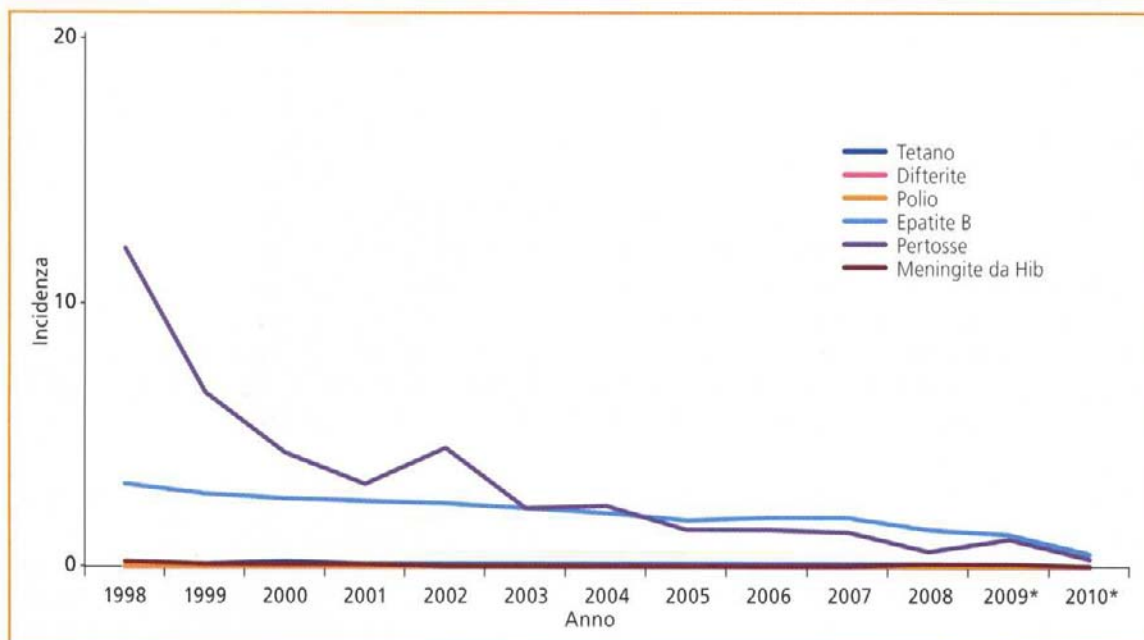


Figura 2.10. Morbosità (casi per 100.000 abitanti) delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni incluse nel Calendario Nazionale per l'infanzia (con l'eccezione di morbillo, parotite e rosolia) [periodo 1998-2010].



* Dati provvisori (in particolare per il 2009 mancano i dati di classe II e III della Regione Piemonte).

Fonte: Ministero della Salute. DG Prevenzione Sanitaria – Ufficio V – Malattie Infettive e Profilassi Internazionale (Aggiornamento gennaio 2011).

Sono stati recentemente analizzati i dati relativi ai casi di morbillo segnalati al sistema di sorveglianza speciale dall'1 luglio 2009 al 30 settembre 2010. I casi segnalati sono stati classificati, secondo le definizioni di caso della Commissione Europea del 2008, in casi possibili (clinici), casi probabili (epidemiologicamente collegati con un caso confermato) o casi confermati (confermati in laboratorio). In totale sono stati segnalati, da 15 Regioni, 2.151 casi, di cui il 33,9% di casi possibili, il 24,5% di casi probabili e il 41,6% di casi confermati. L'incidenza totale nei 15 mesi considerati è stata di 3,6 casi/100.000 abitanti. L'età è nota per 2.079 casi, di cui il 61% aveva un'età compresa tra 15 e 44 anni. L'età mediana è stata di 18 anni. La *Tabella 2.17* mostra la distribuzione per età dei casi.

Il 92,1% dei casi per cui era noto lo stato vaccinale (86,3%) è risultato essere non vaccinato contro il morbillo, il 7,1% aveva ricevuto una sola dose di vaccino, lo 0,6% era stato vaccinato con due dosi e lo 0,2% aveva ricevuto un numero non specificato di dosi.

Il 15% ha presentato complicanze, inclusi 3 casi di encefalite, 7 di trombocitopenia e 48 casi di polmonite. Il 35,8% dei casi è stato ricoverato per morbillo.

Per la rosolia, nel 2006 si è registrato il minimo storico di incidenza (del periodo 1985-2008), mediamente circa 0,5 casi per 100.000 abitanti; nel 2002 si è registrato, invece, il picco dell'ultimo decennio (oltre 10 casi ogni 100.000 abitanti). Nel 2008 si sono registrati, nel complesso, 5.877 casi, pari a un'incidenza di 9,8 casi per 100.000 abitanti.

In accordo con quanto previsto dal piano nazionale di eliminazione, dall'1 gennaio 2005 la sindrome/infezione da rosolia congenita (SRC/IRC) e la rosolia in gravidanza sono state incluse tra le malattie infettive soggette a notifica obbligatoria di classe III. Nel 2008 sono state riportate 57 infezioni da virus rubeolico in gravidanza, di cui 4 casi asintomatici. L'età media dei casi è stata di 27 anni; nel 12% dei casi le donne erano straniere. L'89% non era vaccinato (del restante 11% lo stato vaccinale non era

Tabella 2.17. Distribuzione per età dei casi di morbillo e incidenza per classe di età (luglio 2009-settembre 2010)

Gruppo di età (anni)	N. casi	Percentuale	Incidenza per 100.000 abitanti
< 1	69	3,3	12,3
1-4	220	10,6	9,6
5-9	155	7,5	5,5
10-14	300	14,4	10,7
15-19	416	20,0	14,0
20-44	854	41,1	12,6
≥ 45	65	3,1	0,2
Totale	2.079	100,0	3,6

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, Dati della Sorveglianza Speciale del Morbillo (Aggiornamento gennaio 2011).

noto), solo il 18% aveva effettuato il rubeo-test prima della gravidanza e il 39% aveva avuto precedenti gravidanze. Non è stato possibile pervenire a una classificazione finale di 9 casi di sospetta rosolia in gravidanza. Sono state inoltre registrate 17 interruzioni volontarie di gravidanza.

Relativamente ai casi di rosolia congenita, nel 2008 sono stati riportati 15 casi confermati di SRC (con un'incidenza pari a 2,7 casi per 100.000 nuovi nati) e 8 di sola infezione; non è stato possibile classificare 14 casi con le informazioni a disposizione.

Il tasso di incidenza della parotite è rimasto pressoché invariato fino al 2001, con epidemie ogni 2-4 anni e un picco di oltre 40.000 casi notificati, pari a un'incidenza di 65,3 casi per 100.000 abitanti, nel 1999. Nel 2007 si ha il minimo storico di casi notificati (987); l'incidenza, in questo ultimo triennio, è stata mediamente di 2 casi ogni 100.000 abitanti.

L'influenza costituisce indubbiamente un rilevante problema di Sanità Pubblica a causa dell'ubiquità, contagiosità, variabilità antigenica dei virus influenzali, dell'esistenza di serbatoi animali e delle possibili gravi complicanze, più frequenti negli anziani e nei soggetti portatori di condizioni di rischio. Frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero, e principale causa di assenza dal lavoro e da scuola, l'influenza è ancora oggi la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva, preceduta solo da

AIDS e tubercolosi. In particolare, si stima che in Italia l'influenza stagionale causi ogni anno circa 8.000 decessi in eccesso, di cui 1.000 per polmonite e influenza e altri 7.000 per altre cause. L'84% di questi (pari a 6.700 decessi per tutte le cause e 900 decessi per polmonite e influenza in media) riguarda persone di età ≥ 65 anni.

Durante la stagione 2008-2009, si è registrata, in Italia, un'attività di media entità dell'influenza con un'incidenza totale pari a 72 casi per 1.000 assistiti. Tale valore è intermedio rispetto all'incidenza osservata nella stagione 2005-2006 (41 casi per 1.000 assistiti), quando è stato osservato il minimo storico di attività influenzale e quella osservata nella stagione 2004-2005 in cui l'incidenza ha raggiunto il massimo livello (116 casi per 1.000 assistiti) dall'avvio della sorveglianza (stagione 1999-2000). Come osservato in tutte le stagioni influenzali, la fascia di età più colpita è quella dei bambini fino a 14 anni (incidenza: 156 per 1.000 assistiti); in particolare, il picco massimo è stato osservato nella fascia 0-4 anni (193 casi per 1.000 assistiti), seguito dalla fascia 5-14 anni (139 casi per 1.000 assistiti); l'incidenza decresce all'aumentare dell'età e raggiunge il valore minimo negli anziani (da 59 per 1.000 assistiti tra 15 e 64 anni a 34 per 1.000 tra gli individui di età pari o superiore a 65 anni), target principale dell'intervento vaccinale insieme ai soggetti di tutte le età affetti da alcune patologie di base che au-

mentano il rischio di complicanze in corso di influenza. Infatti, seguendo le indicazioni dell'OMS, gli obiettivi della campagna vaccinale stagionale contro l'influenza sono: la riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte e la riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità. Un elemento critico, come già rilevato, resta l'incremento della copertura vaccinale nei gruppi a rischio: è quanto mai opportuno e necessario predisporre registri di soggetti a rischio ai quali offrire attivamente la vaccinazione antinfluenzale.

2.11.4. Indicazioni per la programmazione

Le attività vaccinali sono indubbiamente il più consolidato tra gli interventi di prevenzione.

Il nostro SSN può infatti vantare un solido patrimonio professionale e una rete esistente, consolidata ed esperta di servizi impegnati nelle vaccinazioni.

Tuttavia, non è possibile ignorare alcune criticità che, se superate, consentirebbero al sistema di raggiungere quel livello auspicabile di efficienza, prerequisito per l'eccellenza.

Il panorama europeo dell'offerta vaccinale, contando sulla presenza dello *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), negli ultimi anni, si sta avviando verso un percorso di armonizzazione che, essendo basato sul consenso, sarà certamente lungo e complesso.

A oggi, infatti, non esistono due Nazioni europee che abbiano la stessa schedula vaccinale, sia in termini di numero di vaccinazioni sia di modalità di offerta.

Anche nel panorama sanitario italiano, a partire dalla modifica del Titolo V della Costituzione, l'offerta dei servizi vaccinali si configura, a oggi, come un mosaico estremamente variegato. In particolare, per le vaccinazioni non ancora incluse nei LEA, infatti, le politiche vaccinali sono caratterizzate da forte eterogeneità territoriale, con la stessa vaccinazione offerta gratuitamente a tutti i nuovi nati in alcune Regioni e solo ad alcuni soggetti a rischio in altre o,

addirittura, con differenze all'interno di una stessa Regione, per le diverse scelte fatte dalle singole Aziende Sanitarie Locali.

È pertanto necessario un impegno politico forte e condiviso, finalizzato all'armonizzazione dell'offerta vaccinale sul territorio italiano, con il fine di garantire pari accesso (in termini di equità e qualità) alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini, che dovrebbe concretizzarsi in un'Intesa sul nuovo Piano Nazionale Vaccinazioni (PNV). L'assenza di un PNV aggiornato e contestualizzato (il precedente si riferiva al triennio 2005-2007) è sempre più avvertita come un problema sia tra gli addetti ai lavori, sia presso la popolazione generale.

Un altro elemento di criticità è rappresentato da una scarsa propensione dei cittadini alla prevenzione e promozione della salute. Proiettati verso una cultura dell'assistenza sanitaria reattiva alla malattia, tendono, infatti, a sottovalutare l'importanza dell'intervento vaccinale, vissuto, spesso, come un puro atto burocratico, l'adempimento di un obbligo di legge.

Appare quanto mai necessario, anche alla luce delle esperienze più recenti (fallimento della vaccinazione pandemica nel corso del 2009, necessità di rinnovare l'impegno per il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) e posticipare il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione al 2015), favorire un rinnovamento culturale che veda impegnate le Istituzioni, a tutti i livelli, e percorra il Paese affinché, attraverso adeguati interventi di comunicazione, la popolazione comprenda il valore vero e concreto delle vaccinazioni, vissute come diritto e non come dovere.

Un input concreto può essere dato dalla partecipazione dell'Italia alla Settimana Europea di Immunizzazione, un'iniziativa dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS, lanciata nel 2005: per una settimana, nel mese di aprile, nei Paesi di tutta la Regione si svolgono attività per informare e coinvolgere la popolazione e i professionisti sanitari sul tema delle vaccinazioni e per affrontare le sfide future in tale ambito.

Non si può ignorare che questo percorso

culturale debba prevedere anche il superamento dell'obbligo vaccinale, traguardo irrinunciabile per ogni Paese, in cui sia ormai radicato il concetto di vaccinazione come diritto e non come dovere. Tale superamento consentirebbe di risolvere, inoltre, il dualismo tra vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, che ha nociuto a queste ultime, in termini, a volte, di scarsa offerta da parte degli operatori e di bassa adesione da parte della popolazione.

Alla scarsa percezione dell'importanza delle vaccinazioni, soprattutto se non obbligatorie, si può, in parte, imputare il mancato raggiungimento degli obiettivi finali del PNEMoRc, nonostante l'impegno profuso nel quinquennio 2003-2007. Allo scopo di mettere in atto le opportune azioni correttive è stata predisposta, da un apposito gruppo di lavoro tra Ministero della Salute-Regioni-ISS, una bozza condivisa di aggiornamento del PNEMoRc approvata come Intesa Stato-Regioni il 23 marzo 2011.

È ovviamente auspicabile un impegno politico forte e condiviso per dare, successivamente, piena e concreta realizzazione al Piano.

Un'altra questione ancora irrisolta è la completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali, strumento importante sia per garantire una corretta conduzione dei programmi vaccinali sia per attuare molte delle misure a dimostrata efficacia per aumentare le coperture vaccinali. Sebbene diversi Atti normativi (PNV 2005-07, PNEMoRc 2003-2007, PNP 2005-2007) abbiano previsto la realizzazio-

ne delle Anagrafi Vaccinali Informatizzate (AVI), anche con fondi dedicati, attualmente solo l'83% delle ASL ha un'AVI e solo il 25% di queste trasmette dati individuali alla propria Regione.

Il fatto che il PNP 2010-2012 abbia dato alle Regioni il mandato di completare gli obiettivi previsti dal precedente PNP, tra cui la realizzazione/implementazione delle AVI, nel sottolineare l'importanza di questo strumento, offre una nuova opportunità per la sua attuazione che, ci si augura, venga colta capillarmente sul territorio nazionale. Contemporaneamente, appare necessario promuovere il raggiungimento di standard adeguati di sicurezza e qualità nel processo vaccinale, soprattutto in quelle realtà in cui tale iter non è ancora stato avviato, che comprendano anche adeguati interventi di immunizzazione del personale sanitario a rischio sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni prevenibili con la vaccinazione ai pazienti o ad altri operatori.

Infine, non si può non sottolineare l'importanza di un'adeguata protezione vaccinale dei bambini con malattie croniche che, vista la loro fragilità e il maggiore rischio di complicanze, rappresenta in Italia una priorità di salute.

Bibliografia essenziale

Rizzo C, Bella A, Viboud C, et al. Trends for influenza-related deaths during pandemic and epidemic seasons, Italy, 1969-2001. *Emerg Infect Dis* 2007; 13: 694-9

2.12. HIV/AIDS e malattie a trasmissione sessuale

2.12.1. Introduzione

Dalla prima metà degli anni Ottanta la sorveglianza della sindrome da immunodeficienza acquisita (*acquired immune deficiency syndrome*, AIDS) ha rappresentato l'elemento chiave per guidare gli sforzi nazionali nel controllo dell'epidemia di AIDS/HIV, dando indirizzi e indicazioni per i

programmi di prevenzione e per la gestione appropriata dei servizi sociosanitari. Le esigenze di conoscenza epidemiologica erano soddisfatte da tale sorveglianza, in quanto la diagnosi della malattia era ritenuta un indicatore utile per lo studio della diffusione dell'infezione.

L'avvento delle nuove terapie antiretrovirali e un'assistenza medica avanzata hanno mo-

dificato, in modo particolare nell'ultimo decennio, le caratteristiche principali dell'epidemia di AIDS in Italia. Rispetto agli anni Ottanta, infatti, i pazienti sieropositivi sperimentano oggi un periodo asintomatico di benessere prolungato e una migliore qualità di vita. Pertanto, il Registro Nazionale AIDS non è più in grado di descrivere con precisione l'andamento delle nuove infezioni che andrebbero, invece, costantemente monitorate per descrivere le modificazioni in atto dell'epidemia e per fornire gli strumenti necessari a pianificare interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Il Ministero della Salute, con Decreto in data 31 marzo 2008 (GU del 28 luglio 2008 n. 175), ha promosso l'attivazione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Come indicato nel decreto, l'ISS ha il compito di raccogliere, gestire e analizzare tali dati e di assicurare un pronto ritorno delle informazioni.

2.12.2. Rappresentazione dei dati

Esposizione e valutazione critica dei dati

AIDS. La sorveglianza dell'AIDS ha una copertura nazionale e riporta i dati relativi

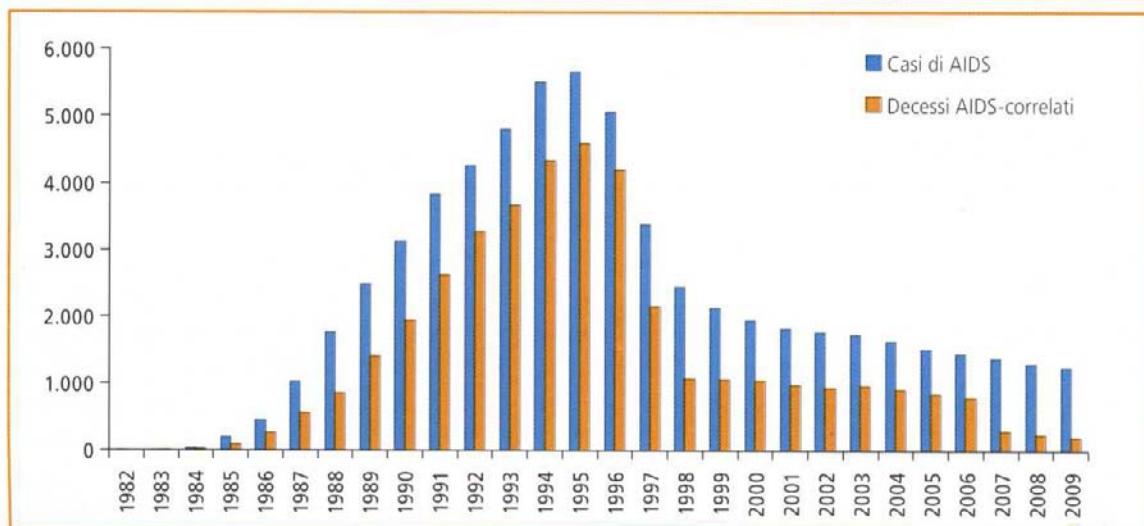
alle persone sieropositive in fase avanzata di malattia, cioè con AIDS conclamato. In Italia, il sistema di sorveglianza dei nuovi casi di AIDS, Registro Nazionale AIDS, è attivo dal 1982 presso il COA dell'ISS. Dall'inizio dell'epidemia nel 1982 a oggi sono stati segnalati oltre 61.000 casi di AIDS, di cui quasi 40.000 deceduti.

Il 77,3% dei casi di AIDS è di sesso maschile, l'1,2% in età pediatrica (< 13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio e l'8,2% è rappresentato da stranieri. Nel 2009, l'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, è 35 anni per i maschi (range: 13-87 anni) e 33 anni (range: 13-84 anni) per le femmine. A partire dal 1996 si osserva una diminuzione sia dei casi di AIDS sia dei decessi AIDS-correlati (*Figura 2.11*), principalmente per effetto delle terapie antiretrovirali combinate (introdotte nel nostro Paese nel 1996) che ritardano la comparsa dell'AIDS.

Tali terapie prolungano la sopravvivenza e riducono la mortalità delle persone sieropositive, comportando un aumento progressivo delle persone viventi con AIDS.

Nel 2009, più del 60% dei nuovi casi di AIDS, in modo particolare coloro che hanno acquisito l'infezione attraverso i rapporti sessuali, ha scoperto di essere sieropositivo troppo tardi, in concomitanza con la diagnosi di AIDS: ne consegue che solo un terzo delle persone con AIDS ha avuto la pos-

Figura 2.11. Casi di AIDS e decessi AIDS-correlati (periodo 1982-2009).



Fonte: Istituto Superiore di Sanità, Centro Operativo AIDS, Notiziario ISS – Anno 2010.

sibilità di usufruire dei benefici delle terapie antiretrovirali prima di tale diagnosi.

La percentuale di donne con AIDS che si infettano tramite la via sessuale è in continuo aumento: 10 anni fa la percentuale di donne che si infettavano attraverso i contatti sessuali era del 50%, mentre negli ultimi due anni è salita al 75%.

È rilevante osservare che, nel 2008-2009, tra le donne con AIDS che hanno acquisito l'infezione per via sessuale il 20% riferiva di avere contratto l'infezione dal partner che sapeva di essere HIV positivo. Di contro, tra gli uomini che hanno acquisito l'infezione attraverso contatti eterosessuali solo il 7% riferiva di avere una partner che sapeva di essere HIV positiva. Questo indica che una percentuale non indifferente di trasmissioni per via sessuale, in modo particolare tra le donne, avviene in persone che sono consapevoli del rischio di poter acquisire l'HIV dal partner infetto.

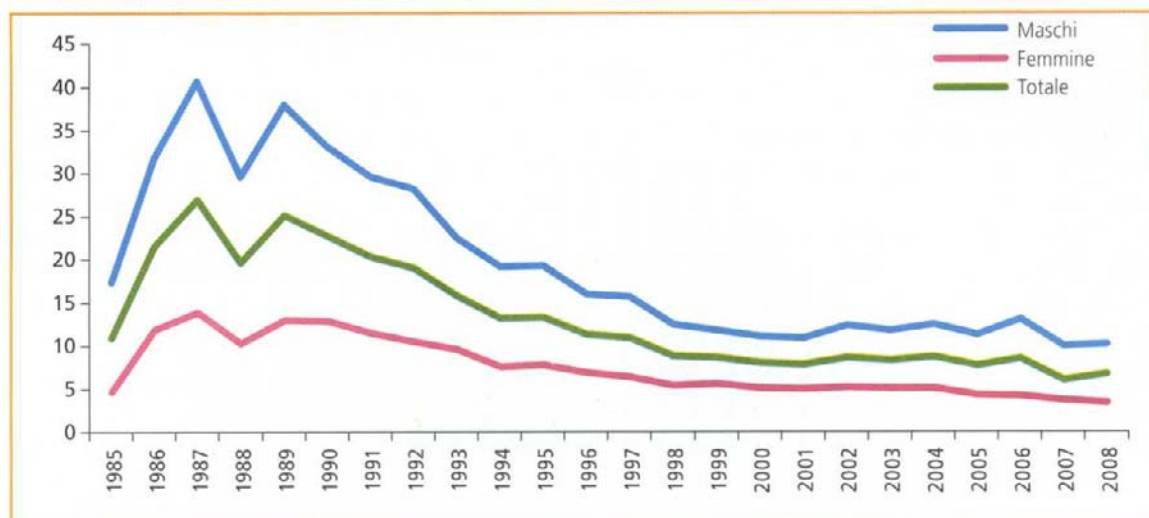
Infezione da HIV. La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata attivata nel 2008 e non ha ancora una copertura nazionale. Nel 2008 hanno inviato i dati 13 Regioni/Province italiane: sono purtroppo assenti i dati relativi ad alcune grandi Regioni e a buona parte delle

Regioni del Centro-Sud. I dati riportati da questi sistemi di sorveglianza indicano che nel 2008 sono stati diagnosticati 6,7 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 abitanti, posizionando l'Italia fra i Paesi dell'Europa occidentale con un'incidenza di HIV medio-alta (*Figura 2.12*).

L'incidenza di infezione da HIV è maggiore al Centro-Nord rispetto al Sud-Isole. A fronte di un notevole decremento dell'incidenza di HIV negli anni Novanta, negli ultimi 10 anni si osserva, invece, una stabilizzazione delle segnalazioni. Tuttavia, negli ultimi anni si rileva un aumento dell'incidenza in alcune zone; questo andamento potrebbe preludere a una possibile riattivazione dell'epidemia in varie aree del nostro Paese.

Dall'inizio dell'epidemia, l'infezione da HIV è estremamente mutata: è aumentata l'età mediana delle persone che ricevono oggi una diagnosi di infezione da HIV: nel 2008 è di 38 anni per i maschi e di 34 anni per le femmine. Sono aumentati i casi attribuibili a contatti eterosessuali e omosessuali, che nel 2008 costituiscono complessivamente il 75% di tutte le segnalazioni (in particolare i contatti omosessuali rappresentano il 29% e i contatti eterosessuali il 46%). Infine, sono aumentate le nuove diagnosi tra la popolazione straniera: nel 2008 su tre persone che vengono diagnosticate come HIV positive per la prima volta una è di nazionalità straniera.

Figura 2.12. Incidenza (per 100.000 abitanti) delle nuove diagnosi di HIV (1985-2008).



Fonte: Istituto Superiore di Sanità, Centro Operativo AIDS. Notiziario ISS – Anno 2011.

Malattie sessualmente trasmesse. In Europa, dagli anni Settanta alla fine del secolo scorso si è assistito, da un lato, a un progressivo aumento delle malattie sessualmente trasmesse (MST) virali (papillomavirus umano, herpes genitale, HIV) e, dall'altro, a una sostanziale diminuzione delle MST batteriche (sifilide, gonorrea, linfogranuloma venereo).

Dopo il 2000, insieme al persistente aumento della diffusione delle MST virali si è verificato anche un nuovo e inaspettato aumento della circolazione delle MST batteriche, soprattutto nelle grandi metropoli e a carico di gruppi di popolazione maggiormente a rischio (es. giovani maschi omosessuali). Questa riemergenza ha sottolineato l'importanza di alcuni comportamenti sessuali come fattori determinanti nella diffusione di queste patologie.

Nel 2008 sono pervenute al Ministero della Salute 1.148 notifiche di sifilide e gonorrea. Al pari di altri Paesi europei, anche in Italia il maggiore numero delle notifiche è risultato essere a carico del sesso maschile (il 90% dei casi di gonorrea e il 77% dei casi di sifilide sono stati segnalati in uomini). La fascia di età 25-64 anni è stata quella più colpita (79% dei casi di gonorrea e 84% dei casi di sifilide).

I dati per il 2009 sono ancora provvisori, in quanto poche Regioni devono ancora completare l'invio delle notifiche, ma sembrano confermare i dati del 2008: a oggi sono 1.133 le notifiche pervenute; il 90% dei casi di gonorrea e il 75% dei casi di sifilide sono stati segnalati in uomini. Anche nell'anno 2009 la fascia di età più colpita da queste malattie è stata quella 25-64 anni (69% dei casi di gonorrea, 81% dei casi di sifilide).

Dal 2000 al 2005 si sono registrati un significativo aumento delle notifiche di sifilide e in misura minore di quelle di gonorrea e una successiva diminuzione e stabilizzazione fino al 2009, ultimo anno a disposizione. In particolare, il numero delle segnalazioni di sifilide è aumentato di circa 4 volte nel periodo 2000-2005, mentre il numero di segnalazioni di gonorrea è aumentato di circa una volta e mezza.

Non sono invece disponibili i dati sulla diffusione di altre MST che non sono a notifica obbligatoria.

Per sopperire a questa mancanza e per la necessità di disporre in tempi brevi di dati sulla diffusione di queste malattie è stato avviato, nel 1991, un Sistema di Sorveglianza Sentinella delle MST, basato su centri clinici pubblici altamente specializzati nella diagnosi e nella cura dei soggetti con MST, coordinato dall'ISS.

Dal 1991 al 2008 il sistema ha raccolto più di 70.000 nuovi casi di MST, con un andamento costante del numero delle segnalazioni nel tempo.

Le patologie più frequenti sono state i condilomi genitali (35,7%), le infezioni batteriche non gonococciche non clamidiali (NG-NC) [21,6%] e le infezioni da herpes genitale (8,1%).

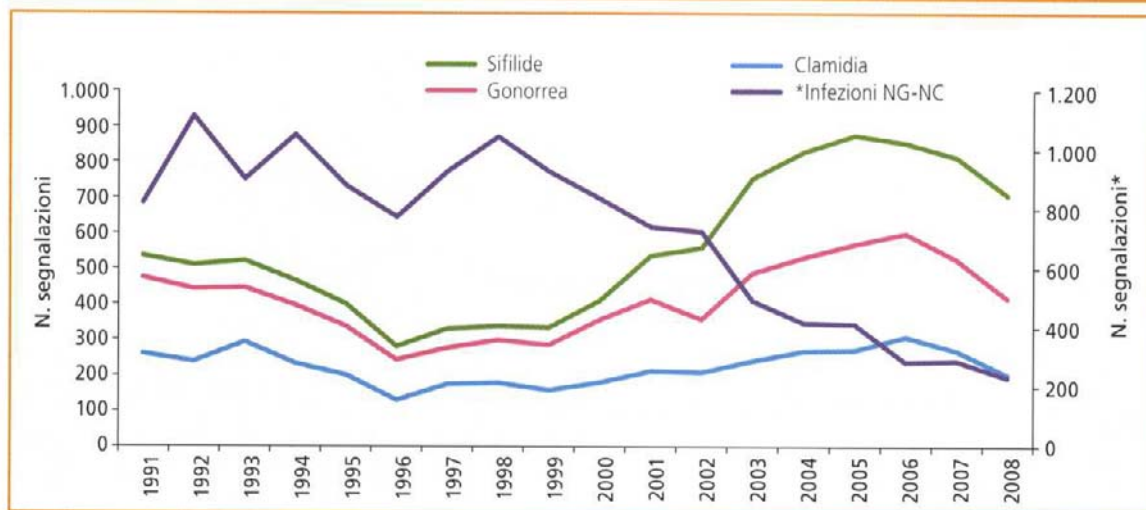
L'andamento dei casi nel tempo e per tipo di diagnosi ha mostrato una costante riduzione di tutte le infezioni batteriche fino al 1996. Il numero dei casi di infezioni da *Chlamydia trachomatis* ha mostrato un incremento progressivo dal 1996 al 2008, aumentando più di tre volte. Un trend simile è stato osservato per la gonorrea. I casi di sifilide primaria e secondaria sono stati approssimativamente 50 per anno nella seconda metà degli anni Novanta, dopo di che dal 2000 al 2008 hanno mostrato un incremento di circa sei volte (*Figura 2.13*).

Al contrario, il numero dei casi di infezioni NG-NC è rimasto relativamente stabile fino al 1998, per poi diminuire progressivamente fino al 2008 (vedi *Figura 2.13*).

Tra le due principali MST virali, i condilomi genitali hanno mostrato un andamento costante delle segnalazioni fino al 2004 e un successivo incremento con un picco delle segnalazioni nel 2008, mentre l'herpes genitale è rimasto relativamente stabile per l'intero periodo di studio e le segnalazioni sono state sempre numericamente inferiori rispetto a quelle dei condilomi (*Figura 2.14*).

Il 71% dei soggetti con MST ha effettuato un test anti-HIV e il 7,6% è risultato positivo; fra questi soggetti HIV positivi, più del 30% ha scoperto di essere sieropositivo

Figura 2.13. Andamento delle segnalazioni di malattie sessualmente trasmesse (MST) batteriche per anno di diagnosi (periodo 1991-2008).



Fonte: Istituto Superiore di Sanità. Centro Operativo AIDS. Sistema di Sorveglianza Sentinella delle MST basato su centri clinici. Anni 1991-2008 (Dati non pubblicati).

in occasione della diagnosi di MST (si tratta cioè di nuove diagnosi di HIV).

Recenti direttive di organismi internazionali in tema di sorveglianza e controllo delle MST hanno raccomandato di migliorare le conoscenze sulla diffusione di queste malattie, in particolare hanno sottolineato la necessità di reperire informazioni su quelle MST ampiamente diffuse nella popolazione generale, ma più spesso asintomatiche e quindi difficili da diagnosticare, come le infezioni da *C. trachomatis*, da *Neisseria gonorrhoeae*, da *Trichomonas vaginalis*.

Per rispondere a queste direttive e per migliorare le conoscenze sulla diffusione di queste malattie nel nostro Paese, è stato avviato nel 2009 un Sistema di Sorveglianza Sentinella basato su 13 laboratori di microbiologia, che segnalano nuovi casi di infezione da *C. trachomatis*, da *N. gonorrhoeae* e da *T. vaginalis*. Presso tali laboratori pervengono campioni biologici di provenienza diversa, che riflettono un'utenza territoriale molto ampia e più simile alla popolazione generale, diversamente dai centri clinici MST.

Nei primi sedici mesi di attività i laboratori hanno segnalato quasi 30.000 campioni; l'infezione più diagnosticata è stata quella da *C. trachomatis* (3,2%), seguita da *T. vaginalis* (0,7%) e da *N. gonorrhoeae* (0,4%).

Di tutti i soggetti positivi a *C. trachomatis* più di un terzo (34,2%) non presentava sintomi genitourinari al momento del prelievo. In particolare, la prevalenza di *C. trachomatis* è risultata significativamente più elevata nei soggetti che avevano dichiarato due o più partner sessuali negli ultimi 6 mesi (17,4%) e nei soggetti con età compresa tra i 15 e i 24 anni (7,9%).

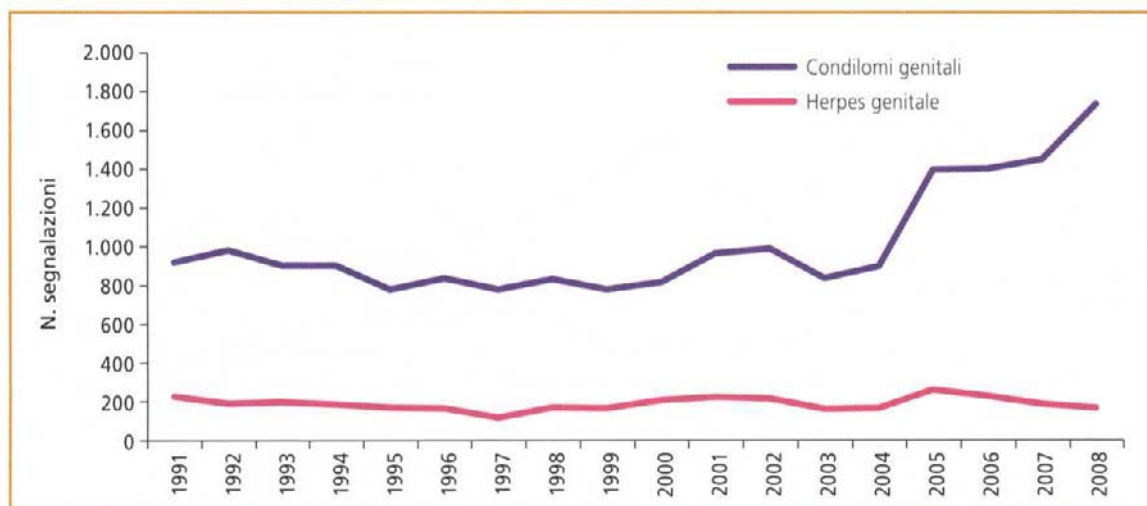
I dati a disposizione indicano che la frequenza e la diffusione di queste infezioni in Italia è rilevante e sottolineano l'urgenza di stabilire misure di controllo da intraprendere e risorse da allocare per un'adeguata prevenzione delle MST (compresa l'infezione da HIV).

2.12.3. Indicazioni per la programmazione

La normativa di base per la prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS è rappresentata dalla Legge 135 del 1990, 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 sani-

Figura 2.14. Andamento delle segnalazioni di malattie sessualmente trasmesse (MST) virali per anno di diagnosi (periodo 1991-2008).



Fonte: Istituto Superiore di Sanità. Centro Operativo AIDS. Sistema di Sorveglianza Sentinella delle MST basato su centri clinici. Anni 1991-2008 (Dati non pubblicati).

tario, la lotta allo stigma sociale mediante campagne di sensibilizzazione pubblica.

La sorveglianza HIV è stata invece definita dal DM del 31 marzo 2008, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 28 luglio 2008. Il decreto, oltre a descrivere l'organizzazione del sistema di sorveglianza, contiene raccomandazioni sulle modalità di accesso al test (anonimato, gratuità, con accesso diretto, consegna personale, con counseling pre- e post-test).

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 sanità pubblica a più alta priorità anche nel mondo occidentale.

Sarà necessario un aggiornamento delle strategie preventive, che finora sono state a disposizione dei clinici e degli operatori di sanità pubblica in questa area delle malattie in-

fettive, 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 particolare, appare indispensabile:

- informare la popolazione sulle presentazioni cliniche delle MST e sulle possibili complicanze e sequele di queste patologie;
- sensibilizzare la popolazione alla necessità di rivolgersi quanto prima al proprio medico di fiducia in caso di presenza di segni o sintomi suggestivi di una MST;
- educare all'uso del condom, soprattutto i più giovani, non solo come mezzo anticoncezionale, ma anche come metodo preventivo per evitare l'acquisizione delle MST;
- promuovere l'effettuazione del test anti-HIV in tutti i soggetti affetti da una MST;
- aumentare e facilitare l'offerta dei test di diagnosi per identificare anche i casi asintomatici.

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 *C. trachomatis* e di epatite C. La notifica avverrà secondo le

definizioni di caso e i criteri di diagnosi indicati dalla Decisione della Commissione Europea del 28 aprile 2008, che pone particolare attenzione alla sorveglianza basata sulla diagnosi di laboratorio.

Bibliografia essenziale

Camoni L, D'Amato S, Pasqualini C, et al. La sorveglianza HIV: proposta per una scheda raccolta dati dettagliata. *Notiziario ISS* 2009; 22: 11-5

Camoni L, Regine V, Boros S, et al. L'epidemia da HIV/AIDS nei giovani e nelle donne in Italia. *Notiziario ISS* 2010; 23: 3-6

COA (Centro Operativo Aids), Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia. Dicembre 2009. *Notiziario ISS* 2010; 23: 1-27

Salfa MC, Regine V, Giuliani M, et al. La Sorveglianza delle Infezioni Sessualmente Trasmesse basata su una Rete di Laboratori: 16 mesi di attività. *Notiziario ISS* 2010; 23: 11-15

Suligoi B, Giuliani M. La sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse e dell'infezione da HIV. Metodologia e flusso dei dati. *Annali ISS* 2000; 36: 399-407

2.13. Malattie professionali

2.13.1. Introduzione

Sebbene la definizione di malattia professionale presenti diversi livelli di specificità nei diversi ambiti preventivo, assicurativo, epidemiologico, ogni malattia la cui causa di insorgenza risulta dovuta a un'esposizione lavorativa rientra nella definizione di malattia professionale.

La vigente normativa nazionale prevede l'obbligo di denuncia all'INAIL delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura, per le quali vige la presunzione legale dell'origine lavorativa, comprese nelle tabelle allegate al decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 9 aprile 2008, della silicosi e asbestosi, la cui tutela obbligatoria è regolata da norme speciali, e inoltre delle malattie e delle lesioni legate alle radiazioni ionizzanti, in relazione all'«Assicurazione obbligatoria dei medici contro le malattie e le lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive o da folgorazione», nonché delle malattie (cosiddette non tabellate) delle quali sia comunque possibile provarne l'origine lavorativa da parte del lavoratore che ne chiede il riconoscimento.

Sussiste inoltre l'obbligo, a fini statistico-epidemiologici, di segnalazione da parte dei sanitari che facciano diagnosi delle malattie comprese negli elenchi di probabile/possibile origine lavorativa, annessi al De-

creto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 14 gennaio 2008, per l'inserimento dei dati nel registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o a 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 per vari motivi (es. complessità e difficoltà procedurali; prima del DM 9 aprile 2008 non era prevista nemmeno l'indicazione in tabella della specifica malattia e del codice identificativo, ma solo dell'agente e della lavorazione, la bassa percentuale relativa dei riconoscimenti/indennizzi rispetto alle denunce presentate, i timori di possibile licenziamento per perdita dell'idoneità al lavoro ecc.), anche se occorre tenere conto che l'eziologia multifattoriale di diverse malattie denunciate rende particolarmente difficoltoso e complesso l'accertamento del nesso di causa/concausa lavorativa e vada precisato che la sottostima delle malattie professionali non rappresenta un fenomeno solo nazionale. La Commissione Europea con la raccomandazione 2003/670/CE ha infatti evidenziato che la sottostima, sia delle denunce sia dei riconoscimenti delle malattie professionali, riguarda l'intero ambito europeo.

Alla complessità delle disposizioni legislative e procedurali si aggiungono anche scarse conoscenze e limitata sensibilizzazione dei

medici alla problematica delle malattie correlate al lavoro, elementi che condizionano negativamente l'emergere del fenomeno delle "malattie professionali perdute", anche se al riguardo cominciano a manifestarsi i primi segni di un positivo cambiamento rilevabile dal costante incremento delle denunce.

2.13.2. Rappresentazione dei dati

Dai dati rilevabili nell'ultimo rapporto annuale dall'INAIL, risultano pervenute all'Istituto 34.646 denunce di malattie professionali relativamente al 2009, con un aumento rispetto all'anno precedente pari al 15,7%. In particolare, nel settore dell'agricoltura il numero di denunce risulta addirittura raddoppiato rispetto al 2008, essendo passate da 1.834 a 3.914.

Per quanto riguarda la distribuzione delle denunce nei diversi settori, la maggior parte risulta concentrata nel settore dell'Industria e Servizi, che con 30.362 denunce ha fatto registrare nel 2009, rispetto agli ultimi cinque anni, un incremento di circa il 30%, con un aumento in termini assoluti di circa 8.000 denunce in più rispetto alle denunce pervenute nel 2005.

Nel settore dell'Agricoltura, i dati mostrano che nel quinquennio il numero delle denunce si è triplicato, passando da 1.318 denunce nel 2005 a 3.914 nel 2009. Per il settore dei dipendenti dello Stato, nello stesso anno è stato registrato un incremento di denunce del 6% rispetto al 2008.

Tra le malattie denunciate, sebbene l'ipoacusia continui a permanere ai primi posti, anche se con trend costantemente in diminuzione, le malattie più diffuse in tutti i settori produttivi con circa 18.000 casi denunciati risultano le malattie osteoarticolari e muscolotendinee, in particolare le affezioni dei dischi intervertebrali per sovraccarico biomeccanico e per artrosi e la tendinite; queste ultime, negli anni compresi dal 2003 al 2007, hanno mostrato una crescita del 131%.

Le malattie respiratorie hanno mostrato una lieve flessione numerica, essendo passate a 2.353 denunce nel 2009 a fronte del-

le 2.450 pervenute nel precedente anno.

Per le patologie tumorali, escluse le neoplasie da asbesto, le denunce hanno riguardato 1.132 casi relativamente all'anno 2009; per le malattie causate dall'asbesto costituite da neoplasie, asbestosi e placche pleuriche, si sono registrate nello stesso anno 2.043 denunce, con una lieve riduzione nel quinquennio rispetto ai 2.133 casi denunciati nel 2005.

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. Per analizzare il nesso causale tra patologia e attività lavorativa, tale progetto 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 abbiano fatto registrare un notevole incremento. L'analisi dei casi di malattia professionale segnalati alle ASL nel periodo 2007-2008 (secondo gli ultimi dati presentati nel Convegno nazionale di novembre 2010) mostra, dopo l'analisi con la metodica prevista da Malprof, la conferma della correlazione con il lavoro nel 72,1% delle segnalazioni delle realtà operative secondo il modello Malprof, ovvero le Regioni Lombardia, Puglia, Toscana, Valle d'Aosta e alcune ASL di Lazio, Liguria e Sicilia; i dati INAIL, derivanti da criteri di tipo assicurativo, relativi alle denunce dal 2005 al 30 aprile 2008, mostrano, in Industria e Servizi, un riconoscimento dell'origine lavorativa in Lombardia pari al 34,2% dei casi e in Toscana pari al 33,7%, ivi compresi anche i casi che non hanno dato luogo a indennizzo, essendo stato riconosciuto un grado di invalidità inferiore al 6% (che non comporta indennizzo). I dati raccolti riferiti a disturbi psichici da

costrittività organizzativa e alle malattie stress-correlate mostrano una percentuale dell'11,6% di riconoscimento INAIL rispetto ai casi denunciati, mentre la percentuale di inquadramento come origine professionale per i Servizi territoriali di Lombardia e Toscana è risultata pari al 64,1% dei casi segnalati.

Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM), istituito presso l'ISPESL, 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 a elevata diffusione nella popolazione generale, quali i tumori del polmone o della vescica, è stato attivato dall'ISPESL un sistema di sorveglianza epidemiologica (*OCCupational CAncer Monitoring*, OCCAM) 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 evidenziano 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, con eventuali confronti territoriali (regionali o europei)

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

ra sia 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 vede al primo posto, per incidenza di malattie professionali, il Centro per l'Agricoltura, mentre per l'Industria e i Servizi la macroarea interessata dal maggior numero di denunce risulta essere il Nord-Est.

Relativamente alla differente incidenza nell'Industria e Servizi tra lavoratori e lavoratrici, nel quinquennio 2003-2007, i dati dimostrano 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, da ritenersi conservativa, formulata da Doll e Peto negli anni Ottanta, prevede che, per i Paesi industrializzati, una percentuale del 4% di tutti i decessi per tumore risulterebbe attribuibile a esposizione professionale; in riferimento a tale valutazione, il numero delle denunce di neoplasie ricavabili dai dati INAIL appare essere notevolmente al di sotto della suddetta 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", in aggiunta all'individuazione puntuale della singola voce di malattia e del relativo codice ICD 10, appare ragionevole prevedere nei prossimi anni un'inversione rispetto alla situazione attuale, con futura prevalenza numerica delle malattie "tabellate" per le quali risulta semplificato il riconoscimento rispetto alle malattie "non tabellate".

Volendo raffrontare la situazione esistente in Italia rispetto ad altri Paesi, per le nuove malattie emergenti, quali, in particolare, le patologie muscoloscheletriche, si evidenzerebbe un sostanziale allineamento rispetto ai dati percentuali europei (EUROSTAT).

2.13.4. Indicazioni per la programmazione

Appare tuttora prioritario facilitare l'emergere delle "malattie professionali perdute", così come raccomandato anche a livello europeo, attraverso un miglioramento del livello delle conoscenze del personale medico riguardanti in generale le problematiche connesse all'identificazione e gestione delle malattie professionali e, in particolare, degli ex-esposti a cancerogeni professionali.

Per favorire la segnalazione delle malattie professionali appaiono 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 altre forme morbose in precedenza non inserite nelle tabelle allegate.

Il cambiamento, avvenuto negli ultimi anni, dello scenario produttivo e dell'organiz-

zazione del lavoro ha comportato modifiche profonde anche del panorama delle malattie professionali, che richiedono interventi di semplificazione per creare condizioni in grado di assicurare una migliore gestione della prevenzione e una giusta tutela previdenziale.

La ricerca sanitaria nel settore delle "malattie lavorative emergenti" appare pertanto essere ugualmente importante sul piano della programmazione 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, a oggi non sempre sufficientemente garantita.

Bibliografia essenziale

INAIL. Rapporto annuale, Anno 2007 e Anno 2009

ISPESL. Regioni Malprof 2003-2004. Il terzo rapporto ISPESL. Regioni sulle malattie professionali. Prevenzione Oggi 2007; 1 (Suppl.)

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

2.14. Malattie infettive emergenti o riemergenti

2.14.1. Introduzione

Le malattie infettive sono causate dall'azione di un microrganismo e possono presentarsi in forma sia endemica (malattie costantemente presenti in una popolazione o in una determinata area geografica) sia epidemica (repentino incremento del numero dei casi, superiore all'atteso). Quando un'epidemia è geograficamente molto estesa e interessa molti individui della popolazione si parla di pandemia.

Le epidemie e le pandemie sono sempre state concepite nell'immaginario collettivo come una pericolosa minaccia alla quale è difficile sottrarsi in caso di contagio. La percezione del pericolo è frutto di antiche esperienze legate a eventi epidemici che nel passato hanno flagellato le popolazioni: dalla peste nera di Atene (430 a.C.) alla peste di manzoniana memoria (1629), alla pandemia influenzale detta "Spagnola" (1918), fino ad arrivare ai

giorni nostri con l'AIDS (1980) e la SARS (*severe acute respiratory syndrome*) [2003]. Per secoli l'umanità ha dovuto subire passivamente questi eventi fino a che la definizione della teoria dei germi e la scoperta dei batteri, con l'identificazione di specifici microrganismi responsabili delle diverse malattie infettive, hanno permesso la successiva scoperta e lo sviluppo dei vaccini e degli antibiotici. Tuttavia, negli ultimi anni, nonostante gli enormi progressi fatti in campo biomedico, i microrganismi hanno continuato a emergere e riemergere e a diffondersi a livello mondiale senza alcuna possibile previsione. Le malattie infettive "emergenti" possono essere causate da microrganismi completamente nuovi mai isolati prima nell'uomo (es. SARS) oppure da microrganismi "riemergenti" (es. tubercolosi).

Le cause dell'emergere o riemergere dei microrganismi possono essere numerose: mutazioni genetiche, cambiamenti nel serbato-

io dell'infezione, nei vettori competenti, nel comportamento dell'uomo (come la velocità degli spostamenti aerei e l'urbanizzazione) e nell'ambiente. In aggiunta, tutti questi fattori possono interagire insieme e creare le condizioni affinché un microrganismo possa evolvere, acquistando così la capacità di raggiungere l'ospite e di adattarsi e diffondersi molto più facilmente nell'uomo.

A seconda che il microrganismo sia emergente o riemergente, le possibili cause e le misure di prevenzione da attuare possono essere diverse. Qualsiasi malattia infettiva può diventare emergenza quando assume un carattere epidemico o quando viene percepita dalla popolazione come pericolosa.

2.14.2. Rappresentazione dei dati

Numerose malattie infettive emergenti sono arrivate all'attenzione dell'opinione pubblica durante il 20° e 21° secolo, causando spesso paura e angoscia nella popolazione. Esempi recenti sono rappresentati dalla variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob, malattia neurologica cronica degenerativa causata da un "agente infettivo" responsabile dell'encefalopatia spongiforme bovina (*bovine spongiform encephalopathy*, BSE), meglio conosciuta come malattia della "mucca pazza", adattata all'uomo. La sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate è stata istituita in Italia nel gennaio 1993, con l'obiettivo di identificare eventuali cambiamenti nell'incidenza e nelle manifestazioni cliniche o neuropatologiche della malattia in seguito all'epidemia di BSE nel Regno Unito. Dal 2000 al 2010 sono stati segnalati in Italia circa 1.100 casi di malattia di Creutzfeldt-Jakob, solo uno dei quali causato dalla nuova variante legata alla "mucca pazza".

Anche l'influenza aviaria ha rappresentato, e rappresenta tuttora, un'importante malattia emergente. Causata da diversi sottotipi virali, è responsabile di numerose epidemie nel pollame e negli uccelli selvatici in Asia ed Europa e, occasionalmente, di casi umani. Diversi sono i ceppi influenzali di tipo A che possono causarla, ma negli ultimi anni

il sottotipo A/H5N1 si è diffuso in maniera importante tra gli uccelli selvatici, che rappresentano il principale serbatoio, eliminando il virus con saliva, secrezioni nasali e feci. Questi possono a loro volta infettare animali domestici che sviluppano la malattia provocando estese epidemie animali. Dal 1997 sono stati descritti casi sporadici di infezione umana da virus A/H5N1. Infatti, sebbene non sia ancora stata completamente dimostrata la capacità di trasmissione interumana del virus, l'estrema promiscuità di vita in alcune zone dell'Asia tra uccelli domestici, uomini e animali può favorire la trasmissione del virus all'uomo. Dal 2003 ad aprile 2011 l'OMS ha segnalato 530 casi e 313 decessi nell'uomo in tutto il mondo. In Italia, a seguito dei primi casi di infezione da virus A/H5N1 in alcuni cigni migratori, il Ministero della Salute ha emanato una serie di indicazioni e raccomandazioni per sorvegliare la malattia e prevenire la sua diffusione dagli uccelli selvatici agli allevamenti di volatili domestici e ad altri volatili in cattività e ha sviluppato nel 2006 un "Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale". Infatti, l'influenza aviaria ha rappresentato e continua a rappresentare una malattia emergente con un forte potenziale pandemico.

Tuttavia, nonostante fosse riconosciuto come virus potenzialmente pandemico l'A/H5N1, il 24 aprile 2009 l'OMS ha lanciato l'allerta sul possibile rischio connesso alla diffusione di un nuovo virus influenzale di tipo A/H1N1 nell'uomo (isolato negli Stati Uniti e responsabile di numerosi casi severi in Messico) e al suo potenziale pandemico. L'intervento dell'OMS ha determinato il rapido innalzamento del livello di attenzione per la preparazione e la risposta a una pandemia influenzale da parte dei Governi di tutto il mondo.

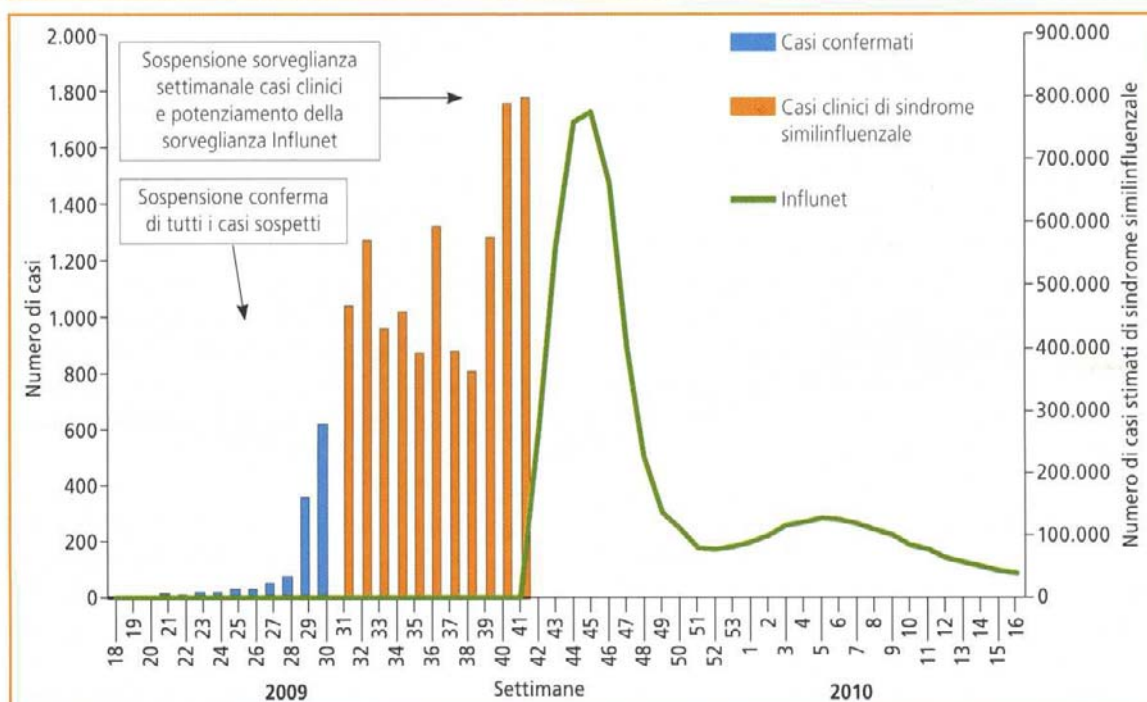
La diffusione del virus in diversi continenti (America, Europa, Australia, Asia) ha determinato, l'11 giugno 2009, la decisione dell'OMS di dichiarare il passaggio alla Fase 6 dei livelli di allerta pandemico, che decretava l'esistenza di uno stato di pandemia da nuovo virus influenzale, così come definito dal Piano di preparazione e risposta

alla pandemia influenzale OMS, aggiornato nel maggio 2009.

In Italia, dalla fine di aprile 2009, sono stati potenziati e attivati diversi sistemi di sorveglianza epidemiologica per monitorare l'andamento della pandemia, il suo impatto (in termini di incidenza, ospedalizzazioni, casi severi e decessi) e l'efficacia delle misure di mitigazione e contenimento (farmacologiche e non) messe in atto. Con la finalità di armonizzare la sorveglianza epidemiologica all'interno delle 21 Regioni e PA italiane, il Ministero della Salute ha pubblicato una serie di Circolari e Ordinanze relative alla sorveglianza della pandemia. Nella primissima fase di diffusione del virus pandemico veniva richiesta la conferma di laboratorio per tutti i casi sospetti; successivamente, il numero crescente dei casi e la trasmissione di comunità ormai stabilita in molte aree del mondo rendeva estremamente difficile la conferma di laboratorio per tutti i casi. Pertanto, da luglio 2009 in poi veniva raccomandata la conferma solo per un campione di casi clinici (ospedalizzati) e la segnalazione settimanale da parte delle Regioni dei casi di sindrome similinfluenzale (*influenza*

like illness, ILI), del campione di casi confermati di influenza da virus A/H1N1v, dei casi ospedalizzati e dei decessi. Il primo caso confermato di influenza pandemica importato in Italia e segnalato attraverso il sistema di sorveglianza attiva si è verificato il 24 aprile 2009 in un cittadino italiano che rientrava dal Messico. Successivamente, dall'1 maggio 2009 (settimana 18) al 18 ottobre 2009 (settimana 42) sono stati segnalati 15.791 casi di ILI. Il sistema di sorveglianza sentinella Influnet, dal 19 ottobre 2009 (settimana 43) al 15 novembre 2009 (settimana 46), ha evidenziato un repentino incremento del numero di ILI segnalate settimanalmente. Dal 16 novembre 2009 (settimana 47) il numero di casi è andato gradualmente riducendosi, fino a ritornare ai livelli di base il 3 gennaio 2010 (settimana 53) [Figura 2.15]. Le fasce di età più colpite sono risultate quelle dei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni (incidenza cumulativa: 232 per 1.000 assistiti) e tra 5 e 14 anni (271 casi per 1.000); viceversa, l'incidenza è andata decrescendo all'aumentare dell'età e ha raggiunto il valore minimo negli anziani (da 64 per 1.000 assistiti tra 15 e 64 anni a 26 per 1.000 tra gli

Figura 2.15. Andamento delle sindromi similinfluenzali in Italia dal maggio 2009 all'aprile 2010.



Fonte: Istituto Superiore di Sanità e Ministero della Salute – Anni 2009-2010.

individui di età pari o superiore a 65 anni). In totale, dal 19 ottobre 2009 alla fine di aprile 2010 il 9% della popolazione italiana si è ammalato di ILI. Sono stati segnalati 260 decessi in casi confermati di influenza pandemica soprattutto nella fascia di età 15-64 anni, in cui normalmente non si rileva un'elevata letalità. Il Ministero della Salute ha previsto la progressiva vaccinazione con vaccino pandemico di almeno il 40% della popolazione residente, secondo un piano che stimava di vaccinare 8,6 milioni di persone entro il 31 dicembre 2009 e la rimanente quota nei primi mesi del 2010. L'Italia è stata il primo Paese europeo a partire con la vaccinazione per la nuova influenza A/H1N1v. Per la rilevazione della copertura vaccinale è stato costruito un sistema per la rilevazione settimanale delle dosi di vaccino pandemico somministrate da Regioni e PA nelle categorie in cui il vaccino era raccomandato. Nella *Tabella 2.18* è riportato il numero di prime e seconde dosi di vaccino pandemico somministrate per Regione e PA. Tra le malattie infettive riemergenti vi è la

tubercolosi (TBC), una malattia che ci si illudeva destinata a scomparire, ma che invece rappresenta una problematica molto attuale soprattutto tra i gruppi vulnerabili della popolazione, come i migranti e le persone sieropositive all'HIV.

La TBC è una malattia infettiva, contagiosa, a decorso cronico, conosciuta fin dall'antichità. Nei Paesi occidentali, sia per l'isolamento dei malati contagiosi nei sanatori, sia per il diffuso miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, la TBC ha iniziato a diminuire alla fine del 19° secolo. Poi, grazie alla terapia antitubercolare, la mortalità e, più gradualmente l'incidenza si sono notevolmente ridotte. All'inizio degli anni Ottanta la TBC sembrava essere, nei Paesi Occidentali, sulla strada dell'eradicazione definitiva e almeno sotto controllo nei Paesi in via di sviluppo. Tuttavia, nel decennio successivo si è invece riaffacciata in tutto il mondo, come una vera e propria minaccia per l'uomo. La riemergenza della TBC, indicata dall'OMS come grave problema di sanità pubblica a livello

Tabella 2.18. Numero di prime e seconde dosi di vaccino pandemico somministrate per Regione e Province Autonome in Italia (stagione 2009-2010)

Regione	Numero di prime e seconde dosi somministrate	Popolazione eleggibile	Copertura vaccinale (%)
Piemonte	26.898	644.407	4,174070114
Valle d'Aosta	1.132	65.111	1,73856952
Lombardia	152.539	3.702.893	4,119454707
PA di Bolzano	5.729	196.400	2,91700611
PA di Trento	8.288	181.300	4,571428571
Veneto	80.528	1.972.309	4,08293021
Friuli Venezia Giulia	19.250	432.019	4,455822545
Liguria	19.981	470.027	4,251032388
Emilia Romagna	158.581	1.588.623	9,982292841
Toscana	52.896	1.408.325	3,755951219
Umbria	19.374	305.251	6,346907954
Marche	29.399	568.250	5,173603168
Lazio	36.188	2.566.706	1,409900472
Abruzzo	15.764	186.202	8,466074478
Molise	2.973	115.025	2,58465551
Campania	54.526	929.610	5,865470466
Puglia	51.123	2.028.133	2,520692676
Basilicata	6.190	252.103	2,455345633
Calabria	31.558	842.343	3,746454829
Sicilia	87.617	2.223.680	3,940180242
Totale	860.534	20.678.717	4,161447734

Fonte: Istituto Superiore di Sanità e Ministero della Salute – Stagione 2009-2010.