zioni, migliorando la compliance alle sedute vaccinali da parte sia della popolazione che degli operatori sanitari.
Nonostante gli innegabili progressi realizzati, la situazione rimane critica soprattutto per ciò che concerne il controllo del morbillo; nel 2002 e 2003 si è verificata una vasta epidemia che ha colpito in particolare le aree a minor copertura vaccinale, con un grave impatto in termini sia di salute che di costi sanitari.
Per tale motivo, ed anche per rispettare gli impegni assunti dall'Italia in sede internazionale per l'eliminazione del morbillo (analogamente a quanto era avvenuto per la polio e prima ancora per il vaiolo), nel 2003 la Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province di Trento e Bolzano ha sancito l'accordo sul Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (Deliberazione 13 novembre 2003), che delinea le azioni da attuare per sconfiggere queste malattie entro il 2007.

2.1.5 Riferimenti normativi

• Legge 6 giugno 1939, n° 891: "Obbligatorietà della vaccinazione antidifterica".
• Legge 5 marzo 1963, n° 292 "Vaccinazione antitetanica obbligatoria".
• Legge 4 febbraio 1966, n° 51 "Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica".
• Circolare n° 21 del 6 aprile 1976 "Profilassi della rosolia".
• Circolare 25 giugno 1979 "Profilassi del morbillo".
• Circolare 21 aprile 1982, "Profilasi della parotite epidemica".
• Legge 27 maggio 1991, n° 165 "Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B".
• D.M. 4 ottobre 1991 "Offerta gratuita della vaccinazione contro l'epatite virale B alle categorie a rischio".
• Piano Sanitario Nazionale 1994-96, Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.107 del 23 luglio 1994.
• Circolare 6 giugno 1995, n° 13 "Esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative in attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1994-96".
• Circolare n° 16 dell'11 novembre 1996 "Tetano: misure di profilassi".
• Circolare n° 6 del 19 marzo 1997 "Difterite: misure di profilassi, cenni di terapia".
• Provvedimento 17 dicembre 1998 "Documento di linee-guida per il controllo della malattia tubercolare, su proposta del Ministero della Sanità, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
• Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 D.P.R. 23 luglio 1998, Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 10 dicembre 1998.
• D.M. 7 aprile 1999 "Nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva".
• Circolare n. 5 del 7 aprile 1999 "Nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva".
• Piano Nazionale Vaccini 1999-2000, Provvedimento 18 giugno 1999, Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 29 luglio 1999.
• Circolare n. 12 del 13 luglio 1999 "Controllo ed eliminazione di morbillo, parotite e rosolia attraverso la vaccinazione".
• D.M. 20 novembre 2000 "Protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale B".
• Decreto del Presidente della Repubblica 7 novembre 2001, n.464 "Regolamento recante modalità di esecuzione delle rivaccinazioni antitetaniche, a norma dell'articolo 93, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n.388", Gazzetta Ufficiale n.7 del 9 gennaio 2002.
• Decreto del Presidente della Repubblica 7 novembre 2001, n.465 "Regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare, a norma dell'articolo 93, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n.388", Gazzetta Ufficiale n.7 del 9 gennaio 2002.
• D.M. 18 giugno 2002 "Nuovo Calendario della Vaccinazione antipolio".
• Circolare n° 1 del 1 luglio 2002 "Profilassi antinfluenzale. Raccomandazioni per la stagione 2001-2002".
• Circolare n. 5 del 22 luglio 2003 "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2003-2004".
• Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita; Provvedimento 13 novembre 2003; Repertorio Atti n. 1857, Gazzetta Ufficiale Supplemento Ordinario Gazzetta Ufficiale Supplemento Ordinario n. 195 al n. 297 del 23 dicembre 2003.

2.1.6 Indicazioni per la programmazione

La differenza di coperture vaccinali, osservata in passato tra vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, ha avuto come conseguenza un diverso controllo delle malattie bersaglio, che si è tradotto nell'eliminazione o nell'eradicazione di al-

cune di queste a fronte della persistenza dello stato endemo-epidemico di altre.
L'attuazione in anni recenti di misure volte a superare questo divario ha portato ad un netto miglioramento delle coperture vaccinali per pertosse, Hib ed MPR, nonché ad una diminuzione delle marcate differenze tra aree geografiche.
Va comunque rilevato come l'incremento delle coperture vaccinali non sia stato della stessa portata per tutte le vaccinazioni; infatti, mentre la copertura per la pertosse ha superato il 95%, e quella per l'Hib ha raggiunto il 90%, quella per MPR resta inferiore all'85%. È quindi necessario un ulteriore sforzo per raggiungere e mantenere la copertura ottimale contro morbillo, rosolia e parotite, che andrà concentrato tra il 2004 e il 2007, in accordo con quanto previsto dal Piano Nazionale di Eliminazione, il cui stato di avanzamento va monitorato su base annuale, secondo quanto previsto dal Piano stesso.
È importante, inoltre, che venga adeguatamente monitorata l'esecuzione delle dosi di richiamo previste dal vigente calendario.
Per quanto attiene alle vaccinazioni raccomandate per alcuni gruppi di popolazione, i dati disponibili indicano che i bambini con patologie croniche non sono adeguatamente protetti, in particolare verso l'influenza. È importante quindi che l'offerta di questa vaccinazione venga potenziata oltre che per gli anziani, anche per le persone di tutte le età che presentano condizioni di rischio.
Per valutare il raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti dai riferimenti normativi vigenti (95% entro i due anni per difterite, tetano, pertosse, epatite B, Hib ed MPR, 75% per l'influenza negli ultrasessantaquattrenni), è essenziale l'utilizzo di sistemi informativi efficaci, che abbiano come basi anagrafi vaccinali informatizzate e collegate con le anagrafi comunali.
L'utilizzo delle anagrafi vaccinali informatizzate permette inoltre di conoscere lo stato vaccinale di ciascuna persona, invitando attivamente alla vaccinazione e sollecitando chi non si presenta. È importante infatti ricordare che l'invito attivo alle vaccinazioni è una delle azioni a dimostrata efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali, ma solo il 38% delle famiglie riferisce di essere stata attivamente invitata ad eseguire la vaccinazione MPR.
Il raggiungimento di elevate coperture vaccinali su tutto il territorio nazionale, per tutte le vaccinazioni per cui è prevista una strategia su larga scala, costituirà inoltre la base fondante di un futuro percorso per l'abolizione dell'obbligo vaccinale. L'aggiornamento del Piano Nazionale Vaccini, di cui è in corso l'iter per l'approvazione sotto forma di Accordo Stato, Regioni e Province Autonome, fornisce, tra le altre, indicazioni anche per la definizione di un percorso strategico di questo tipo, in modo da raggiungere lo scopo senza conseguenze negative per la salute collettiva del Paese.
Va infine ricordato come, oltre al monitoraggio delle coperture vaccinali, i programmi estesi di vaccinazione debbano prevedere:
- un sistema di sorveglianza delle malattie, sensibile e specifico, in grado di integrarsi con i flussi informativi aziendali/regionali;
- un buon sistema di monitoraggio degli eventi avversi a vaccino, in grado di assicurare anche il follow up dei casi e la valutazione del nesso di causalità tra vaccinazione ed evento.

Tutti questi elementi vanno potenziati anche per garantire una adesione consapevole alle vaccinazioni; in questo ambito è importante che le diverse figure professionali operino in sinergia, trasmettendo ai cittadini messaggi condivisi e scientificamente accurati sui benefici e i rischi delle vaccinazioni.

2.2 AIDS e infezione da HIV in Italia, 2004

2.2.1 Introduzione

Dal 1982, anno di istituzione del Registro Nazionale AIDS, la sorveglianza dei casi di AIDS fornisce informazioni estremamente utili sulle dinamiche dell'epidemia da HIV e sulle caratteristiche dei pazienti con AIDS.
Negli ultimi anni, con l'introduzione delle nuove terapie antiretrovirali altamente attive si sono verificati cambiamenti che hanno profondamente modificato il quadro epidemico. Si osserva, infatti, una maggiore sopravvivenza delle persone HIV positive con una riduzione del numero delle persone che evolvono in fase conclamata e una diminuzione della mortalità correlata all'AIDS. La conseguenza principale di questo è l'aumento delle persone che vivono con la malattia e che possono, se non prendono adeguate misure preventive, diffondere l'infezione e riattivare l'epidemia. Per questo è importante non

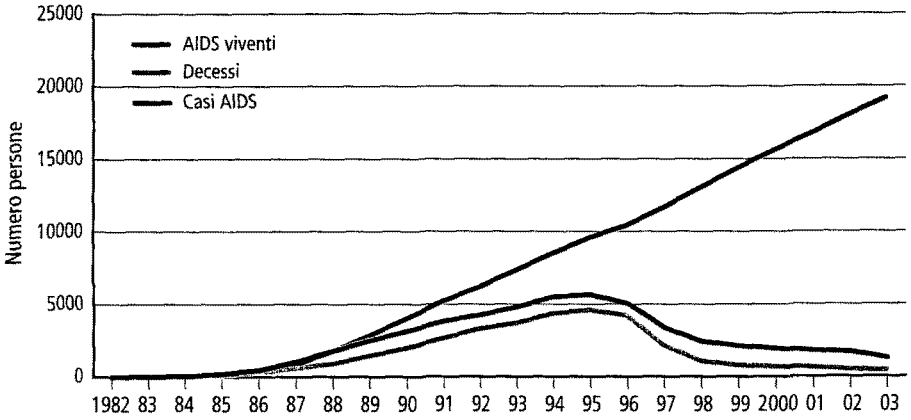
abbassare la guardia per identificare precocemente i cambiamenti nella diffusione del virus e nell'evoluzione della malattia e per pianificare adeguati interventi preventivi.

2.2.2 Presentazione dei dati

Secondo i dati del Registro Nazionale AIDS, l'incidenza dei casi di AIDS è andata aumentando nel corso degli anni fino al 1995; nel 1996 è stata osservata, per la prima volta dall'inizio dell'epidemia, una diminuzione dei nuovi casi di AIDS (l'11% in meno rispetto all'anno precedente) e dei decessi correlati all'AIDS (il 9,3% in meno rispetto all'anno precedente) da attribuire non tanto ad una diminuita incidenza dell'infezione da HIV, quanto piuttosto ad una maggiore efficacia delle nuove terapie antivirali.
I nuovi farmaci, infatti, hanno rallentato la progressione della malattia, riducendo sia il numero dei soggetti che evolvono in fase conclamata sia il numero dei decessi. La conseguenza principale di questa evoluzione è l'aumento del numero delle persone che vivono con la malattia (casi prevalenti) e che costituiscono un potenziale serbatoio per la riattivazione dell'epidemia (**Figura 1**).
Nel periodo 1982-2003 sono stati notificati al COA (Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità) 52.836 casi cumulativi di AIDS. Di questi, 41.056 (77,7%) sono di sesso maschile, 733 (1,4%) in età pediatrica (<13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio e 3.179 (6,0%) sono stranieri. I pazienti deceduti, al 31 dicembre 2003, sono 33.774 (64,3%). La non obbligatorietà della notifica del decesso per AIDS fa sì che la mortalità per AIDS sia sottostimata, anche se un'indagine nazionale svolta nel 2001 ha mostrato che la sottostima è inferiore al 10%.

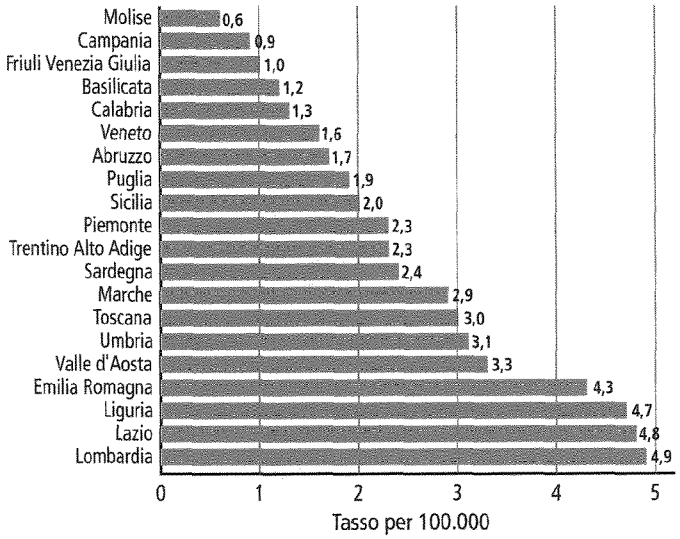
2.2.3 Analisi quantitativa

L'incidenza dei casi di AIDS rispetto agli altri Paesi europei pone l'Italia, con il 30,6 per un milione di abitanti, in una fascia di incidenza alta, dopo Portogallo (81,3 per un milione di abitanti), Spagna (33,2 per un milione di abitanti) e Svizzera (31,0 per un milione di abitanti).
L'incidenza dei casi di AIDS riporta ampie variazioni geografiche nell'ambito del territorio nazionale. Le regioni del Centro-Nord (Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio) risultano mediamente più colpite. Nel Sud, al contrario, anche regioni urbanizzate come la Campania presentano tassi di incidenza di AIDS relativamente bassi (**Figura 2**).
L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, è di 34 anni per i maschi e di 32 anni per le femmine.
La distribuzione dei casi adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione evidenzia che sono mutate le caratteristiche delle persone colpite, con un minore peso della tossicodipendenza ed una decisa preponderanza della trasmissione sessuale. La proporzione dei casi attribuibili alla tossicodipendenza è diminuita dal 66,7% prima del 1994 al 34,3% nel 2004, mentre i contatti eterosessuali sono passati nello stesso periodo dall'11,8% al 39,6% (**Figura 3**).
La percentuale delle persone che ha scoperto di essere HIV-positiva al momento o poco prima della diagnosi di AIDS è aumentata dal 20,6% nel 1996 al 52,2% nel 2003. Se si considera la categoria di esposizione specifica, tale propor-



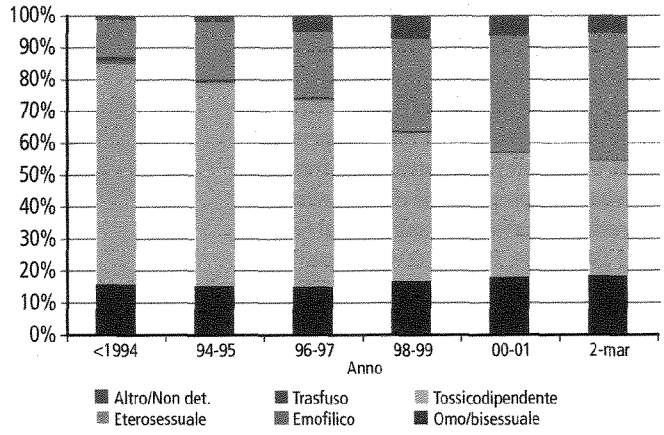
Fonte: Registro Nazionale AIDS

Figura 1 Casi di AIDS, decessi AIDS correlati e casi di AIDS viventi, per anno.



Fonte: Registro Nazionale AIDS

Figura 2 Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 ab.) - Anno 2003.



Fonte: Registro Nazionale AIDS

Figura 3 Distribuzione percentuale dei casi di AIDS, per categoria di esposizione e anno.

zione raggiunge il 62,9% tra le persone che si sono contagiate attraverso i rapporti eterosessuali ed il 56,7% tra gli omo/bisessuali. Questo dato è particolarmente inquietante in quanto suggerisce che una parte rilevante di persone infette ignora per molti anni la propria HIV-positività, fino alla comparsa dei sintomi dell'AIDS conclamato, aumentando quindi la probabilità di diffondere l'infezione attraverso comportamenti a rischio.

Altro fenomeno emergente è l'aumento nel tempo della proporzione di cittadini stranieri tra i casi notificati che passa dal 4,5% nel 1994-95 al 14,4% nel 2002-03.

Per quanto riguarda le nuove diagnosi di HIV, purtroppo, in Italia non esiste un sistema di sorveglianza a livello nazionale. Attualmente 3 Regioni (Lazio, Veneto, Friuli Venezia Giulia) e 2 Province (Trento e Modena) raccolgono dati sulle persone che risultano HIV-positive per la prima volta; questi sistemi di sorveglianza sono attivi dagli anni 80, mentre altri due sistemi regionali (Piemonte e Liguria) sono stati attivati più di recente. I dati che riportiamo di seguito derivano dalle segnalazioni di nuove diagnosi di HIV riportate da Lazio, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Trento e Modena, che non rappresentano certamente tutti i casi di nuove infezioni da HIV, ma che possono comunque fornire un'utile indicazione sulla diffusione dell'HIV nel nostro Paese: la popolazione residente in queste aree costituisce il 21,4% della popolazione italiana totale. Nel periodo 1988-2003 sono state riportate in queste Regioni/Province 32.653 nuove diagnosi di infezione da HIV (23.028 maschi e 9.625 femmine).

Similmente a quanto sopra riportato relativamente ai casi di AIDS, anche tra le nuove diagnosi di infezione da HIV si osserva un aumento dell'età mediana al momento della diagnosi (da 25 anni nel 1985 a 35 anni nel 2003), nonché un cambiamento analogo delle categorie di trasmissione: la quota di tossicodipendenti è diminuita dal 49,0% nel 1992 al 15,3% nel 2002, mentre la trasmissione sessuale (eterosessuale e omosessuale) nello stesso periodo è aumentata dal 35,0% al 65,6%.

L'estrapolazione dei dati relativi alle nuove diagnosi di infezione da HIV a livello nazionale permette di formulare alcune stime sulle dimensioni del fenomeno. In base a queste, si verificherebbero in Italia circa 3.500 nuovi casi di infezione ogni anno, ed il numero di persone sieropositive viventi si aggirerebbe intorno alle 100.000-130.000 unità.

2.2.4 Valutazione critica

La progressiva diminuzione dei nuovi casi di AIDS, osservata a partire dalla metà del 1996, si è ormai fermata e negli ultimi anni osserviamo una stabilizzazione del numero delle nuove diagnosi: questo andamento potrebbe preludere ad una possibile riattivazione dell'epidemia se le persone che attualmente vivono con l'infezione non adottano adeguate misure preventive. Si rendono urgenti nuove forme di informazione che abbiano come obiettivo primario le persone che possono acqui-

sire l'infezione attraverso i rapporti sessuali, con lo scopo di diffondere una maggiore consapevolezza del rischio attuale di contagio e per favorire la prevenzione primaria e secondaria.
Dal punto di vista assistenziale, grazie alle nuove terapie antivirali, stanno diminuendo i ricoveri per AIDS, mentre aumentano i pazienti HIV-positivi o con AIDS che si rivolgono ai servizi ambulatoriali e di day-hospital. Questo si traduce in un diverso approccio al paziente con infezione da HIV che presenta una qualità di vita molto migliore, mentre si aprono nuove problematiche nel campo della prevenzione dell'infezione.

2.2.5 Riferimenti normativi – Strumenti organizzativi e tecnologici

La Legge 135 del 1990, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'8 giugno 1990, n. 135, costituisce la normativa di base per l'infezione da HIV/AIDS. Altre norme collegate sono raccolte e pubblicate nel *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'alcolismo*, numero speciale AIDS XXI 1998 n.4 e XXIII 2000 n. 2, pubblicate dall'UNICRI e dal Ministero della Sanità.

2.2.6 Indicazioni per la programmazione

Tra la fine degli anni 80 e la metà degli anni 90 sono state organizzate in Italia varie campagne informative sull'AIDS, diffuse attraverso diversi mezzi di comunicazione. Dalla fine degli anni 90 invece si assiste ad un silenzio informativo che si riflette sui dati relativi alle nuove infezioni da HIV che suggeriscono negli ultimi anni una ripresa dell'epidemia nel nostro Paese.
Accanto, quindi, alle strutture di prevenzione ed assistenza incentrate sui reparti di malattie infettive e sui servizi che effettuano il test sierologico per l'HIV, si rende sicuramente necessaria l'implementazione di sistemi di sorveglianza per l'infezione da HIV in tutte le regioni, in modo da raccogliere informazioni attendibili e attuali che consentano di programmare oggi delle campagne informative mirate alle popolazioni a rischio non solo di acquisire ma anche di trasmettere l'infezione.

Bibliografia essenziale

1. COA, Aggiornamento dei casi di AIDS in Italia. Dicembre 2003 in Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, vol 17, n.4, suppl.1, 2004.
2. Suligoi B, et al. Epidemiologia dell'infezione da HIV in Italia, Epidemiologia e prevenzione, 27 (2) 2003.
3. Suligoi B, Pezzotti P, Boros S, Urciuoli R, Rezza G and the HIV Study Group. The epidemiological changes of AIDS and HIV infection in Italy. Scand J Infect Dis 2003, 35 (suppl. 106):12-16.
4. Suligoi B, Magliochetti N, Nicoletti G, Pezzotti P, Rezza G. Trends in HIV prevalence among drug users attending public drug-treatment centres in Italy; 1990-2000. J Med Virol 2004, 73:1-6.
5. UNICRI e Ministero della Sanità *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'alcolismo*. Numero speciale AIDS XXI 1998 n.4.
6. UNICRI e Ministero della Sanità *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'alcolismo*. Numero speciale AIDS XIII 2000 n. 2.

2.3 Malattie a trasmissione alimentare

2.3.1 Introduzione

La sicurezza alimentare è divenuta, recentemente, uno dei punti di maggiore interesse della sanità pubblica a causa dei mutati sistemi di approvvigionamento degli alimenti (catene alimentari molto più lunghe che in passato), alla dinamica della popolazione esposta a malattie trasmissibili con gli alimenti (aumento di soggetti in condizioni critiche, di immunodepressione e maggiore suscettibilità), alla modifica dei comportamenti sociali (maggiore ricorso alla ristorazione collettiva), alle mutate condizioni ambientali (modifiche di nicchie ecologiche).

Le malattie trasmesse da alimenti, che costituiscono pertanto un problema universale, sono di difficile valutazione epidemiologica, anche perché una grande parte di episodi non arriva neanche all'attenzione del medico o non viene segnalata.

2.3.2 Presentazione dati

La sorveglianza routinaria dei casi sporadici di malattie infettive non permette di evidenziare, per quelle malattie potenzialmente trasmesse anche da alimenti (ad esempio salmonellosi, epatite A

Tabella 1 **Focolai epidemici di infezione, tossinfezione, intossicazione di origine alimentare, 1991-2002 Distribuzione percentuale per agente eziologico e veicolo di trasmissione**

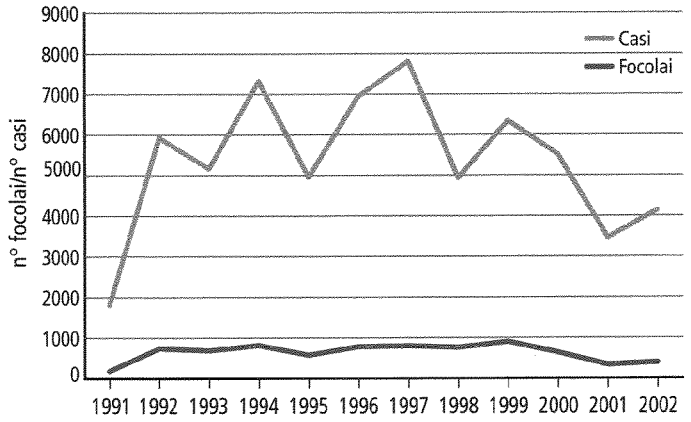
Agente eziologico	Uova e alimenti a base di uova	Insaccati	Carni	Prodotti ittici	Latte e derivati	Orto-frutticoli	Cibi in scatola	Altri cibi	Acqua	Non noto	TOTALE
BATTERI											
B. cereus	0,08%		–	0,04%	–	0,04%	–				0,21%
Brucella		–	–	0,08%	–	0,42%	–	–	–	0,17%	0,68%
Campylobacter	0,04%	–	–	–	–	–	–	–	–	0,08%	0,13%
C. difficilis		–	–	–	–	–	–	–	–	0,08%	0,08%
C. perfringens	0,08%	–	0,38%	0,08%	–	–	–	–	–	0,13%	0,68%
E. coli	0,04%		0,04%	–	–	–	–	0,04%	0,13%	0,04%	0,30%
Salmonella	43,72%	0,85%	3,22%	1,74%	0,97%	0,21%	0,13%	2,29%	0,38%	40,75%	94,24%
Shigella		–	–	–	–	–	–	–	0,04%	–	0,04%
Stafilococco	0,34%	–	0,25%	0,04%	0,47%	0,08%	–	0,30%	0,04%	0,85%	2,37%
VIRUS											
Virus epatite A	–	–	–	0,08%	0,04%	–	–	0,21%	0,04%	0,89%	1,27%
TOTALE	**44,31%**	**0,85%**	**3,98%**	**1,99%**	**1,90%**	**0,34%**	**0,13%**	**2,84%**	**0,63%**	**43,04%**	**100,00%**

Fonte: Ministero della Salute

Tabella 2 **Focolai epidemici di infezione, tossinfezione, intossicazione di origine alimentare, 1991-2002. Distribuzione percentuale per comunità di origine del focolaio**

Comunità	Focolai	Casi
Famiglia	70,91	32,39
Servizi di ristorazione collettiva	11,41	21,15
Mense scolastiche, aziendali ecc.	10,36	35,88
Esercizi commerciali	1,38	4,19
Altro	5,95	6,39
TOTALE	**100,00**	**100,00**

Fonte: Ministero della Salute



Fonte: Ministero della Salute

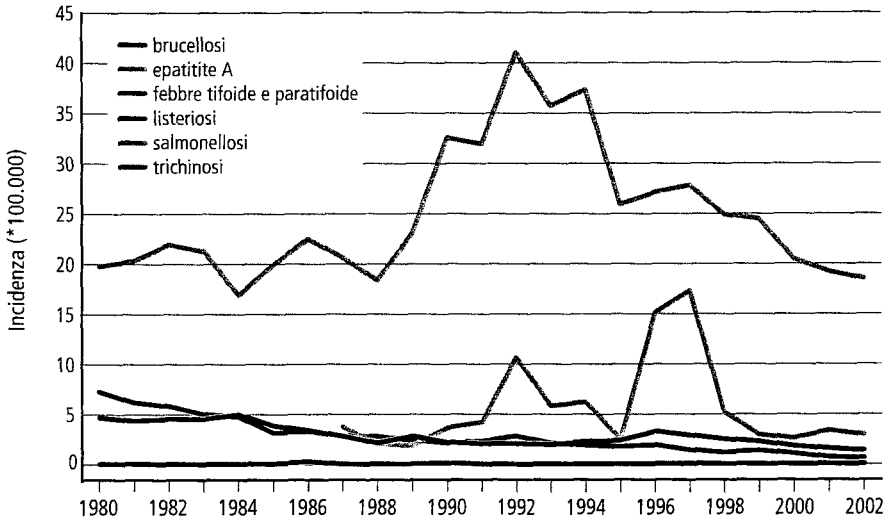
Figura 1 Focolai epidemici di malattie trasmesse da alimenti - Anni 1991-2002.

ecc.), il ruolo svolto da questi ultimi nel veicolare la malattia. Al contrario, la sorveglianza dei focolai epidemici di malattie trasmesse da alimenti, mentre permette di fornire una buona stima di distribuzione temporale, consente di stimare il ruolo sostenuto da diverse tipologie di alimenti nel veicolare gli agenti responsabili di malattia, nonché di valutare, anche tramite l'analisi della distribuzione per comunità di origine dell'epidemia, quanto lo stile di vita giochi nella genesi delle malattie trasmesse da alimenti.

Nelle **Tabelle 1** e **2** sono riportati i dati relativi alle notifiche pervenute al Ministero della Salute nel periodo 1991-2002. I valori riportati indicano la percentuale di focolai epidemici attribuibili all'alimento individuato ed all'agente contaminante. I totali evidenziano, rispettivamente, l'impatto della contaminazione degli alimenti ed il tipo di contaminante sul totale.

Nelle **Figure 1** e **2** viene evidenziato il trend temporale relativo ai focolai epidemici di malattie trasmesse da alimenti e quello relativo a casi sporadici di malattie trasmesse anche da alimenti.

Tra le malattie a trasmissione alimentare più rare ma molto gravi è da segnalare il botulismo, dovuto all'ingestione di tossina preformata contenuta in alimenti in cui le spore di *Clostridium botulinum* germinano in condizioni di anaerobiosi. L'Italia è il Paese dell'Unione Europea che da sempre segnala il maggior numero di casi di botulismo (in media, 40casi/anno nel periodo 1980-2002). Tuttavia, a partire dal 1996 in poi è innegabile una tendenza alla diminu-



Fonte: Ministero della Salute

Figura 2 Casi sporadici di malattie la cui trasmissione avviene anche per via alimentare - Anni 1980-2002.

zione del numero di intossicazioni botuliniche: i casi confermati sono stati 27 nel 2001 e 15 nel 2002. La maggior parte di questi casi si verificano nelle Regioni meridionali, verosimilmente a causa della tradizione di produrre e consumare conserve domestiche ancora presente in quelle Regioni.

2.3.3 Analisi quantitativa

L'incidenza di malattie a trasmissione alimentare registra negli ultimi anni cambiamenti notevoli. Si possono evidenziare, infatti, notevoli decrementi nella frequenza di alcune malattie "storiche" come la febbre tifoide e la brucellosi, legate ad inadeguate condizioni igieniche e/o ambientali ed a stili di vita rurali.

La febbre tifoide, una delle salmonellosi maggiori più conosciute, nel passato aveva la sua età di massima incidenza tra i 10 e i 14 anni. Pur in assenza di specifiche misure di controllo, la sua frequenza è diminuita progressivamente fino ai nostri giorni, attestandosi su valori inferiori ad 1 caso per 100.000 abitanti (0,62 nel 2002).

Tuttavia, in controtendenza con quelle tifoidee sono tutte le altre salmonellosi, che hanno fatto registrare, a partire dalla fine degli anni 80, un notevole incremento della loro frequenza, con picchi negli anni 1992-94 e, quindi, un successivo, graduale decremento. Gran parte di questo andamento è dovuto alla diffusione internazionale del sierotipo *Salmonella enteritidis*, veicolato da uova e pollame ed all'emergenza di nuovi ceppi patogeni che si sono rapidamente diffusi nel mondo. Nel 2002 la morbosità per salmonellosi non tifoidee è stata di 18,6 casi per 100.000.

Peraltro, i batteri del genere *Salmonella*, che rappresentano la maggior parte degli agenti identificati nell'eziologia dei casi di tossinfezione alimentare manifestatisi in forma epidemica, sono responsabili del 94,24% dei focolai nel periodo 1999-2002.

La mortalità per botulismo è diminuita anche grazie alla disponibilità di siero antibotulinico, farmaco che, se somministrato immediatamente dopo l'insorgenza dei sintomi di intossicazione, può avere effetti risolutivi.

L'epatite virale A è, tra le infezioni virali veicolate dagli alimenti, la più importante in Italia, e presenta un andamento caratterizzato da flessioni e ampi incrementi di dimensioni epidemiche. Nel 2001 sono stati registrati 1.937 casi di malattia per una morbosità pari a 2,95 per 100.000. Anche nel caso dell'epatite virale si osserva una netta tendenza, nell'ultimissimo periodo, al decremento del numero di casi notificati. L'ultimo "picco" riportato a livello nazionale si è verificato infatti tra il 1996 ed il 1997 con circa 9.000 casi di malattia ogni anno (tasso medio nazionale di 16 casi per 100.000 nel biennio), quasi totalmente attribuibile ad un'estesa epidemia che in Puglia si è protratta per i due anni, con tassi di incidenza regionali fino a 128 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

2.3.4 Valutazione critica

Se da un lato si registra un decremento nell'incidenza delle malattie a trasmissione alimentare, dall'altro i trend registrati e le proiezioni di lungo periodo non permettono di "abbassare la guardia". I dati a disposizione possono mostrare elementi interessanti.
Il confronto dei trend riportati nelle **Figure 1** e **2** permette di evidenziare una fase di flessione coincidente con l'anno 1995 ed un aumento, immediatamente dopo, dell'incidenza sia di epatite A che di salmonellosi.
La brusca diminuzione di incidenza è dovuta al cosiddetto "effetto di trascinamento"; nel 1994 in Puglia si è manifestato, infatti, un focolaio di colera che ha fatto registrare 12 casi autoctoni e che ha avuto un notevole impatto sull'opinione pubblica. L'intensificazione del sistema dei controlli adottato dalle autorità sanitarie ma, soprattutto, l'attenzione riservata dalla popolazione al problema, hanno fatto sì che diminuissero fortemente i casi di malattie trasmesse con modalità e tramite alimenti simili, vale a dire epatite A e salmonellosi.
A riprova del fatto che cultura alimentare e stile di vita condizionano fortemente la distribuzione delle malattie, si può evidenziare come proprio l'epatite A ha fatto registrare un picco tra il 1996 ed il 1997 per l'epidemia in Puglia che, finito l'effetto di trascinamento operato dal colera, si è protratta per due anni con i tassi di incidenza regionale sopra riportati. Per la stragrande maggioranza dei casi segnalati, l'acquisizione dell'infezione era correlata con il consumo di frutti di mare, alimento responsabile, peraltro, della maggior parte dei casi di colera del 1994. Le campagne di educazione sanitaria, ma anche interventi mirati di profilassi vaccinale, hanno contribuito alla riduzione dei livelli di endemia per epatite A in Puglia.

2.3.5 Riferimenti normativi

D.M. 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive".

Bibliografia essenziale

D.M. 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive", http://www.ministerosalute.it/promozione/malattie/bollettino.jsp

2.4 Infezioni correlate con l'assistenza sanitaria

2.4.1 Introduzione

Le infezioni correlate con l'assistenza sanitaria (ICAS) (già definite infezioni ospedaliere), per morbilità e mortalità, continuano ad avere un notevole impatto sulla salute dei pazienti assistiti nei vari contesti. Esse rappresentano infatti uno dei più comuni eventi avversi associati all'assistenza sanitaria. Secondo alcune stime, le ICAS occuperebbero il terzo posto dopo gli eventi avversi da somministrazione di farmaci e le complicanze postoperatorie. Il controllo di queste infezioni è pertanto una componente critica della sicurezza del paziente e della qualità assistenziale e rappresenta una sfida per le politiche sanitarie future.

2.4.2 Presentazione dei dati

In base a vari studi, è stato stimato che in Italia dal 5% all'8% dei pazienti ricoverati in Ospedale contragga un'ICAS; ciò significa che ogni anno si verificherebbero dalle 450.000 alle 700.000 ICAS, con una mortalità dell'1% (da 4.500 a 7.000 decessi) [1].
Questa stima è compatibile con alcune recenti indagini condotte in diverse aree territoriali.
Nel 2000 sono state effettuate parallelamente due ampie indagini di prevalenza: in Lombardia, con il coinvolgimento di 88 Ospedali pubblici e 18.667 pazienti, in Piemonte e Valle d'Aosta, con l'inclusione di 60 Ospedali pubblici e 9.467 pazienti. È stata rilevata una prevalenza di ICAS del 4,9% in Lombardia [2] e dell'8,6% in Piemonte e Valle d'Aosta [3]. Tra il 2002 e il 2004, nell'ambito del progetto INF-NOS 2, sono state condotte quattro indagini di prevalenza in 30 ospedali, con le seguenti stime di frequenza delle ICAS: 7,7% (pazienti sorvegliati: 3306); 7,0% (pazienti sorvegliati: 3402); 5,9% (pazienti sorvegliati: 3416); 7,5% (pazienti sorvegliati: 2901) [4]. In tutte e tre le indagini è stata riscontrata un'ampia variabilità tra gli Ospedali e le unità operative partecipanti, con