immunizzazione e la conoscenza degli eventi avversi;
- incrementare gli interventi di ordine strutturale, organizzativo, formativo e comunicativo necessari per consentire l'evoluzione della politica vaccinale dall'ambito degli interventi impositivi a quello della partecipazione consapevole delle famiglie.

OBIETTIVI SPECIFICI E PUNTI QUALIFICANTI DEL PIANO REGIONALE VACCINI AGGIORNATO

a) Rispetto dei livelli essenziale di assistenza.

Le vaccinazioni previste dal Piano Regionale devono essere garantite a tutti i cittadini con pari opportunità di ricevere adeguata protezione. Il processo decisionale, nel rispetto delle

linee indicate dal Piano Nazionale Vaccini, è supportato dai dati epidemiologici disponibili e dalle migliori prove di efficacia e di sicurezza.

b) Eliminazione delle differenze territoriali.

L'eliminazione delle differenze nella protezione verso malattie quali morbillo, parotite, rosolia costituisce una priorità per garantire gli obiettivi di salute individuati dai piani nazionali e regionali.

c) Qualità dei servizi vaccinali.

La capacità di ottenere una consapevole adesione alle vaccinazioni raccomandate deve costituire patrimonio professionale di tutti gli operatori dei servizi vaccinali; la professionalità degli operatori deve essere pertanto consolidata attraverso la formazione continua, mirata in particolare all'informazione e all'adesione consapevole.

d) Promozione delle vaccinazioni.

Le strategie di promozione devono far parte integrante di ogni programma di vaccinazione perché il successo di tutti i programmi rivolti alla comunità dipende dalla attenzione con cui ogni cittadino ne segue lo sviluppo. La diminuita percezione del rischio per le malattie evitabili con le vaccinazioni derivante dalle elevate coperture, rende necessario rinforzare la fiducia della popolazione nei confronti dei programmi di immunizzazione. Nello stesso tempo è necessario garantire una tempestiva ed efficace informazione scientifica anche in risposta a notizie non corrette che vengono talvolta diffuse attraverso i mass media per evitare ingiustificati allarmi.

e) Anagrafi vaccinali.

L'Anagrafe vaccinale deve essere lo strumento fondamentale per consentire la conoscenza dello stato vaccinale di ciascuno. Tale obiettivo, condiviso ad ogni livello, sarà ottenuto anche attraverso il completamento del collegamento in rete dei servizi distrettuali.

f) Sorveglianza e monitoraggio.

Potenziare il sistema di sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione facilitando il sistema di segnalazione e notifica delle malattie infettive.

Garantire il sistema di raccolta delle informazioni necessarie a monitorare e valutare i risultati dei programmi di vaccinazione ed il loro impatto sulla salute (coperture vaccinali, ricoveri, complicanze, decessi).

È previsto l'ampliamento di un sistema di sorveglianza su ogni possibile evento avverso temporalmente correlato alla vaccinazione prevedendone la segnalazione tempestiva e dettagliata e garantendone il follow up, secondo i canali già istituzionalizzati dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

PIANO OPERATIVO SPECIFICO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA VACCINALE

La Regione Valle d'Aosta, considerati gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale 2005-2007 e le priorità indicate dal Centro di Controllo delle Malattie, presso il Ministero della Salute (CCM), partecipa al progetto "Vaccinazioni" del Piano per la Prevenzione Attiva. Gli obiettivi di tale progetto sono:

- *Piano di eliminazione del morbillo parotite e della rosolia congenita: verifica del raggiungimento degli obiettivi e delle attività previste dal Piano con aggiornamenti annuali.*
- *Promozione della ricerca attiva dei gruppi a rischio finalizzata all'offerta vaccinale*
- *Sorveglianza attiva correlata con particolare riguardo all'introduzione dei "nuovi vaccini" (segnalazione eventi avversi, sierotipizzazione, epidemiologia, ecc).*

Modalità di coordinamento del programma

Il coordinamento delle attività è assicurato dalla sinergia tra il Servizio di Sanità Pubblica dell'Assessorato Regionale alla Sanità e l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta

L'indirizzo della politica vaccinale è proposto dal Gruppo Regionale Vaccini, costituito da esponenti della Sanità Pubblica, della Pediatria Territoriale, dell'Area Territoriale e dell'Assessorato Regionale alla Sanità.

RAZIONALE

Vista la possibilità di prevenire con nuovi vaccini malattie da Pneumococco, da Meningococco e da Virus Varicella Zoster, la Regione Valle d'Aosta intende adeguarsi allo sforzo che altre Regioni stanno ponendo in atto per dare seguito alle indicazioni del Piano Nazionale Vaccini 2005. l'epidemiologia locale per i patogeni sovra menzionati, pur

considerando le difficoltà di rilevamento e individuazione degli agenti causali, non si discosta dalle medie nazionali.

Nella nostra Regione i casi di Meningite da Meningococco segnalati e notificati sono addirittura inferiori alla media nazionale, mentre sono presenti casi di Polmoniti e altre patologie pneumococciche, ivi comprese un discreto numero di sepsi, in linea con i dati nazionali. Vi sono, inoltre, ricorrenti epidemie di Varicella. Lo sforzo che le altre Regioni stanno compiendo in ossequio al nuovo Piano Nazionale Vaccini, induce anche la nostra Regione ad allinearsi con le altre nell'offerta attiva di queste vaccinazioni.

I dati di letteratura, i suggerimenti nella scheda tecnica dei nuovi vaccini, il confronto con altre realtà regionali che, contemplando un numero maggiore di casi per la Meningite Meningococcica "C", adottano la schedula vaccinale qui proposta e non da ultimo, l'andamento epidemiologico nella nostra realtà, consentono l'utilizzo della schedula vaccinale ad una dose dopo il compimento dell'anno di età, in co-somministrazione della prima dose di MPR.

La vaccinazione Antipneumococcica sarà offerta a tutti i nuovi nati a partire dal compimento del secondo mese di vita con tre dosi in co-somministrazione con l'esavalente in uso, dalla sua commercializzazione, nella nostra Regione.

Le vaccinazioni Antimeningococcica C, Antipneumococcica saranno somministrate attivamente e gratuitamente anche a tutti i soggetti a rischio con calendari dedicati (vedi allegato) dedicando uno spazio al recupero dei soggetti a rischio per Meningococco C. La decisione di attuare un programma di vaccinazione con l'offerta attiva per la Varicella sarà valutata dopo l'introduzione del vaccino quadrivalente MPR-VZ.

È in previsione lo spostamento della 4^a dose di IPV a 5/6 anni, secondo le più recenti acquisizioni normative del Ministero a partire dalle coorti di nascita del 2004; dunque, questa coorte sarà vaccinata a 5/6 anni con l'IPV nel 2009, per tutti i nati antecedenti all'1/1/04 resterà immutata la IV^a dose IPV prevista nel 3 anno di vita.

Ai soggetti ultra 65enni sarà somministrata la vaccinazione Antinfluenzale ad ogni campagna annuale assicurando l'obiettivo del 74% previsto dalle Circolari ministeriali. Alle coorti dei 70enni e 75enni sarà somministrata, contestualmente all'antinfluenzale, la vaccinazione Antipneumococcica utilizzando l'adeguato vaccino che offre una protezione di circa 5 anni.

Il presente calendario potrà subire variazioni qualora i dati epidemiologici subiscano variazioni di rilievo o qualora i dati di sorveglianza e di letteratura suggeriscano variazioni di somministrazione nelle schedule vaccinali.

Calendario delle vaccinazioni per l'età evolutiva

vaccino	nascita	3° mese	5° mese	12° mese	13° mese	15° mese	3° anno	5° anno	6° anno	15/15° anno	70° anno
DTP		<i>DTaP</i>	<i>DTaP</i>	<i>DTaP</i>				<i>DtaP</i>		<i>dtaP</i>	
IPV		<i>IPV</i>	<i>IPV</i>	<i>IPV</i>			<i>IPV</i>	<i>IPV *</i>			
Epatite B		<i>HBV2</i>	<i>HBV</i>	<i>HBV</i>	<i>HBV</i>						
HIB		<i>HIB</i>	<i>HIB</i>	<i>HIB</i>							
MPR					<i>MPR</i>			<i>MPR 4</i>			
PCV		<i>PCV 3</i>	<i>PCV 3</i>	<i>PCV 3</i>							<i>Pn. 23</i>
MEN. C					<i>MEN.C3</i>						

Legenda: **DTPaP**: vaccino antidiftero-tetano-per tossico acellulare; **IPV**: vaccino antipolio inattivato; **Hib**: vaccino contro le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae b*; **PCV**: vaccino antipneumococcico coniugato eptavalente; **Men C**: vaccino antimeningococco C coniugato; **HBV** epatite B; **Tdap**: vaccino difterite-tetano-pertosse per adulti. **Pn. 23**: vaccino antipneumococcico 23 valente

Note al calendario

- 1 Per terzo mese di vita si intende il periodo che intercorre dal compimento del 61° giorno di vita fino al 90° giorno di vita, ovvero dal compimento della 8ª settimana di vita fino alla 12ª settimana di vita
2. Nei nati da madre HbsAg positiva si somministrano contemporaneamente, entro 12-24 ore dalla nascita ed in siti separati, la prima dose di vaccino (HBV) e una dose di immunoglobuline specifiche anti-epatite B (HBIG). Il ciclo va completato da una seconda dose a 4 settimane dalla prima, da una terza dose dopo il compimento dell'ottava settimana (può coincidere con la prima somministrazione del ciclo normale) e da una quarta dose all'11 mese (può coincidere con la 3° dose del ciclo normale).
3. Vaccino Pneumococcico coniugato eptavalente: vaccinazione dei nuovi nati dal 3° mese di vita (popolazione non a rischio).

4. MPR2: seconda dose ovvero dose di recupero (Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita-G.U. s.g. n.297 – suppl. ord. N. 195 del 23/12/03)

5. Vaccino meningococcico C coniugato: vaccinazione dei nuovi nati dal 13° mese di vita (i soggetti non a rischio saranno vaccinati secondo l'allegato dedicato).

* A iniziare dalle coorti di nascita del 2004, quindi dal 2009

ALLEGATO I

VACCINAZIONI DEI SOGGETTI APPARTENENTI A CATEGORIE A RISCHIO

VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA:

Offerta attiva ai gruppi a rischio individuati nella Circolare del Ministero della Salute n°11 del 19/11/2001

a) bambini che presentano le seguenti condizioni:

- anemia falciforme e talassemia
- asplenia funzionale e anatomica
- broncopneumopatie croniche, esclusa l'asma
- condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi), con esclusione della malattia granulomatosa cronica
- diabete mellito
- insufficienza renale e sindrome nefrosica
- infezione da HIV
- alcune immunodeficienze congenite
- malattie cardiovascolari croniche
- malattie epatiche croniche
- perdite di liquido cerebrospinale
- altre malattie che espongono ad elevato rischio di patologia invasiva da pneumococco

b) altri soggetti

- età > 65 anni

- persone con malattie a rischio (cardiopatie, broncopneumopatie ed epatopatie croniche, alcolismo cronico, asplenia anatomica o funzionale, fistole liquorali)

VACCINAZIONE ANTIMENINGOCOCCICA

Offerta attiva ai soggetti affetti dalle seguenti condizioni:

- deficit complemento, properidina, fattore D
- anemia falciforme, talassemia
- portatori impianto cocleare
- asplenia funzionale e anatomica

VACCINAZIONE ANTI HIB

Offerta attiva alle seguenti categorie:

- asplenia funzionale e anatomica
- emoglobinopatie (talassemia, drepanocitosi)
- trapianto di midollo osseo

VACCINAZIONE ANTIVARICELLA

Offerta attiva alle seguenti categorie

- contatti stretti di soggetti ad alto rischio di complicanze gravi quali: immunocompromessi per AIDS o per altre manifestazioni cliniche da HIV, neoplastici con alterazioni dei meccanismi immunitari (leucemia, linfomi, di interessamento del midollo osseo o del sistema linfatico), affetti da deficit dell'immunità cellulare, ipogammaglobulinemia, disgammaglobulinemia, soggetti in trattamento a lungo termine con farmaci immunosoppressori.
- Soggetti con le seguenti patologie ad alto rischio: Leucemia Linfatica Acuta in remissione, insufficienza renale cronica o trapianti renali, infezione da HIV senza segni di immunodeficienza e con una popolazione di CD4 > 25%.
- Donne in età fertile non gravide
- Persone che lavorano in ambiente sanitario, con priorità a chi lavora con bambini o immunocompromessi.

- Persone che vivono o lavorano in ambienti dove è probabile la trasmissione del virus (asilo nido, scuole materne e comunità della prima infanzia)

VACCINAZIONE ANTITETANICA

- Offerta attiva alle persone > 65 anni, mai vaccinati prima o con uno stato vaccinale sconosciuto
- Somministrazione del richiamo se sono passati almeno 10 anni dall'ultima dose
- Effettuazione delle dosi previste nella profilassi post esposizione

VACCINAZIONE ANTIEPATITE B

Offerta attiva alle categorie individuate nella legge 27/05/1991, n° 165 e D. M. 4/10/1991.

- Conviventi e contatti, in particolare bambini, di persone HbsAg positive
- Pazienti politrasfusi, emofilici, emodializzati
- Vittime di punture accidentali con aghi o altri strumenti potenzialmente infetti
- Soggetti affetti da lesioni croniche eczematose o psoriasiche delle mani
- Persone che si rechino per motivi di lavoro in aree geografiche ad alta endemia per HBV
- Tossicodipendenti, omosessuali.
- Soggetti che svolgono attività di lavoro, studio e volontariato nel settore sanitario, compreso il personale di assistenza delle case di riposo per anziani, delle strutture pubbliche o private
- Personale e ospiti di istituti per ritardati mentali
- Personale addetto alla lavorazione degli emoderivati
- Candidati a trapianto d'organo e di tessuto
- Addetti al servizio di raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti
- Detenuti negli istituti di pena e prevenzione
- Appartenenti alle Forze armate dello Stato, alle Forze di Polizia, alla Guardia di Finanza, alla Polizia carceraria, ai Vigili del Fuoco e ai Vigili Urbani

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Offerta attiva ai soggetti a rischio individuati nella Circolare annualmente emanata dal Ministero della Salute

A) Soggetti di età pari o superiore a 65 anni

B) Soggetti in età infantile ed adulta affetti da:

- malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa la malattia asmatica),
- circolatorio, uropoietico ovvero altre severe condizioni patologiche che aumentino il rischio di complicanze
- b) malattie degli organi emopoietici
- c) diabete ed altre malattie dismetaboliche
- d) sindromi da malassorbimento intestinale
- e) fibrosi cistica
- f) malattie congenite o acquisite che comportino carenza di produzione di anticorpi, inclusa l'infezione da HIV
- g) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici

C) bambini reumatici soggetti a ripetuti episodi di patologia disreattiva che richiede prolungata somministrazione di acido acetilsalicilico e a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale

D) personale sanitario di assistenza

E) contatti familiari di soggetti ad alto rischio

F) soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo

G) personale che, per motivi occupazionali, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali; la protezione di tali categorie è finalizzata ad evitare fenomeni di riassortimento genetico tra virus influenzali umani ed animali (nel corso di co-infezioni), da cui potrebbero originare nuovi ceppi dotati di potenziale pandemico.

VACCINAZIONE CONTRO LA POLMONITE DA PNEUMOCOCCO NELL'ANZIANO

La polmonite pneumococcica nell'anziano è la principale complicazione batterica nell'anziano che, oltre ad esitare nella morte del paziente affetto, è una delle primarie cause di ospedalizzazione dei soggetti over70enni con costi molto elevati, sia per la degenza, che per le cure necessarie.

In un periodo compreso tra il mese di Novembre 2004 e Febbraio 2005, analizzando con i DRG le SDO e considerando i codici ICD9 più assimilabili alla patologia in questione, è risultato che vi sono stati 17 decessi correlati a Polmonite da Pneumococco (in soli tre mesi su un totale di 102 decessi nello stesso periodo). Questo dimostra un elevato Tasso d'Attacco della malattia; malattia che può essere prevenuta con una sola somministrazione di vaccino, ripetuta con una dose booster dopo cinque anni.

La riduzione dei casi attraverso la vaccinazione durante la campagna di vaccinazione antinfluenzale porta ad un notevole risparmio economico agendo su una inferiore ospedalizzazione dei soggetti. Si consideri che, nella nostra Regione, si vaccina mediamente il 60% dei soggetti ultrasettantenni.

Il vaccino (Pneumo23®) è ben tollerato e quasi totalmente privo di effetti collaterali; è efficace al 93% ed offre una buona copertura verso i sierotipi responsabili della malattia.

Schedula del vaccino AntiPnc 7 valente coniugato

Età alla prima dose	Ciclo primario	Dose ulteriore
2-6 mesi	3 dosi a distanza di 2 mesi	1 dose a 12-15 mesi
7-11 mesi	2 dosi a distanza di 2 mesi	1 dose a 12-15 mesi
12-23 mesi	2 dosi a distanza di 2 mesi	-----
24-59 mesi	2 dosi a distanza di 2 mesi	-----

Schedula del vaccino AntiPnc 23 valente

Età superiore/uguale a 5 anni	1 dose	1 dose dopo 3/5 anni
-------------------------------	--------	----------------------

Schedula vaccinale combinata (7/23 valente)

Età	Precedenti dosi	Raccomandazioni
età inf/uguale a 23 mesi	nessuna dose	come tab 1 1 dose di 23 V 6/8, sett dalle precedenti*
24-59 mesi	se 3/4 dosi di 7 V	1 dose di 7 V 1 dose di 23 V 6-8 sett dal 7 V *
24-59 mesi	se 1-3 dosi di 7 V	2 dosi di 7 V 1 dose di 23 v 6-8 sett dal 7 V *
24-59 mesi	1 dose di 23 V	2 dosi di 7 V ** 1 dose di 23 V 6-8 sett dal 7V *
24-59 mesi	nessuna dose di 23 V o 7 V	2 dosi di 7 V ** 1 dose di 23 V 6-8 sett dal 7V *

* più una dose di richiamo a 3-5 anni dall'ultima dose di 23 V

** Somministrare le dosi a distanza di 6-8 settimane

**2. PROGETTO DI UN SISTEMA DI SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE
INFETTIVE SU WEB (SIMIWEB)**

Allegato alla
deliberazione della Giunta Regionale n. 4653 del 30 dicembre 2005
(Stralcio)

PROGETTO DI UN SISTEMA DI SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE SU WEB (SIMIWEB)

DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO

Nome e Cognome Luigi SUDANO
Qualifica Responsabile Struttura Semplice Attività Vaccinali
Ufficio Igiene Pubblica Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta
Sede Via Guido Rey, 3 11100 AOSTA
tel. 0165/544620 e-mail vaccinazioni@uslaosta.com fax: 0165/544623

REFERENTI AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA DEL PROGRAMMA

Nome e Cognome Clemente PONZETTI
Qualifica Direttore Sanitario Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA
tel. 0165/544511 e-mail ponzetti.clemente@uslaosta.com fax: 0165/544493

Nome e Cognome Carlo POTI
Qualifica Direttore Area Territoriale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA
0165/544457 e-mail poti.carlo@uslaosta.com fax: 0165/31303

Nome e Cognome Carlo ORLANDI
Qualifica Direttore Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta
Sede Via St. Martin de Corléans, 248 11100 AOSTA
tel. 0165/215737 e-mail orlandi.carlo@uslaosta.com fax: 0165/217070

INTRODUZIONE

Il sistema di notifica dati routinari per la sorveglianza delle malattie infettive e delle sorveglianze speciali è affidato alle singole regioni che devono far pervenire agli organi competenti (Ministero della Salute, ISTAT e Istituto Superiore di Sanità) le informazioni relative ai casi individuali o aggregati secondo le specifiche del D. M. del 15/12/1990 e successive modifiche.

Il sistema basato sulle notifiche cartacee, non permette di attuare una sorveglianza efficace: i medici non si sentono motivati e tendono a segnalare raramente i casi diagnosticati, le notifiche sono spesso incomplete di informazioni importanti e pervengono in ritardo, l'elaborazione dei dati raccolti è generalmente troppo lenta per permettere di prendere delle decisioni in tempi utili, soprattutto a livello locale.

Un sistema di sorveglianza ben organizzato permette di documentare accuratamente le caratteristiche epidemiologiche di una malattia infettiva e consente di valutare con precisione

le possibilità di successo di varie strategie d'intervento. Infatti, ai fini del controllo e della prevenzione, è importante che i dati siano di buona qualità, possano essere analizzati in tempo reale (così da permettere la pianificazione di programmi di intervento sia a livello locale che centrale) e forniscano informazioni epidemiologiche utili a comprendere le modalità di trasmissione. L'esperienza del tempo trascorso ha dimostrato come siano importanti per migliorare l'intero sistema il facilitare il compito del segnalatore e la conoscenza in tempo reale della frequenza delle malattie infettive sia a livello di ASL, che Regionale e/o Nazionale.

L'informatizzazione di questo settore ha, tra i suoi fini anche il miglioramento del rapporto tra il medico di base e le strutture centrali, incentivando i singoli operatori a segnalare i casi più rapidamente ed accuratamente, essendo partecipi di un sistema comune più trasparente. Ogni regione ha provveduto a organizzarsi con sistemi informatici propri o utilizzando il SIMI2, un software sviluppato dall'ISS come sperimentazione a partire dal 1994 e poi entrato nell'uso comune in diverse regioni italiane.

Il software SIMI-2, sviluppato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con Ministero della Sanità, ha rappresentato per anni il sistema con cui gestire le segnalazioni di malattie infettive in 15 regioni, ha permesso di completare il processo di informatizzazione delle notifiche necessario per una aumentare la tempestività, l'accettabilità, la semplicità del sistema di sorveglianza routinario.

Dopo 10 anni di attività è necessario considerare le nuove esigenze dei sistemi di sorveglianza e i nuovi strumenti informatici: la tempestività del sistema deve essere ulteriormente migliorata e il sistema di raccolta informazioni deve potere essere modificabile in breve tempo in caso sia necessario raccogliere nuove informazioni. Inoltre è previsto in tempi brevi anche una revisione del flusso informativo da parte del Ministero della Salute.

Lo sviluppo di internet ha permesso di implementare una nuova generazione di applicativi basati sul WEB che sono in grado di raccogliere informazioni senza la necessità di distribuire un software specifico e isolato a coloro che devono inserire i dati. In questo modo la disponibilità dei dati è immediata a tutti i livelli nel momento dell'inserimento e le modifiche apportate centralmente al software sono disponibili in tempo reale a livello periferico. Questo concetto, ormai universalmente sperimentato e diffuso, ha incoraggiato la Regione Valle d'Aosta, in collaborazione con il reparto Malattie infettive del CNESPS – ISS, a sviluppare un prototipo di applicazione Web, denominato "SIMIWEB" Sebbene esso ricalchi solo le funzioni minime del SIMI, esso ha caratteristiche e specifiche che ne fanno uno strumento più flessibile e adeguato ai tempi.

Esso dispone di nuove funzionalità per superare alcuni limiti ormai ben conosciuti e documentati del SIMI

- informatizzazione di tutte le classi
- la disponibilità dei dati a tutti i livelli immediata dopo l'inserimento delle segnalazioni/notifiche
- inserimento a tutti i livelli incluso il medico che ha effettuato la diagnosi
- trasmissione sicura dei dati
- immediata aggiornabilità dell'applicativo sul "web server"

La sperimentazione SIMIWEB si trova in fase avanzata, avendone verificato la fattibilità e la qualità. La sperimentazione coinvolge in maniera attiva 4 Regioni (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Abruzzo, Valle d'Aosta) che inseriscono i dati in parallelo al flusso routinario. In allegato 1 viene presentato un documento sullo stato del progetto al 21/10/2005. Obiettivo della prima fase della sperimentazione è stato di dimostrare la fattibilità di un flusso informativo basato sulla trasmissione via web e sull'inserimento delle segnalazioni da parte dei medici che hanno effettuato la diagnosi.

ARTICOLAZIONE OPERATIVA

La proposta attuale mira a finalizzare il prototipo SIMIWEB per creare una procedura software stabile che è usata nella pratica quotidiana per la gestione del flusso informativo delle malattie infettive nella Regione Valle d'Aosta e in alcune ASL di alcune regioni italiane pilota. Essa vuole rappresentare lo sviluppo del prototipo SIMIWEB realizzando le osservazioni e i suggerimenti raccolti durante la precedente fase per un'efficace gestione delle segnalazioni di malattie infettive. L'allargamento dell'esperienza al di fuori della Regione Valle d'Aosta permette di avere una visione del problema più ampia, raccogliendo esperienze e suggerimenti per un sistema flessibile ed efficiente.

La procedura realizzata dalla Regione Valle d'Aosta sarà resa disponibile alle altre Regioni che ne faranno richiesta usufruendo dello stesso server della regione Valle d'Aosta (non sono previsti costi aggiuntivi per un maggiore numero di utenti) o per l'installazione su un proprio server regionale (le cui spese saranno però a carico della regione ospitante). Lo sviluppo nelle varie regioni sarà parallelo e ogni prodotto reso disponibile per la Valle d'Aosta sarà immediatamente reso disponibile per le altre regioni.

Inoltre si vuole sottolineare l'importanza del nuovo flusso informativo informatizzato a partire dal medico segnalatore. Il progetto vuole compiere una azione di promozione per un flusso così distribuito e consapevole.

OBIETTIVI

1) Realizzare un software per la gestione delle segnalazioni/notifiche delle malattie infettive nella Regione Valle d'Aosta. Esso verrà sviluppato sul prototipo già esistente e funzionante del SIMIWEB.

2) Promuovere la segnalazione di casi di malattia infettive da parte dei medici (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta) che hanno diagnosticato la malattia o da parte della struttura ospedaliera nella Regione Valle d'Aosta.

Il sistema finale dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- interfaccia grafica intuitiva, utilizzabile senza necessità di addestramento degli operatori
- piattaforma SQL / .NET
- flessibilità per le differenti organizzazioni del flusso a livello locale e regionale e per il tipo di informazioni raccolte
- integrazione con altri flussi connessi alle malattie infettive a livello regionali
- adattabilità a future specifiche fornite dagli organi nazionali competenti
- sicurezza e certificazione nella trasmissione dei dati
- disponibilità dei dati raccolti per tutti i livelli in tempo reale secondo livelli gerarchici prestabiliti
- ritorno di informazione immediato mediante interrogazioni e viste ad hoc.

Il prototipo del SIMIWEB, ideato Struttura Semplice Attività Vaccinali dell'Ufficio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione e realizzato dal Sistema Informatico Aziendale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta con la collaborazione scientifica del reparto Malattie Infettive del CNESPS dell'ISS, si basa su 6 livelli di accesso:

- Medico segnalatore
- ASL-SISP
- Regione
- Organi regionali (solo lettura)
- Organi nazionali (solo lettura)
- Amministratore centrale

Il sistema può essere adottato o integrato anche a partire dal secondo livello (ASL-SISP), qualora i medici di M.G. e i Pediatri di L.S. non siano informatizzati. Il SIMIWEB potrebbe costituire un ottimo incentivo ai programmi regionali per l'informatizzazione dei Medici di M.G. e i Pediatri di L.S., anche in un'ottica di integrazione delle loro cartelle cliniche di studio con le banche dati Asl. Da una ricognizione realizzata su campione di medici, circa il 73% dei medici possiede un Pc e il 65% una connessione ad Internet

PIANO OPERATIVO

Il piano Operativo prevede diverse fasi dopo l'identificazione del "working group" operativo e la definizione dei seguenti compiti:

- 1) valutazione del prototipo SIMIWEB attualmente in uso in quattro regioni
- 2) progettazione e realizzazione del server SQL, dell'interfaccia grafica in .NET e della manualistica
- 3) migrazione dei dati esistenti e degli utenti.
- 4) test e collaudo del sistema
- 5) azione di promozione della segnalazione a livello dei medici di base dei pediatri di libera scelta

La migrazione e le caratteristiche dall'attuale prototipo del SIMIWEB saranno discusse con i rappresentanti delle altre Regioni. In considerazione che la Valle d'Aosta ha richiesto per la realizzazione del prototipo la collaborazione dell'Istituto Superiore della Sanità (CNEPS) e considerando che questa seconda fase di sviluppo condurrà la nostra Regione ad un'importante visibilità nazionale, si rende necessaria una convenzione con l'I.S.S. per giungere alla realizzazione finale del progetto.

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA

La disponibilità dell'applicativo su internet rappresenta il miglior indicatore di monitoraggio della realizzazione del progetto. La percentuale di completamento di tutte le procedure ne rappresenta il dettaglio.

Gli indicatori, che invece costituiranno elemento di misura per l'opportuna valutazione del sistema, sono stati stabiliti in accordo con l'I.S.S.

- la semplicità
 - Tempo necessario per la compilazione di una schermata (atteso meno di 3 minuti)
 - Numero di persone da formare (atteso: meno del 50% degli operatori per 2 ore)
- la funzionalità

- Numero di errori gravi per ogni mese (atteso non piu' di uno al mese dopo 6 mesi di attività)
- Numero di black out maggiori di 6 ore (atteso: meno di due al mese dopo 6 mesi di attività)
- Segnalazioni-notifiche non inseribili/totale segnalazioni notifiche (Atteso: meno dell'1% dopo 6 mesi di attività)
- la accettabilità (interfaccia, la tecnica di gestione delle informazioni e il flusso informativo)
- Questionario con scala di Lickert per gli atteggiamenti per i referenti delle ASL e per un campione di medici notificatori
- percentuale inserimento diretto nel sistema da parte di medici pediatri o MMG o sanitari o strutture in genere (atteso dopo un anno il 25%)
- Percentuale notifiche elettroniche (atteso: più del 99%)
- la tempestività
- Tempo medio in giorni per trasformazione da segnalazione in notifica per alcune patologie (dipendente dalla malattia e dal tempo necessario per gli accertamenti da parte degli operatori dei SISP)
- la flessibilità
- Numero massimo di patologie inseribili (atteso: nessun limite)
- Possibilità di inserire schede di sorveglianza speciale in allegato (atteso: SI. tre schede dopo un anno tra le malattie più frequenti)
- Possibilità di inserire campi aggiuntivi con note (atteso: SI)
- la completezza
- Percentuale compilata dei campi compilabili (atteso: 100% campi obbligatori. Per i campi non obbligatori percentuale variabile)

Alcuni di questi indicatori saranno raccolti al momento della prima disponibilità del sistema e successivamente alla fine del progetto.

Inoltre sarà considerato il rispetto dei tempi di attuazione del progetto.

MODALITÀ DI COORDINAMENTO DEL PROGETTO

Il progetto è proposto e coordinato dalla Regione Autonoma Valle d'Aosta. Sarà formato all'inizio delle attività un gruppo di lavoro con personale del reparto di Malattie Infettive del

CNESPS dell'ISS che fornirà consulenza scientifica. Inoltre saranno organizzate due riunioni con rappresentanti delle Regioni interessate allo sviluppo e all'uso del sistema. Queste riunioni avranno effetto di consultazione per verificare i bisogni informativi e eventuali suggerimenti per lo sviluppo del sistema.

COLLABORAZIONI CON ISTITUZIONI ESTERNE

Istituto Superiore di Sanità (CNESPS), Assessorati Regionali alla Sanità

TEMPI PER LA REALIZZAZIONE

Mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
valutazione del prototipo SIMIWEB attualmente in uso in quattro regioni												
progettazione e realizzazione del server SQL, dell'interfaccia grafica e della manualistica												
migrazione dei dati esistenti e degli utenti												
test e collaudo del sistema												
azione di promozione della segnalazione a livello dei medici di base dei pediatri di libera scelta												

PUNTI CRITICI

Lo sviluppo del sistema potrebbe subire un rallentamento nello sviluppo qualora dovesse cambiare, per decreto ministeriale, il flusso delle malattie infettive (per esempio, in vista di un riallineamento con le specifiche espresse dalle normative europee). Gli eventuali ritardi nello sviluppo saranno proporzionali all'entità delle modifiche introdotte e in relazione al momento di sviluppo in cui esse saranno note.

L'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali

L'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali è un ufficio dell'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche sociali. E' stato istituito con la legge regionale n.5 del 25 gennaio 2000 che all'art 5 recita:

“ (Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali)

1. Nell'ambito della struttura regionale competente in materia di sanità, salute e politiche sociali opera l'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali con il compito di:

- a) produrre dati descrittivi sulla salute e sui bisogni di assistenza sociale della popolazione della regione, individuando indicatori utili ad identificare i problemi emergenti;
- b) individuare, sperimentare e applicare indicatori di qualità e di appropriatezza dei servizi sanitari e sociali a livello regionale;
- c) elaborare linee-guida relative alla qualità dei servizi;
- d) progettare, attivare, gestire e controllare i flussi informativi relativi alla domanda e al consumo di prestazioni;
- e) elaborare studi e ricerche su fasce di popolazione ai fini della rilevazione delle condizioni sociali, di vita e dello stato di salute;
- f) fornire ogni elemento utile alla programmazione sanitaria e socio-assistenziale regionale anche ai fini della elaborazione del piano socio-sanitario e della valutazione dei risultati;
- g) svolgere analisi mirate su specifici fenomeni sociali;
- h) fornire elementi di conoscenza metodica delle impostazioni e delle modificazioni che intervengono nell'organizzazione dei servizi pubblici e dei soggetti erogatori privati lucrativi e non lucrativi;
- i) collaborare all'elaborazione della relazione annuale sanitaria e sociale;
- j) collaborare con le strutture competenti in materia di tutela dell'ambiente nell'individuazione dei fattori di rischio per la salute derivanti da attività umane e produttive in relazione allo stato dell'ambiente.

2. L'organizzazione ed il funzionamento dell'Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali sono definiti nell'ambito dell'applicazione delle disposizioni vigenti in materia di organizzazione dell'Amministrazione regionale.

3. Il responsabile dell'Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali risponde del trattamento dei dati personali posseduti e, nell'esercizio dell'attività di informazione, deve garantire la tutela delle persone fisiche e giuridiche rispetto al trattamento dei dati personali, ferma restando, in rapporto ai compiti esercitati, la responsabilità dei dirigenti delle strutture in cui si articola la struttura regionale competente in materia di sanità, salute e politiche sociali ai fini di quanto previsto dalla legge 31 dicembre 1996, n. 675 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) come modificata, da ultimo, dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 282.”

Dal 2000 ad oggi l'Osservatorio ha predisposto un proprio Piano di attività pluriennale ed ha individuato dei referenti esterni di Azienda USL e dell'ARPA regionale.

Sono state già pubblicate :

- La Relazione Sanitaria e Sociale 1999 – 2000
- La Relazione Sanitaria e Sociale 2001
- Cause di ricovero in Valle d'Aosta (2002)
- Gioca d'Anticipo e vinci la Vita – ottobre 2002
- Gli Anziani in Valle d'Aosta (2002)
- Gioca d'Anticipo e vinci la Vita – ottobre 2003
- Gli Infortuni in Valle d'Aosta 1991-2000 (2004)
- Immagini di salute dei distretti socio sanitari della Valle d'Aosta - giugno 2004
- Osservatorio Regionale per le Politiche sociali – Primo Rapporto (2005)
- Atlante della mortalità in Valle d'Aosta 1980 - 2003

Il presente volume non è in vendita.

Esso verrà inviato, nei limiti della disponibilità, a chi ne farà richiesta al seguente indirizzo:

Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali

Assessorato della Sanità, Salute e Politiche sociali

via de Tillier, 30 – 11100 Aosta

Tel. 0165/274238 Fax. 0165/238914

Copia elettronica di questo volume sarà disponibile nel sito internet della Regione Valle d'Aosta all'indirizzo:

www.regione.vda.it/sanita/oreps