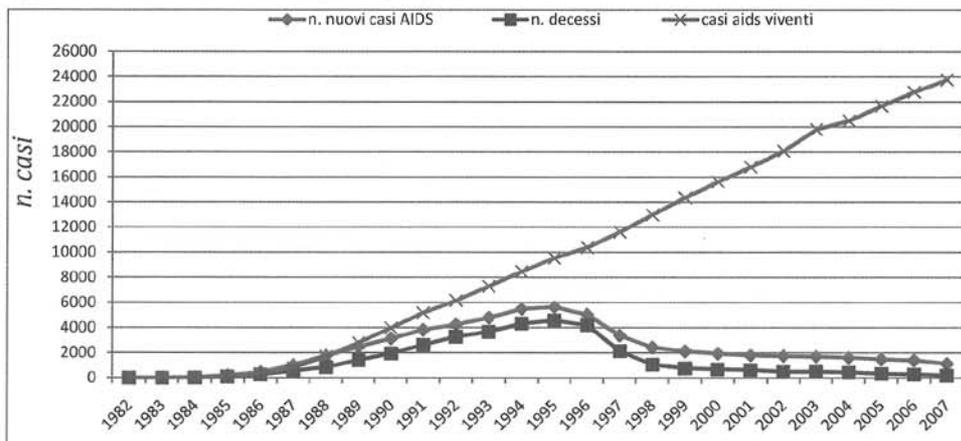
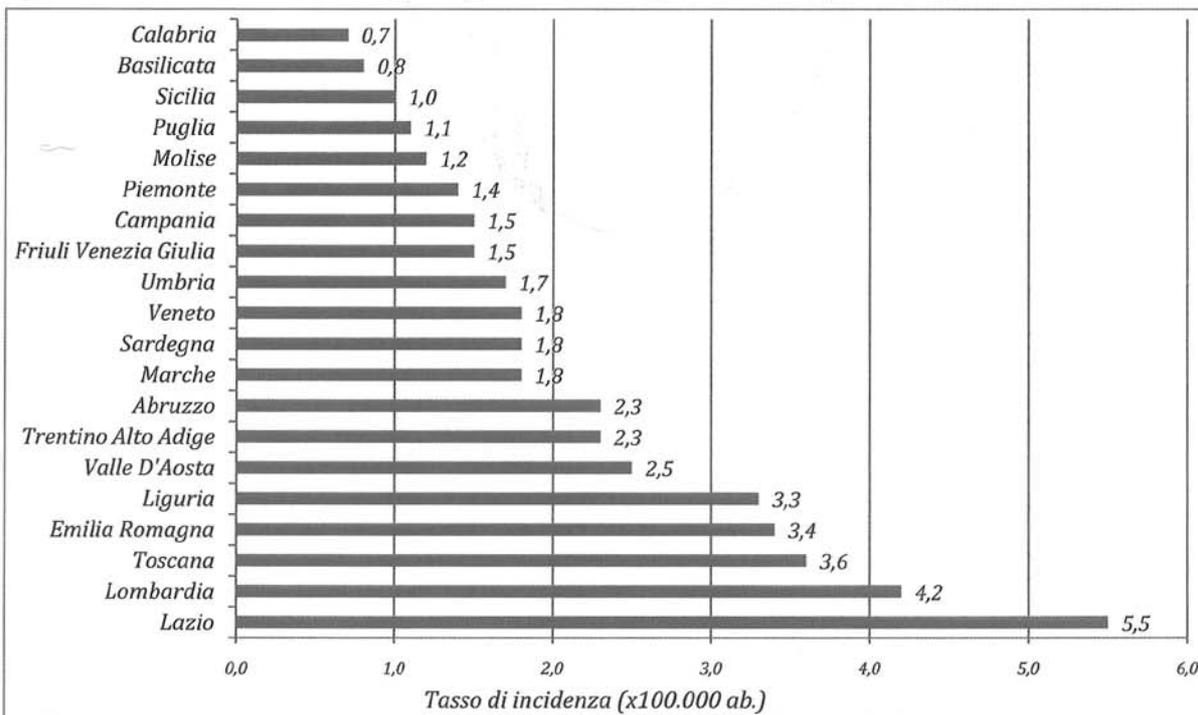


Figura 1 – Nuovi casi di AIDS, decessi AIDS correlati e casi di AIDS viventi – Anni 1982-2007



Fonte: COA/ISS.

Figura 2 – Tasso di incidenza di AIDS per Regione di residenza (per 100.000 ab.) – Anno 2007



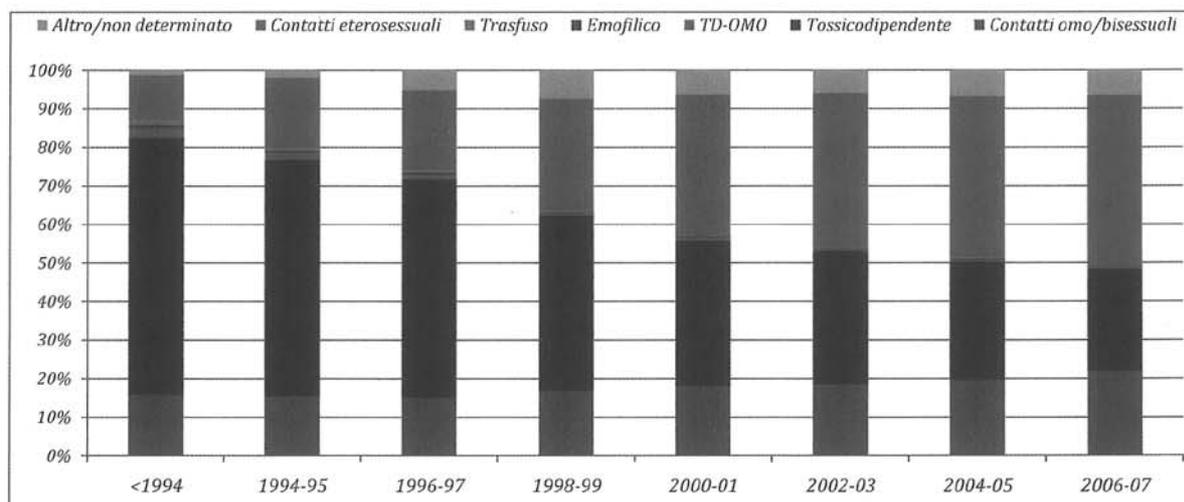
Fonte: COA/ISS.

notificati e dei relativi decessi è stata registrata a partire dal 1996 (Figura 1); tale diminuzione risulta correlata alla maggior efficacia delle nuove terapie antivirali; per l'anno 2007 sono stati notificati 1.567 nuovi casi di AIDS. Sempre nell'anno 2007, la distribuzione geografica dei casi per Regione presenta tassi di incidenza

mediamente meno elevati nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali e centrali (Figura 2).

Nel corso degli anni, si è verificato un costante aumento dell'età mediana dei casi di AIDS; nel 2007, essa è stata di 43 anni per i maschi e 40 anni per le femmine. In concomitanza si è osservato un aumento della proporzione dei

Figura 3 – Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per categoria di esposizione e per anno di diagnosi



Fonte: COA/ISS.

casi che hanno contratto l'infezione per contatto sessuale; i contatti eterosessuali costituivano l'11,8% dei casi notificati nel 1994, ed il 43,9% nel periodo 2006-2007 (Figura 3).

2.12.2 Infezione da HIV

Il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato un programma di "Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia"; il sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV è attivo in otto regioni.

Al fine di implementare, su tutto il territorio nazionale, un programma omogeneo di monitoraggio delle nuove infezioni da HIV, nel rispetto della normativa nazionale, in materia di privacy, è stato emanato il Decreto Ministeriale 31 marzo 2008 per l'Istituzione della Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia, i cui allegati tecnici sono stati condivisi da esperti, dalle Regioni e Province Autonome e dalla Consulta delle Associazioni di lotta contro l'AIDS.

Il programma di sorveglianza consentirà, al pari degli altri Paesi Europei,

di descrivere l'andamento temporale, le dimensioni e le caratteristiche dell'infezione da HIV nell'intero territorio nazionale. L'analisi dei dati consentirà di stimare la prevalenza dell'infezione da HIV ovvero il numero delle persone infette e monitorarne l'andamento, di studiare la diffusione dell'infezione in gruppi di popolazioni specifici e di utilizzare i dati quali indicatori dell'impatto di interventi preventivi, sia a livello nazionale che locale.

Sempre dai dati di sorveglianza forniti dal COA, si evince che il quadro epidemiologico dell'HIV/AIDS sta cambiando: si osserva una stabilizzazione dell'incidenza dei casi di AIDS a livelli inferiori al 50% rispetto al 1995, anno del picco, e delle nuove infezioni da HIV.

Si rileva un incremento del numero totale di persone viventi con infezione da HIV (totale stimato di 110.000-130.000 persone con infezione da HIV/AIDS al 2008, di cui il 30-35% donne e un numero stimato di nuove infezioni HIV per l'anno 2007 pari a 3500-4000).

Dal 1985 al 2006, il sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV è attivo nelle seguenti regioni: Lazio, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte,

Puglia, Veneto e nelle P.A. di Trento e di Bolzano; nella regione Emilia Romagna, il sistema è attivo nella provincia di Modena.

Complessivamente, nel periodo 1985-2006, sono stati riportati al predetto sistema di sorveglianza 37.220 nuove diagnosi di infezione da HIV (26.533 maschi e 10.970 femmine).

Dai dati elaborati dal COA, come per i casi notificati di AIDS, anche tra i casi di nuove infezioni da HIV si registra un aumento dell'età mediana alla diagnosi, che era di 38 anni nell'anno 2006. In concomitanza si osserva un aumento della proporzione dei nuovi casi di infezione da HIV che hanno contratto l'infezione per trasmissione sessuale (omo-eterosessuale) passando dal 7% nel 1985 al 55,2% nel 2006.

2.12.3 Malattie sessualmente trasmesse

In Europa, negli ultimi dieci anni, si è assistito ad un rapido aumento dell'incidenza delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) ad eziologia batterica; esso si è registrato soprattutto per infezioni ritenute ormai in via di eradicazione, come la sifilide e la gonorrea. I nuovi casi si sono verificati soprattutto tra giovani adulti, omosessuali maschi e residenti nei maggiori centri metropolitani d'Europa.

Anche in Italia, dal 2000 al 2006, si è registrato un significativo aumento delle diagnosi di sifilide e in misura minore di quelle di gonorrea.

In particolare, dalle notifiche di malattie infettive pervenute nel periodo dal 2000 al 2006, si evidenzia una variazione percentuale dell'incidenza della sifilide pari a circa il 146% nella classe di età 15-24 anni e del 199% nella classe di età 25-64 anni. Per lo stesso periodo, si osserva una variazione percentuale dell'incidenza della gonorrea pari a circa il 101% nella classe di età 15-24 e del 26% nella classe di età 25-64.

Al pari di altri Paesi Europei, anche in Italia il maggior numero delle notifiche è a carico del genere maschile: nel 2006, il 90% dei casi di gonorrea e l'80% delle notifiche di sifilide.

L'aumento delle infezioni è stato attribuito soprattutto a cambiamenti dei comportamenti a rischio delle popolazioni suscettibili, come un sempre maggior ricorso a pratiche sessuali a rischio e a un sempre minor uso del profilattico tra gli individui a più elevata frequenza di rapporti occasionali.

Questo aumento dell'incidenza di alcune malattie a trasmissione sessuale, registrato in tutti i paesi Europei, in concomitanza con un aumento dei casi di infezione HIV a trasmissione eterosessuale in età adulta, ha suggerito la necessità di costituire una vera e propria task-force europea per il monitoraggio delle predette malattie e la redazione di linee guida finalizzate a uniformare il sistema di sorveglianza e controllo delle stesse, anche attraverso omogenei interventi di prevenzione.

2.12.4 Indicazioni per la programmazione

La normativa di base per la prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS è rappresentata dalla Legge 135/90, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'8 giugno 1990.

La legge definiva gli interventi di programmazione sanitaria per garantire la migliore assistenza ai pazienti affetti da infezione da HIV e AIDS, attraverso l'adeguamento strutturale delle Unità Operative di Malattie Infettive, la formazione del personale sanitario, la lotta allo stigma sociale mediante campagne di sensibilizzazione pubblica.

Nell'ambito della prevenzione, sarà necessario continuare a promuovere gli interventi definiti in accordo con le autorità europee e dalla risoluzione del Parlamento Europeo del novembre 2008.

In modo particolare, sarà necessario favorire la diagnosi precoce, garantire l'accesso al test, il tempestivo trattamento terapeutico, rafforzare le campagne informative e di educazione sulla prevenzione dell'infezione HIV/AIDS.

Per quanto concerne le principali malattie sessualmente trasmesse, la loro prevenzione rappresenta oggi uno degli obiettivi di salute pubblica a più alta priorità anche nel mondo occidentale.

Sarà necessario un aggiornamento delle strategie preventive, che fino ad oggi sono state a disposizione dei clinici e degli operatori di sanità pubblica in questa area delle malattie infettive, attraverso l'adeguamento dei contenuti preventivi, dei linguaggi e degli strumenti di diffusione dell'informazione e dell'educazione che consenta un miglioramento dell'efficacia degli interventi e un più rapido raggiungimento degli obiettivi preventivi.

In Italia, ai fini della corretta e omogenea sorveglianza epidemiologica delle

MST, a breve sarà aggiornato il decreto ministeriale di notifica delle malattie infettive che ricomprenderà, tra le altre, anche la notifica dei casi di infezione da Clamydia e di epatite C. La notifica avverrà secondo le definizioni di caso e i criteri di diagnosi indicate dalla Decisione della Commissione Europea del 28 aprile 2008, che pone particolare attenzione alla sorveglianza basata sulla diagnosi di laboratorio.

Bibliografia essenziale

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2008, European Centre for Disease Prevention and Control.

Bollettino Epidemiologico Nazionale, Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali 2000-2006.

COA (Centro Operativo Aids), Aggiornamento dei casi di AIDS in Italia. Dicembre 2007.

Suligo B, et al. Epidemiologia dell'infezione da HIV in Italia. *Epidemiologia e prevenzione*, 27 (2) 2003.

Suligo B, Pezzotti P, Boros S, et al. The epidemiological changes of AIDS and HIV infection in Italy. *Scand J Infect Dis* 2003, 35 (suppl. 106):12-16.

2.13 Malattie professionali

2.13.1 Introduzione

La vigente normativa nazionale prevede l'obbligo di denuncia all'INAIL delle malattie professionali comprese nella tabella allegata al decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 9 aprile 2008, ed anche delle malattie (c.d. non tabellate) delle quali sia comunque possibile provare l'origine lavorativa da parte del lavoratore che ne chiede il riconoscimento.

Vige inoltre l'obbligo per tutti i sanitari, che facciano diagnosi di malattie comprese negli elenchi di probabile/possibile origine lavorativa annessi al Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 14 gennaio 2008, di segnalarle a fini statistico-

epidemiologici, per l'inserimento nel registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate, istituito presso l'INAIL.

Pur in presenza di tali obblighi di legge, i dati relativi al fenomeno delle malattie professionali restano in Italia fortemente sottostimati, risultando pesantemente e negativamente condizionati dall'attuale sistema di rilevazione.

La raccomandazione della Commissione Europea 2003/670/CE ha evidenziato la sottostima sia delle denunce e sia dei riconoscimenti delle malattie professionali che si registra in ambito europeo. Nel nostro Paese la sottostima delle denunce si affianca ad una significativa limitazione di riconoscimenti/indennizzi, rispetto alle denunce pre-

sentate (nel 2007 su 28.497 denunce ne sono state indennizzate 4.112, pari a meno del 15% del totale), anche se occorre tener conto che l'eziologia multifattoriale delle diverse malattie rende particolarmente difficoltoso e complesso l'accertamento del nesso di causa/concausa lavorativa.

A tale elemento si deve aggiungere la complessità delle disposizioni legislative, ed anche una generale scarsa sensibilizzazione dei medici alla problematica delle malattie correlate al lavoro, elementi tutti che negativamente condizionano l'emersione del fenomeno delle "malattie professionali perdute".

2.13.2 Rappresentazione dei dati

Dai dati rilevabili nell'ultimo rapporto annuale dall'INAIL (Tabella 1), risultano pervenute all'Istituto, alla data del 30/04/2008, 28.497 denunce di malattie professionali manifestatesi nel 2007, con un aumento rispetto all'anno precedente pari al 7%, a fronte di un aumento del numero degli occupati dell'1%.

La maggior parte delle denunce (circa il 93%), risulta concentrato nel settore dell'Industria e Servizi, che ha fatto registrare, nel 2007, rispetto al precedente anno, un incremento del 6,4% e un incremento complessivo pari al 10,7% nell'ultimo quinquennio.

I dati dimostrano nel settore dell'Agricoltura un aumento del 14%, per il 2007 rispetto al 2006, con un incre-

mento nel quinquennio del 51,2%; per il settore dei dipendenti dello Stato, nel 2007, è stato registrato un incremento di denunce pari al 22,6%.

Le denunce di malattie professionali continuano a riguardare in maniera preponderante i lavoratori di sesso maschile, con un indice di denuncia ogni mille lavoratori nel settore Industria e Servizi di 1,51 per gli uomini e di 0,72 per le donne, mentre in Agricoltura il rapporto percentuale vede un indice di denuncia ogni mille lavoratori di 2,09 per le donne e di 1,6 per i maschi. In numeri assoluti, le denunce nel 2007 hanno riguardato 20.200 lavoratori e 6.400 lavoratrici nel settore Industria e Servizi, 1.065 lavoratori e 586 lavoratrici in Agricoltura.

Nel 2007 risulta confermato il continuo aumento delle denunce riguardanti le "malattie non tabellate", che hanno raggiunto la media dell'84% delle denunce pervenute per tutti i settori.

Tra le malattie denunciate permane al primo posto l'ipoacusia, anche se risulta confermato il trend in diminuzione (si è passati dal 29% del 2003 al 23% registrato nel 2007); tra le patologie "emergenti" è da registrare il notevole incremento delle tendiniti, che dal 2003 al 2007 hanno mostrato una crescita di circa il 131%, e delle patologie muscolo-scheletriche, che hanno visto un incremento del 180% per patologie dei dischi intervertebrali e del 113% per artrosi. Le malattie respiratorie hanno fatto registrare un aumento dell'8% (Tabelle 2 e 3).

Tabella 1 – Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2003-2007 e denunciate all'INAIL per gestione e anno

Gestione	2003	2004	2005	2006	2007
Agricoltura	1.080	1.078	1.315	1.433	1.633
Industria e Servizi	23.911	25.123	24.995	24.881	26.473
Dipendenti Conto Stato	229	283	318	319	391
Totale	25.220	26.484	26.628	26.633	28.497

FONTE: Rapporto INAIL, 2007.

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2 – Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2003-2007 e denunciate all'INAIL per tipo di malattia e anno-agricoltura

Malattie professionali o sostanze che le causano	2003	2004	2005	2006	2007
01-anchilostomiasi	-	-	-	-	-
02-arsenico	1	-	-	-	2
03-mercurio	-	-	-	-	-
04-solfuro di carbonio	-	-	-	-	-
05-fosforo	-	2	1	1	1
06-idrocarburi alifatici	-	-	-	-	-
07-benzolo, fenoli	-	-	-	1	-
08-rame	-	-	-	3	1
09-acido carbammico	4	2	3	1	-
10-bario, calcio, sodio	-	-	-	-	-
11-stagno	-	-	-	-	-
12-arilsolfoni	-	-	-	-	-
13-fenossiderivati	1	-	-	-	-
14-acido ftalico	-	-	-	-	-
15-diazine e triazine	-	-	-	-	-
16-dipiridile	1	-	-	-	-
18-ammoniaca	1	-	-	1	-
20-chinoni	-	-	-	-	-
21-zolfo, an.solforosa	-	1	-	1	1
22-amminici, ammidici	2	-	-	-	-
23-malattie cutanee	3	3	1	2	1
24-asma bronchiale	53	51	47	34	32
25-alveoliti allergiche	23	14	14	21	17
26-ipoacusia e sordità	54	44	45	31	34
27-mal.osteoarticolari	16	18	16	11	17
Totale malattie tabellate	159	135	127	107	106
99-malattie non tabellate	881	925	1.168	1.295	1.409
di cui:					
- affezioni dei dischi intervertebrali	64	90	142	156	275
- tendiniti	104	119	213	227	270
- ipoacusia	180	197	227	259	237
- artrosi	38	80	94	128	158
- sindrome del tunnel carpale	80	78	116	131	98
- malattie dell'apparato respiratorio	65	89	95	101	94
- altre neuropatie periferiche	45	59	77	115	83
- tumori	15	15	38	21	26
- dermatite da contatto	14	18	13	21	17
Indeterminata	40	18	20	31	118
In complesso	1.080	1.078	1.315	1.433	1.633

FONTE: Rapporto INAIL, 2007.

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 3 – Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2003-2007 e denunciate all'INAIL per tipo di malattia e anno-industria e servizi

Malattie professionali o sostanze che le causano	2003	2004	2005	2006	2007
01-piombo	45	32	26	17	7
02-mercurio	2	1	2	2	1
03-fosforo	4	1	-	-	-
04-arsenico	1	1	7	16	3
05-cromo	64	58	36	39	44
06-berillio	2	1	1	1	1
07-cadmio	3	3	1	-	1
08-vanadio	2	2	-	-	-
09-nichel	64	59	68	37	42
10-manganese	2	3	1	2	4
11-bromo, cloro, fluoro	14	8	7	6	4
12-acido nitrico, azoto	48	22	23	18	12
13-anidride solforosa	5	1	-	6	2
14-tallio	-	2	-	1	-
15-antimonio	-	-	3	-	-
16-osmio	1	-	1	-	-
17-selenio	1	-	1	-	-
18-rame	1	-	2	2	1
19-stagno	1	-	-	-	1
20-zinco	3	1	2	1	3
21-acido carbammico	6	3	4	4	1
22-solfuri di bario	-	1	1	-	-
23-ozono, ozonuri	3	1	2	-	1
24-acido cianidrico	15	12	16	10	19
25-alcoli, glicoli	4	3	7	8	7
26-ossido di carbonio	18	24	20	18	24
27-cloruro di carbonile	-	-	-	-	-
28-solfuro di carbonio	-	-	-	-	1
29-idrocarburi alifatici	9	13	7	3	2
30-idrocarburi aromatici	41	33	27	32	38
31-nitrod.idrocarb.alifatici	-	2	-	-	1
32-chinoni e derivati	1	1	-	-	-
33-fenoli, tiofenoli	2	-	-	1	2
34-amine alifatiche	100	74	96	66	70
35-derivati alogenati	6	5	3	5	4
36-cloruro di vinile	11	14	15	9	7
37-chetoni e derivati	1	2	5	-	6
38-eteri ed epossidi	4	5	7	4	7
39-aldeidi, acidi organ.	23	21	14	10	5
40-asma bronchiale	173	190	148	111	106
41-alveoliti allergiche	13	12	13	7	7
42-malattie cutanee	645	574	453	330	285
43-pneumoc. da silicati	115	86	78	85	89

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tabella 3 – Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2003-2007 e denunciate all'INAIL per tipo di malattia e anno-industria e servizi

Malattie professionali o sostanze che le causano	2003	2004	2005	2006	2007
44-pneumoc.da calcari	17	15	11	7	13
45-pneumoc.da alluminio	13	4	9	4	8
46-pneumoc.e proc.fibrosanti	6	7	8	4	5
47-siderosi	6	4	2	5	5
48-bissinosi	3	-	4	4	1
49-bronchite cronica	70	45	51	50	22
50-ipoacusia e sordità	2.373	1.952	1.333	1.260	1.033
51-radiazioni ionizzanti	58	60	64	52	77
52-malat.osteoarticolari	235	203	180	208	221
53-malat. da lavori subacquei	1	3	-	1	1
54-catarat.da raggianti	14	14	8	20	11
55-anchilostomiasi	-	-	-	1	-
56-neoplasie da asbesto	687	720	784	846	721
57-neoplasie polv. legno	27	24	21	27	24
58-neoplasie polv. cuoio	10	11	16	15	11
90-silicosi	407	358	311	321	247
91-asbestosi	510	547	608	549	581
totale malattie tabellate	5.890	5.238	4.507	4.225	3.789
99-malattie non tabellate	17.078	19.277	19.843	19.763	19.454
di cui:					
- ipoacusia	4.413	5.233	5.330	4.788	4.488
- tendiniti	1.371	1.835	2.346	2.763	3.119
- malattie dell'apparato respiratorio	1.664	1.568	1.800	1.582	1.461
- affezioni dei dischi intervertebrali	986	1.514	2.069	2.572	2.668
- sindrome del tunnel carpale	857	1.217	1.397	1.558	1.287
- artrosi	749	1.165	1.389	1.419	1.510
- tumori	616	710	922	861	839
- altre neuropatie periferiche	469	561	736	841	822
Indeterminata	943	608	645	893	3.230
in complesso	23.911	25.123	24.995	24.881	26.473

FONTE: Rapporto INAIL, 2007.

Per le patologie tumorali, nel 2005 e 2006, le denunce hanno superato i 1.900 casi; relativamente all'anno 2007, la rilevazione effettuata alla data dell'aprile 2008 evidenzia 1.700 casi, di cui circa la metà risulta costituita da neoplasie da asbesto (anche se l'incidenza di tale patologia appare ridotta nel quinquennio), seguite, con una particolare consistenza numerica,

dai tumori di trachea, pleura e laringe e da mielomi multipli; per i tumori vescicali si è passati dai 79 casi registrati nel 2003 ai 200 del 2007.

Le percentuali di riconoscimento al 31/10/2008 mostrano che, nel settore Industria e Servizi, a fronte delle circa 6.400 denunce presentate di malattie professionali riguardanti lavoratrici, di cui 5.800 definite, sono stati ricono-

sciuti 1.288 indennizzati (1.144 per malattia non tabellata), mentre per il sesso maschile, su circa 20.200 denunce presentate, di cui definite 18.000, gli indennizzi assommano complessivamente a 3.752 (2.332 per malattia non tabellata).

Per disporre di una visione maggiormente ampia sul fenomeno delle malattie professionali, svincolata dalle finalità di tutela assicurativa che si riflettono sui dati raccolti dall'INAIL, è stato avviato, nel 2007, dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, attraverso una convenzione con l'ISPESL, il progetto MALPROF, che per analizzare il nesso causale tra patologia e attività lavorativa prevede la raccolta e la registrazione di tutte le malattie segnalate come correlate al lavoro da parte dei Servizi di prevenzione delle ASL.

I primi dati relativi alle denunce raccolte dai Servizi territoriali di Lombardia e Toscana hanno mostrato come, con l'entrata a regime del sistema e con il forte impegno degli operatori, le segnalazioni di sospette malattie professionali hanno fatto registrare un notevole incremento.

L'analisi dei casi di malattia professionale segnalati alle ASL (periodo 2000-2006) mostra, dopo l'analisi con la metodica prevista da MALPROF, la conferma della correlazione con il lavoro nel 75,1% dei casi in Lombardia e nel 67,8% in Toscana; i dati INAIL, derivanti da criteri di tipo assicurativo, relativi alle denunce dal 2005 al 30.04.2008, mostrano, in Industria e Servizi, un riconoscimento dell'origine lavorativa in Lombardia pari al 34,2% dei casi ed in Toscana pari al 33,7%, ricomprendendo anche i casi che non hanno dato luogo ad indennizzo, essendo stato riconosciuto un grado di invalidità inferiore al 6% non comportante indennizzo.

I dati raccolti riferiti a disturbi psichici da costrittività organizzativa ed alle malattie stress correlate, mostrano una percentuale dell'11,6% di riconoscimento INAIL rispetto ai casi denun-

ciati, mentre la percentuale di inquadramento come origine professionale per i Servizi territoriali di Lombardia e Toscana è risultata essere pari al 64,1% dei casi segnalati.

Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (Re.Na.M.), istituito presso l'ISPESL3, al quale fanno capo i Centri Operativi Regionali (COR), attivi in 18 Regioni, che coprono l'80% della popolazione residente e il 91% dei mesoteliomi che possono essere teoricamente stimati, ha registrato 9.166 casi di mesotelioma dal 1993 al 2004. Le analisi dei dati relativi agli ambiti lavorativi mostrano al primo posto, come fattore di rischio espositivo professionale, l'edilizia (15% del totale della casistica), seguita da: cantieristica navale (11,3%), industria pesante (7%), tessile (6,5%), attività di fabbricazione di prodotti in metallo (5,5%), industria del cemento-amianto (4,8%), metallurgia (4,1%), industria rotabili ferroviari (4%) e settore della difesa militare (4%).

Per l'identificazione dell'origine lavorativa di tumori a bassa frazione eziologica e ad elevata diffusione nella popolazione generale, quali i tumori del polmone o della vescica, è stato attivato dall'ISPESL un sistema di sorveglianza epidemiologica (OC.CA.M. - Occupational Cancer Monitoring) che prevede, attraverso il linkage fra i Registri Tumori di Popolazione e l'INPS, la ricostruzione delle storie lavorative dei soggetti esaminati. I primi risultati evidenzerebbero eccessi di rischio in numerosi settori produttivi, in particolare per i tumori del polmone e della vescica.

2.13.3 Esposizione e valutazione critica dei dati

Relativamente alla distribuzione geografica, i dati INAIL relativi alle denunce nell'anno 2007 mostrano che l'Emilia Romagna è la regione con il più alto numero di denunce di malattie

professionali, sia per l'Agricoltura che per l'Industria e Servizi, seguita da Marche e Abruzzo per l'Agricoltura e da Lombardia e Toscana per l'Industria e Servizi. La distribuzione per macroaree, per incidenza di malattie professionali, vede al primo posto il Centro per l'Agricoltura, mentre per l'Industria ed i Servizi la macroarea interessata dal maggior numero di denunce risulta essere il Nord-Est.

Relativamente alla differente incidenza di malattie tra lavoratori e lavoratrici nell'Industria e Servizi, i dati del quinquennio 2003-2007 mostrano che, sebbene si sia registrato un aumento delle malattie in entrambi i sessi, per le femmine l'incremento è risultato particolarmente rilevante, raggiungendo il 42.3% a fronte del 4% registrato per i maschi. Per l'Agricoltura, le denunce di malattie professionali sono significativamente aumentate sia nel sesso maschile (+46,1%) sia in quello femminile (+56,7%).

Per i tumori professionali, la stima formulata da Doll e Peto negli anni '80, per i Paesi industrializzati prevede che una quota non inferiore al 4% di tutti i decessi per tumore sia attribuibile ad esposizione professionale; nel nostro Paese il numero delle denunce di neoplasie professionali, ricavabili dai dati INAIL, risulta essere ben lontano da tale percentuale stimata.

In considerazione del recente aggiornamento delle malattie tabellate, introdotto dal DM 9 aprile 2008, che ha visto un consistente allargamento delle voci, con l'inserimento delle malattie più frequentemente denunciate negli anni precedenti come "non tabellate", a parte l'ulteriore novità rappresentata dalla individuazione della singola voce di malattia con relativo codice ICD-10, si è indotti ragionevolmente a prevedere per il futuro un'inversione rispetto alla situazione attuale, che vede prevalere numericamente le malattie "non tabellate"

rispetto alle malattie "tabellate", per le quali risulta semplificato il riconoscimento.

Un raffronto con altri Paesi mostra, per le nuove malattie emergenti quali, in particolare, le patologie muscoloscheletriche, un sostanziale allineamento rispetto ai dati percentuali europei (EUROSTAT).

2.13.4 Indicazioni per la programmazione

Appare una priorità non rinviabile la facilitazione dell'emersione delle "malattie professionali perdute", così come raccomandato anche a livello europeo, attraverso il miglioramento del livello delle conoscenze del personale medico, riguardanti le problematiche connesse alla identificazione e gestione delle malattie professionali, e in modo particolare degli ex-esposti a cancerogeni professionali.

Per favorire la segnalazione delle malattie professionali, risultano necessari ulteriori interventi migliorativi di ordine legislativo e procedurale rispetto alle novità introdotte con il DM 14 gennaio 2008, nel quale sono state finalmente identificate chiaramente le patologie e sono state ricomprese molte forme morbose in precedenza non inserite nelle tabelle allegate, facilitandone il riconoscimento e la denuncia.

Il cambiamento, avvenuto negli ultimi anni, dello scenario produttivo e dell'organizzazione del lavoro, ha comportato modifiche profonde anche del panorama delle malattie professionali che richiedono adeguati interventi di semplificazione, per contribuire a creare condizioni in grado di assicurare una migliore gestione della prevenzione e una giusta tutela previdenziale.

In particolare, sul piano della programmazione, la ricerca sanitaria nel settore delle "malattie lavorative emergenti" appare essere ugualmente im-

portante, sia per il ritorno di conoscenze sotto il profilo della prevenzione (non avendo senso parlare di prevenzione in assenza delle necessarie conoscenze), sia per assicurare una giusta tutela previdenziale, ad oggi non sempre sufficientemente garantita.

Bibliografia essenziale

INAIL. Rapporto annuale, 2007.

ISPESL. Il Registro Nazionale dei mesoteliomi. Secondo Rapporto, 2006.

ISPESL. Regioni MALPROF 2003-2004. Il terzo rapporto ISPESL-Regioni sulle malattie professionali. Prevenzione Oggi, 2007; 1 Suppl.

2.14 Malattie infettive emergenti o riemergenti

2.14.1 Introduzione

Le malattie infettive emergenti sono malattie diventate recentemente più “prevalenti” o che minacciano di esserlo. Possono non essersi mai manifestate nell’uomo oppure essersi manifestate nell’uomo ma in aree/popolazioni isolate, oppure possono essere presenti da lungo tempo, ma identificate soltanto recentemente.

A fronte di una riduzione delle patologie infettive, di un miglioramento generale delle condizioni socio-sanitarie, dell’invecchiamento della popolazione, dell’aumento delle patologie cronico-degenerative e dell’incremento della domanda percepita di salute, nei paesi sviluppati incombono quali nuove minacce sia le malattie infettive emergenti e ri-emergenti che la possibilità di impiego a scopi terroristici o bellici di agenti biologici.

L’evoluzione del sistema salute nei paesi sviluppati è stato raggiunto grazie all’incremento delle misure di sanità pubblica, all’avvento degli antibiotici, a vaccini sempre più sicuri ed efficaci, agli insetticidi e ad una migliorata sorveglianza epidemiologica.

Il rischio di una pandemia influenzale, la minaccia proveniente dal bioterrorismo, l’allerta SARS, i cambiamenti climatici e l’evenienza di una pandemia influenzale sono patologie con un forte impatto emotivo sulla popolazione di cui la Sanità Pubblica deve tenere conto per affrontare eventuali emergenze sanitarie.

Negli ultimi anni alcuni virus, che si diffondevano soltanto in particolari aree del mondo, hanno mostrato una capacità di emergere e di diffondersi a livello mondiale.

È necessario distinguere i virus emergenti da quelli riemergenti. I primi sono virus che prima non erano presenti nella popolazione umana e che, a un certo punto, si sono invece diffusi da un serbatoio animale, adattandosi a vivere nell’uomo; mentre quelli riemergenti sono virus presenti e confinati in una determinata zona geografica che trovano poi, anche altrove, le condizioni per diffondersi e passare all’uomo.

I fattori che influenzano l’emergenza e la riemergenza delle infezioni sono le mutazioni microbiologiche e le ricombinazioni, in considerazione dei 3,8 miliardi di anni della loro evoluzione e diversità microbiologica, e alla grande maggioranza dei microrganismi che rimane sconosciuta. Altri fattori sono la globalizzazione e la crescita demografica, l’urbanizzazione e lo sfruttamento del territorio, i cambiamenti ambientali e sociali, l’instabilità geografica.

Le malattie infettive riemergenti, che in passato hanno causato maggiori problemi, erano diminuite, ma attualmente stanno riaumentando; esse sono: Colera, Cryptosporidiosi, Difterite, Malaria, Meningite, Fascite necrotizzante, Pertosse, Rabbia, Rosolia/Morbillo, Schistosomiasi, Tubercolosi, Febbre gialla.

Una malattia diventa riemergente per varie ragioni: cambiamento di associazione tra specie, cambiamento ambientale, mutazioni dell'agente eziologico, movimenti internazionali, cambiamenti dello stato di salute umana, bio-terrorismo, emergenze apparenti/false, nuove sorgenti di infezione e altro.

2.14.2 Esposizione e valutazione critica dei dati

Tra i virus emergenti più conosciuti vi è un coronavirus che da serbatoi animali è passato all'uomo ed è l'agente causale della SARS, malattia che è stata definita la prima pandemia del XXI secolo. Già alla fine del 2002 si cominciarono ad avere notizie su una malattia respiratoria dalle caratteristiche atipiche nel sud della Cina, scambiata all'inizio per una malattia influenzale da un nuovo ceppo. È stato solo nel febbraio 2003, però, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità segnalò in Cina un'epidemia di "sindrome respiratoria acuta grave". Presto, la malattia si diffuse in Vietnam, Singapore, Canada e Taiwan, trasmessa da persone contagiate di ritorno in quei paesi. L'aspetto più preoccupante di questa nuova malattia è stata l'elevata capacità di trasmissione da pazienti infetti ad operatori sanitari e ad altri pazienti in ospedale e l'elevata letalità (su circa 8.098 casi si verificarono 774 decessi).

Tra i virus influenzali, potenzialmente pandemici, per l'influenza aviaria, causata da un ceppo influenzale A, sottotipo H5N1, il serbatoio è costituito da uccelli selvatici che eliminano il virus con saliva, secrezioni nasali e feci, ed infettano animali domestici che, a loro volta, sviluppano la malattia con estese epidemie animali. Il primo caso documentato di infezione umana da virus A/H5N1, si è verificato nel 1997 ad Hong Kong. Da allora si sono verificati 433 casi con 262

decessi. Sebbene non ci sia ancora dimostrazione di trasmissione interumana di questo virus, l'estrema promiscuità di vita, in alcune zone dell'Asia tra uccelli domestici, uomini e animali come i maiali, nei quali è possibile il rimaneggiamento genetico dei virus influenzali, può essere alla base della comparsa di mutazioni genetiche, nell'H5N1, in grado di permettere l'emergenza di ceppi epidemici, con gravi scenari ipotizzabili in tutto il mondo.

I primi sintomi compaiono dopo un periodo di incubazione variabile (da 1 a 7 giorni): di solito sono gli stessi dell'influenza tradizionale, vale a dire febbre, tosse, mal di gola e dolori muscolari. Ma possono manifestarsi anche infezioni oculari, polmonite e sindrome da distress respiratorio acuto. Nei casi finora documentati di infezione aviaria da ceppi H5N1, la mortalità nell'uomo varia dal 30 al 70-80%. Nell'epidemia di infezioni da virus aviario H7N7 osservata nei Paesi Bassi nella primavera 2003, le manifestazioni sono state, per lo più, a livello congiuntivale, con alcuni casi di manifestazioni di tipo influenzale ed un decesso per sindrome da distress respiratorio. La trasmissione da persona a persona di ceppi di influenza aviaria è stata osservata soltanto in occasioni limitate, in quanto i virus aviari non si sono adattati all'uomo: un caso di trasmissione da persona a persona è stato osservato ad Hong Kong nel 1997 (virus H5N1); nei Paesi Bassi si è osservata trasmissione interumana limitatamente alle forme oculari (Virus H7N7); recenti studi, effettuati sia in Thailandia che in Vietnam, i due Paesi in cui si sono manifestati focolai di influenza aviaria nel 2004, hanno messo l'accento sulla probabilità che alcuni casi si siano generati attraverso contatti stretti e prolungati fra persone dello stesso nucleo familiare. L'ipotesi è scaturita dall'analisi di alcuni fattori: per esempio, la comparsa di più casi nella stessa famiglia, un periodo di

incubazione compatibile con trasmissione interumana, la mancanza di contatto con animali malati per alcuni soggetti.

Con l'obiettivo di impedire che la malattia si introduca nel territorio dell'Unione europea, la Commissione europea e il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali hanno adottato alcune misure, mirate al divieto di importazione dalla Thailandia di carne di pollame e prodotti derivati (la Thailandia era l'unico Paese, tra quelli interessati dall'epidemia, autorizzato ad esportare carne di pollame verso la Comunità europea); di importazione di uccelli ornamentali e da voliera da tutti i Paesi interessati dall'epidemia; l'obbligo che sulle carcasse di volatili da cortile venga apposta una specifica etichetta che indichi l'allevamento di provenienza degli animali.

In Italia, la rete di vigilanza per il controllo dell'infezione da virus H5N1 viene effettuata dai servizi di sanità pubblica veterinaria, gli istituti di zooprofilassi, i Posti di ispezione frontaliera (Pif) e gli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (Usmaf), che garantiscono la completa sicurezza. Per coloro che viaggiano nelle zone in cui l'infezione è presente, oltre a rispettare con maggiore scrupolo le norme d'igiene, si raccomanda di evitare contatti con animali vivi e con le loro carcasse, tenersi lontano da mercati e fiere dove vi siano commercio o anche semplice esposizione di animali.

Dalla seconda metà di aprile 2009, sono stati riportati casi di infezione nell'uomo da nuovo virus influenzale di tipo A/H1N1, precedentemente identificato come influenza suina, mai rilevato prima nell'uomo.

Il virus dell'influenza suina è endemico nella popolazione suina mondiale e rappresenta, in tale specie, una causa frequente e primaria di patologia respiratoria.

Per quanto riguarda lo stato di diffusione della malattia nell'uomo a

livello mondiale, dal 24 aprile del 2009 sono giunte dal Messico conferme di casi di infezione umana da virus influenzale suino A/H1N1 e l'OMS ha allertato i governi sui possibili rischi connessi alla diffusione di questa nuova influenza nell'uomo e al suo potenziale pandemico, portando, in pochi giorni, il livello di attenzione per la preparazione e la risposta a una pandemia influenzale, da 3 a 5 e poi a 6, sui 6 previsti. Questa decisione ha significato l'aumento di probabilità del verificarsi di una pandemia, basato principalmente sui dati epidemiologici, che hanno dimostrato la trasmissione da uomo a uomo del virus e l'impossibilità di contenerne la diffusione a livello locale.

A partire dall'epidemia in Messico, che si è poi estesa negli USA, la maggior parte dei casi è stata osservata in giovani adulti precedentemente in buona salute. Si è trattato di un dato inusuale, in quanto l'influenza stagionale solitamente colpisce con maggiore frequenza le persone anziane e i bambini.

Gli eventi segnalati hanno destato notevole preoccupazione, in considerazione dei casi di infezione umana con un virus influenzale animale, della diffusione geografica di più focolai epidemici dovuti allo stesso ceppo virale in diverse comunità e dell'insolita fascia di età coinvolta.

In considerazione di questi eventi e anche sulla base delle raccomandazioni dell'OMS, sono state attivate, sia negli USA che nel Messico, misure straordinarie di sorveglianza.

In Italia, la strategia complessiva si è basata sull'interazione sinergica della rete deputata alla sorveglianza epidemiologica delle sindromi simil-influenzali (rete INFLUNET); alla sorveglianza virologica, che si avvale di 25 laboratori regionali accreditati dal Laboratorio di riferimento nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità, per le degenze protette, costituita dai reparti di malattie infettive, dotati di

stanze di isolamento; dei Servizi di Igiene Pubblica delle ASL per le indagini sui casi e sui loro contatti e l'applicazione delle relative misure di profilassi.

L'Italia dispone di un preciso Piano concordato con gli altri Stati dell'Unione Europea di preparazione e risposta ad un'eventuale pandemia influenzale.

Sono stati rilevati a metà giugno 2009, 29.669 casi (di cui 145 deceduti) in 74 paesi nel mondo, dei quali 6.241 (di cui 108 deceduti) sono occorsi in Messico. In Europa i casi confermati sono 2.269 (nessun decesso). In Italia sono stati rilevati, nello stesso periodo, 67 casi di infezione, nessuno dei quali mortale.

L'ebola è causata da virus emergenti, diffusi in serbatoi animali confinati in alcune zone dell'Africa centrale e che raramente entrano a contatto con l'uomo, diffondendosi da persona a persona. In Africa centrale ne sono stati osservati 200 casi, con tasso di letalità dell'80-90%. I virus Ebola e Marburg appartengono alla famiglia dei Filoviridae e causano febbri con sindromi emorragiche gravi con elevati tassi di letalità. Per essi non è conosciuta alcuna terapia né è noto il loro serbatoio animale. La trasmissione interumana avviene per contatto diretto con sangue e fluidi biologici di un malato o per contatto semidiretto attraverso la manipolazione di oggetti contaminati da fluidi biologici di un malato. La scarsità di norme igieniche e il riuso di dispositivi sanitari, in alcuni Paesi africani, è probabilmente alla base di molti casi tra il personale sanitario ed altri pazienti. La possibilità di trasmissione per via aerea, dimostrata in alcuni casi verificatisi in scimmie, non è dimostrata in ambito umano. Tuttavia, le precauzioni nell'assistenza di questi pazienti prevedono misure di isolamento da contatto, da goccioline respiratorie e da trasmissione aerea.

Il più noto tra i virus emergenti è sicuramente quello dell'immunodeficienza umana (HIV), che è stato

riscontrato, in una forma simile, in alcune scimmie. L'HIV, dopo alcuni passaggi di specie, si è adattato all'uomo e si è trasmesso fino a causare una vera e propria pandemia. Attualmente si contano 33 milioni di infetti nel mondo. Nel nostro Paese, dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, al 31 dicembre 2008, sono stati notificati al COA 60.346 casi cumulativi di AIDS. Di questi, 46.692 (75,7%) erano di sesso maschile, 769 (1,3%) in età pediatrica (<13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio, e 4.732 (7,8%) erano stranieri. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, era di 35 anni per i maschi (range: 13 anni - 87 anni), e di 32 anni (range: 13 anni - 84 anni) per le femmine.

Dal 1995, anno del picco dell'epidemia, ad oggi si è passati dai 5.600 casi di malattia conclamata ai circa 1.200 attuali. Un risultato raggiunto soprattutto grazie all'effetto della terapia antiretrovirale combinata. Ciò ha portato ad un aumento della prevalenza di persone che vivono con una diagnosi di AIDS: ad oggi se ne stimano oltre 23.000. Stessa situazione si rileva per i sieropositivi, nei quali sono comprese anche le persone affette da AIDS, che si stima siano oltre 120 mila. Questo numero tende ad aumentare lievemente, in quanto ogni anno si verificano circa 3.500-4.000 nuove infezioni che si vanno a sommare alla gran parte di quelle acquisite negli anni precedenti: l'aumento della sopravvivenza delle persone sieropositive comporta, anche in questo caso, un aumento del numero di infetti a livello del territorio nazionale. I dati evidenziano anche un cambiamento delle caratteristiche delle persone infette o con AIDS: diminuiscono i tossicodipendenti mentre aumentano le persone che hanno acquisito l'infezione per via sessuale (sia etero che omo/bisessuale) e gli stranieri. Nel 1997 la percentuale dei casi di AIDS era infatti costituita per il 58,1% da tossicodipendenti e per il

20,7% da contatti eterosessuali e per il 15% omo/bisessuali; nel 2007 i casi tra i tossicodipendenti sono diminuiti al 27,4% mentre i contatti eterosessuali sono passati al 43,7% e quelli omo/bisessuali al 22%. Aumenta anche l'età delle persone colpite, che, per i casi di AIDS, ormai, mediamente, supera i 40 anni. Si sottolinea inoltre che oltre il 60% dei casi di AIDS si verifica in persone che non hanno fatto terapie antiretrovirali prima della diagnosi. Ciò è dovuto per lo più al fatto che sempre più persone (oltre il 50%) scoprono di essere sieropositive a ridosso della diagnosi di malattia conclamata. Questo fenomeno rappresenta il chiaro segnale di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale e fra gli stranieri. Per quanto riguarda l'andamento della mortalità si conferma anche in questo caso il picco del 1995 con 4.581 morti per AIDS mentre a partire dal 1997 si inizia a registrare un progressivo decremento delle morti fino all'attuale stima per l'anno 2007 di circa 200 decessi. Questa così significativa diminuzione di mortalità è conseguenza diretta del progressivo inserimento delle nuove terapie antiretrovirali che hanno contribuito a trasformare l'AIDS in una malattia ad andamento cronico.

Il gradiente Nord-Sud per l'incidenza di casi di AIDS è stabile nel corso dell'epidemia. In termini di incidenza cumulativa, la Regione col numero più elevato di casi rimane la Lombardia, con il 30% dei casi, seguita da Lazio (13%), Emilia-Romagna (circa 10%). Se invece si calcolano i tassi di incidenza, la Liguria risulta la regione più colpita dopo la Lombardia. Diversamente risultano meno colpite, sia in termini di numeri assoluti che di tasso di incidenza, le Regioni dell'Italia meridionale.

A causa dei cambiamenti ambientali, ed in particolare quelli climatici, stanno riemergendo i cosiddetti arbovirus, che, attraverso insetti come zecche o zanzare diffondono malattie

come la Dengue, diffusa in tutte le aree tropicali, che prima si trovava in Africa e Asia e ora è comparsa in America Centrale e Latina e si stima colpisca circa 50 milioni di persone ogni anno, o la Febbre Gialla, potenzialmente epidemica, o la Febbre da virus West Nile, che in pochi anni si è diffusa in tutto il territorio degli Stati Uniti, causando migliaia di casi e centinaia di morti. È questa una malattia infettiva provocata dal virus West Nile della famiglia dei flaviviridae (arbovirus). Viene trasmessa all'uomo e agli animali, generalmente equini ed uccelli, attraverso la puntura di zanzare infette, non si trasmette da persona a persona. Nei serbatoi di infezione, uccelli migratori e animali domestici, il virus può persistere da alcuni giorni a qualche mese. Le zanzare che possono trasmettere il virus appartengono al genere *Culex* (*C. univittatus*, *C. modestus*, *C. pipiens*, *C. restuans*) mentre come serbatoio di infezione sono state identificate oltre 70 specie di uccelli, per lo più passeriformi e corvidi. Il virus è stato isolato per la prima volta nel 1937 nel distretto ugandese West Nile, da cui prende il nome. Da allora sono state segnalate epidemie di malattia in numerosi Paesi dell'Africa settentrionale e del Medio Oriente e recentemente anche in alcuni Paesi europei e negli Stati Uniti. La diffusione della malattia tra gli equini è più frequente e le manifestazioni cliniche sono di tipo encefalomielitico; recentemente sono stati segnalati focolai in Marocco (1996), USA (1999-2001), Francia (2000). In Italia la malattia West Nile negli equini è stata identificata per la prima volta nel 1998, nella zona umida denominata Padule di Fucecchio, in Toscana, in un focolaio che ha provocato la morte di sei cavalli nel periodo compreso fra agosto ed ottobre. La malattia nell'uomo si manifesta dopo un periodo di incubazione variabile da tre a quindici giorni dopo la puntura infettante. La maggior parte delle infezioni decorre in modo

del tutto inapparente, tuttavia le infezioni sintomatiche possono manifestarsi in forma simil-influenzale con febbre, cefalea, dolori muscolari ed articolari, raramente accompagnati da rash cutaneo. Nelle persone anziane, nei bambini molto piccoli e nelle persone con alterazioni del sistema immunologico, sono possibili manifestazioni più gravi, quali meningite ed encefalite. La letalità della malattia, nelle forme di tipo meningo-encefalitico, può variare tra il 3% ed il 15% (Fonte: Centers for Diseases Control and Prevention – CDC, U.S.A). Dopo l'infezione si sviluppa immunità che può durare per tutta la vita. A causa dell'assoluta aspecificità dei sintomi clinici, la diagnosi di infezione da virus West Nile viene effettuata esclusivamente attraverso test di laboratorio (riscontro di anticorpi delle classi IgM o IgG). L'isolamento virale è riservato a strutture laboratoristiche specialistiche. In Italia sono stati registrati due casi, uno nel mese di settembre nella provincia di Bologna, l'altro ad ottobre nel ferrarese. In entrambi i casi la prognosi è stata favorevole. I metodi di controllo dei vettori comprendono sia misure di profilassi comportamentale per la riduzione del rischio di esposizione alla puntura di insetti che misure di controllo ambientale come il controllo della popolazione di zanzare; periodici interventi di disinfestazione; eliminazione, soprattutto in prossimità delle abitazioni, delle raccolte d'acqua che possono essere sfruttate dalle zanzare per la riproduzione; applicazione di zanzariere e altri mezzi protettivi alle finestre delle abitazioni.

La Chikungunya è un classico esempio di virus riemergente che si trova in forma endemica in Africa Sub Sahariana ed è trasmesso da un tipo di zanzara tigre (*Aedes albopictus*) che si è maggiormente adattato ad esso. Le zanzare lo trasmettono, quindi, da persona a persona, ed è stata osservata la sua diffusione anche in Asia e in India. Dal 2004 fino a oggi il virus ha provo-

cato un'epidemia che, partendo dall'Africa Sud Orientale (Kenya), è passata alle isole dell'Oceano Indiano (Reunion, Comorre) e, da qui, con viaggiatori di ritorno da tali aree, si è diffuso in Italia. Nell'estate 2007, infatti, due particolari fattori hanno causato la diffusione del virus: la presenza della zanzara tigre in Emilia Romagna e il ritorno in tale regione di un soggetto con malattia in atto dall'India. Il virus ha fatto il giro del mondo fino a noi, portato dalle zanzare tigre, all'interno dei copertoni dei tir, dove residua sempre acqua, ambiente favorevole al moltiplicarsi di tali insetti. Sono stati registrati 200 casi in Italia, a fronte del milione e mezzo di casi in India. Il tasso di mortalità della Chikungunya è al di sotto dell'1%, nonostante l'elevato grado di diffusione della malattia. Le Autorità Regionali dell'Emilia Romagna hanno efficacemente controllato la diffusione dell'infezione, attraverso la lotta alla zanzara vettore della malattia riuscendo quindi a controllare l'epidemia con un'efficace disinfestazione. Tale emergenza ha però lanciato un messaggio importante: un virus tropicale può trovare da noi quelle condizioni per permetterne la diffusione, poiché trova i vettori adatti (zanzara tigre). È giusto, comunque, alzare il livello di guardia ambientale e aumentare la sorveglianza, come è stato fatto in Emilia Romagna.

Focolai di encefalite trasmessa da zecche (Tick-borne encephalitis) sono presenti nel Nord della nostra penisola, mentre il virus Toscana, che è una delle principali cause di meningite durante i mesi estivi, è diffusa in molte regioni sia al Nord che al Sud.

2.14.3 Indicazioni per la programmazione

L'emergenza e la riemersione di malattie infettive coinvolge molti fattori tra loro connessi. Viaggi e commerci