



Servizio di riferimento **Regionale**
di Epidemiologia per la sorveglianza,
la prevenzione e il controllo
delle **Malattie Infettive**

LE MALATTIE BATTERICHE INVASIVE IN PIEMONTE ANNO 2014

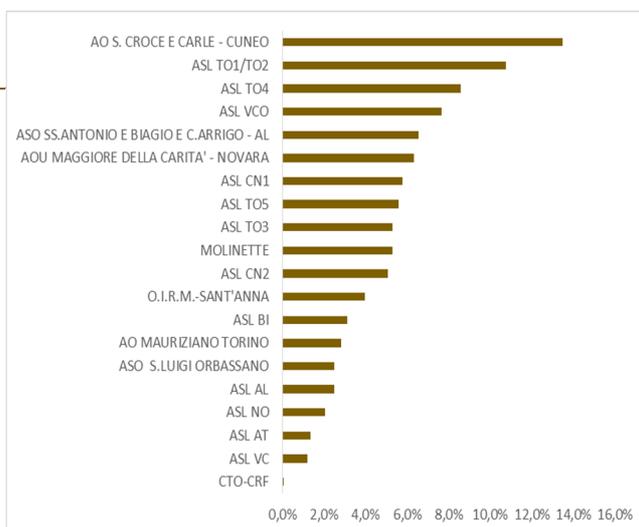
SEREMI

LE MALATTIE BATTERICHE INVASIVE (MIB)

Recepita nel 2008 in Piemonte, dove dal 2003 era attiva la sorveglianza di laboratorio di tutte le infezioni invasive con accertata eziologia batterica, la sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo prevede la segnalazione di tutte le meningiti batteriche e delle altre malattie invasive ad eziologia batterica prevenibili da vaccino. I dati vengono raccolti sulla piattaforma web dell'Istituto Superiore di Sanità, che coordina l'attività a livello nazionale.

Figura 1

Distribuzione percentuale dei casi totali di malattia batterica invasiva per Ospedale di diagnosi (2008-2014).

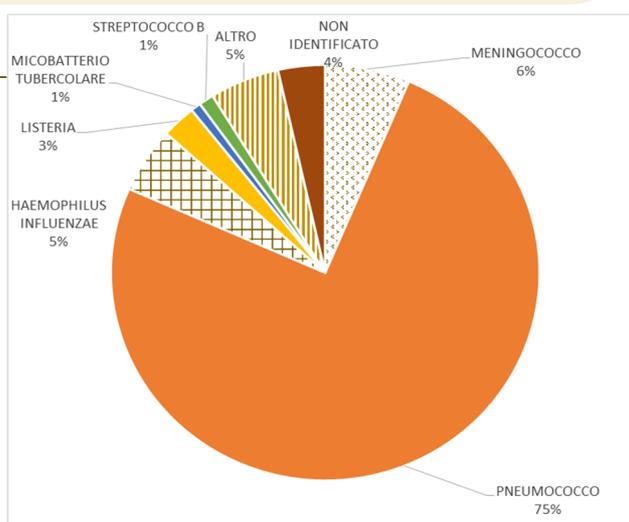


Obiettivi della sorveglianza:

Attivare, a livello nazionale, la sorveglianza di tutte le meningiti ad eziologia batterica da qualsiasi agente e le malattie invasive causate da meningococco, pneumococco ed emofilo, garantendo la sierotipizzazione della maggior parte degli isolamenti, grazie ad un adeguato supporto diagnostico da parte del laboratorio;
Stimare la quota dei casi prevenibili e valutare l'impatto delle strategie intraprese;
Descrivere la frequenza dei casi per agente patogeno, regione e fascia di età;
Monitorare l'andamento temporale e geografico dei casi;
Descrivere la distribuzione dei sierotipi circolanti;
Indagare casi di fallimento vaccinale, studio fattori di rischio.

Figura 2

Distribuzione percentuale dei casi totali di malattia batterica invasiva per agente etiologico (2008-2014).



La proporzione di MIB in cui l'agente patogeno non è stato identificato, pari al 4% nel 2014 in Piemonte, è un dato che corrisponde a quello nazionale.

Le malattie invasive da meningococco

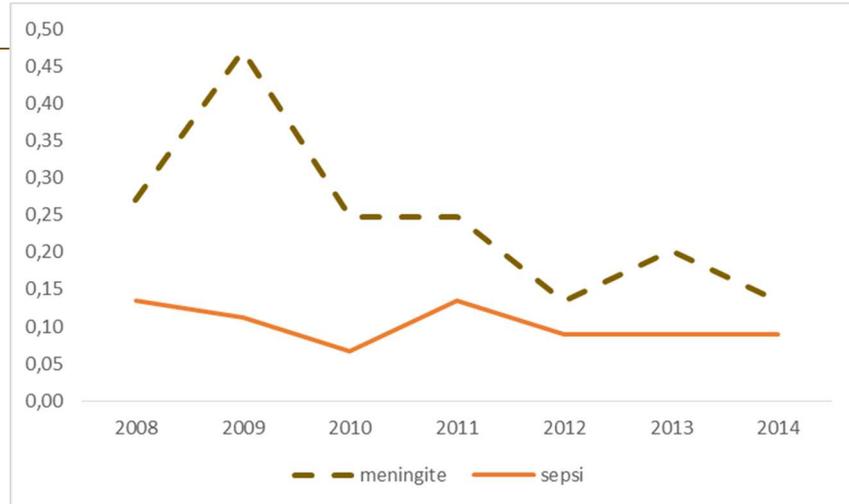
In Italia l'incidenza di malattia invasiva da *Neisseria meningitidis* è pari a 0,29 casi per 100000; nella maggior parte delle regioni l'andamento è pressochè stabile.

L'incidenza è maggiore nella fascia di età 0-4 anni e in particolare nei bambini sotto l'anno di età, come in EU.

Il meningococco B rappresenta il sierogruppo più frequente, in EU (68%) come in Italia e in Piemonte.

Figura 3

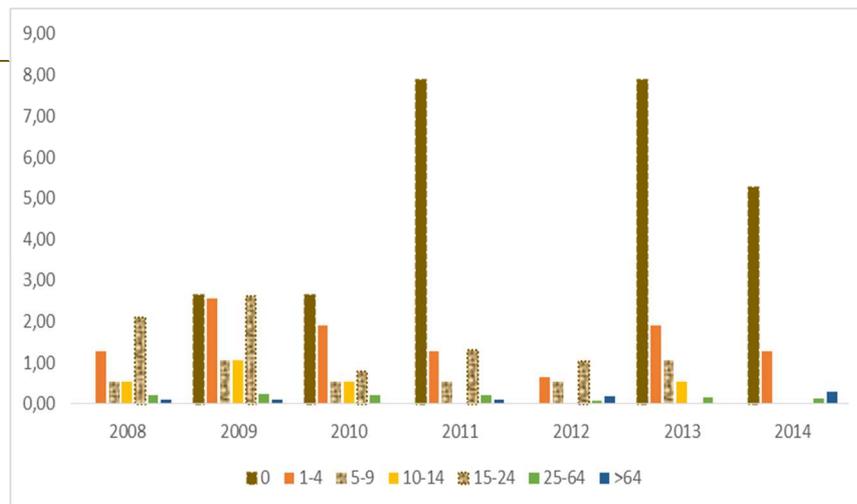
Malattie invasive da meningococco per anno e quadro clinico. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.



In Piemonte le meningiti meningococciche si confermano essere le più rappresentate rispetto agli altri quadri clinici e le sepsi dal 2012 al 2014 presentano un'incidenza costante.

Figura 4

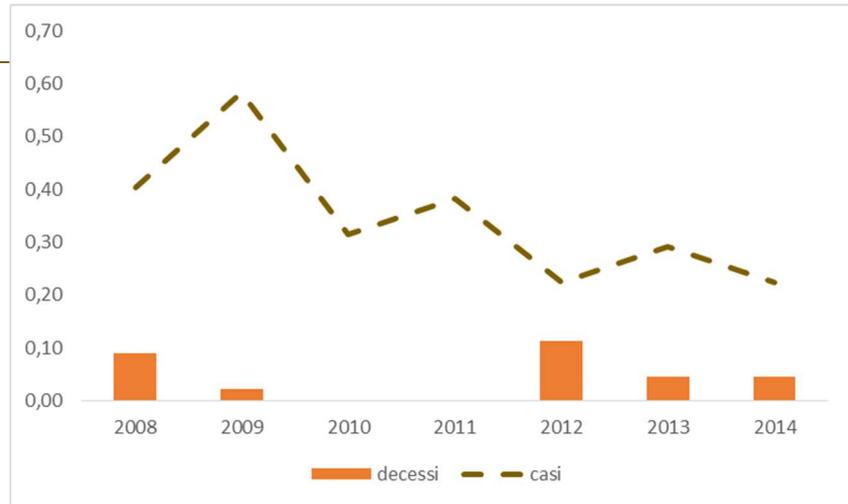
Malattie invasive da meningococco per anno e fascia di età. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.



Anche in Piemonte, come in Italia e in EU, le malattie invasive meningococciche presentano un'incidenza maggiore nel primo anno di vita. Nel 2014, rispetto al 2013, vi è una diminuzione dell'incidenza in tutte le fasce d'età, ad eccezione di quella degli anziani.

Figura 5

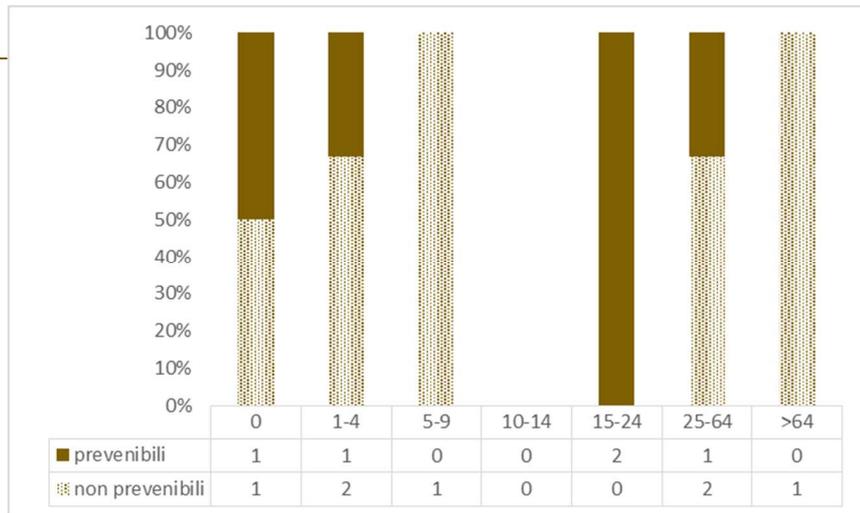
Malattie invasive da meningococco e decessi per anno. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.



Anche la letalità diminuisce dopo il 2012; l'informazione sullo stato in vita per i casi di malattia invasiva meningococcica è migliorata nel corso degli anni di sorveglianza e nel 2014 è sempre nota, mentre a livello nazionale resta ancora suscettibile di miglioramento.

Figura 6

Decessi per malattia invasiva da meningococco prevenibili e non. 2008-2014.

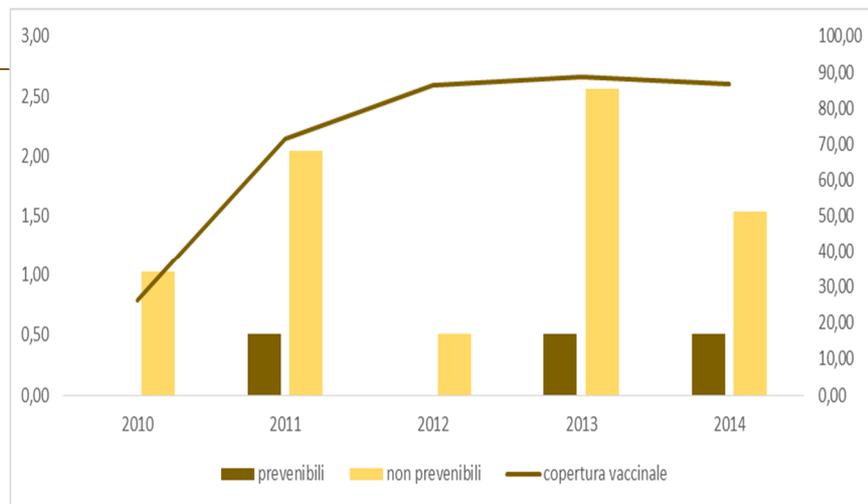


Nel 2014 si sono verificati, per la prima volta dopo il 2007, 2 decessi in pazienti minori di un anno: uno di un mese di vita per sepsi da meningococco di gruppo B e uno di sei mesi di età per meningite da meningococco di gruppo C.

Si ricorda che in Piemonte l'offerta vaccinale antimeningococco C è attiva e gratuitamente rivolta ai nuovi nati (15 mesi di età) dal 2010.

Figura 7

Malattie invasive prevenibili e non con vaccino antimeningococcico C, nei minori di 5 anni e copertura vaccinale. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.



L'incidenza dei casi di malattia invasiva meningococcica prevenibili nei bambini minori di 5 anni si mantiene costantemente bassa negli anni di sorveglianza, mentre la quota dei casi non prevenibili con vaccino anti meningococco C è sempre più elevata, in particolare nel 2013, con l'aumentare della copertura vaccinale.

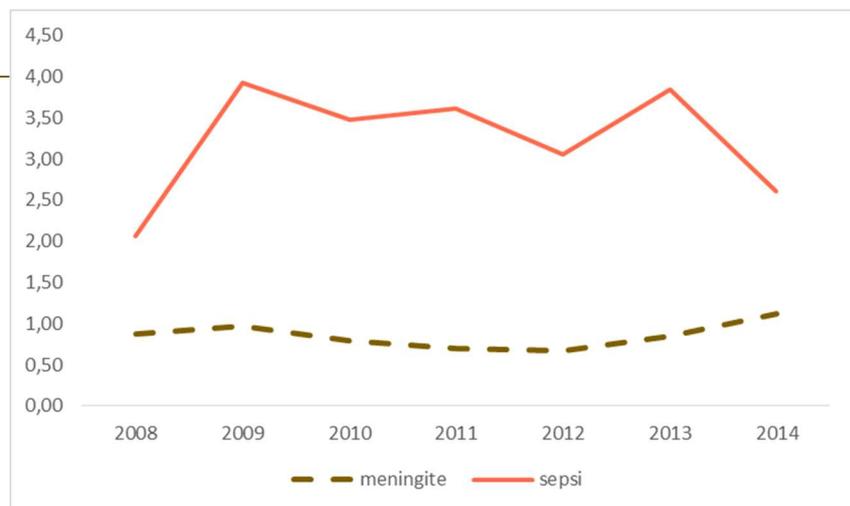
LE MALATTIE INVASIVE DA PNEUMOCOCCO

In Italia l'incidenza di malattia invasiva da *Streptococcus pneumoniae* risulta in lieve aumento, con un'incidenza pari a 1,4-1,5 casi per 100000 (dati parziali) nel 2014. Persiste l'andamento in diminuzione dei casi nella fascia di età tra 0 e 5 anni, mentre si nota un aumento nelle altre classi di età.

La sepsi/batteriemia è sempre il quadro clinico più frequente, soprattutto negli ultrasessantatrenni.

Figura 8

Malattie invasive da pneumococco per anno e quadro clinico. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.

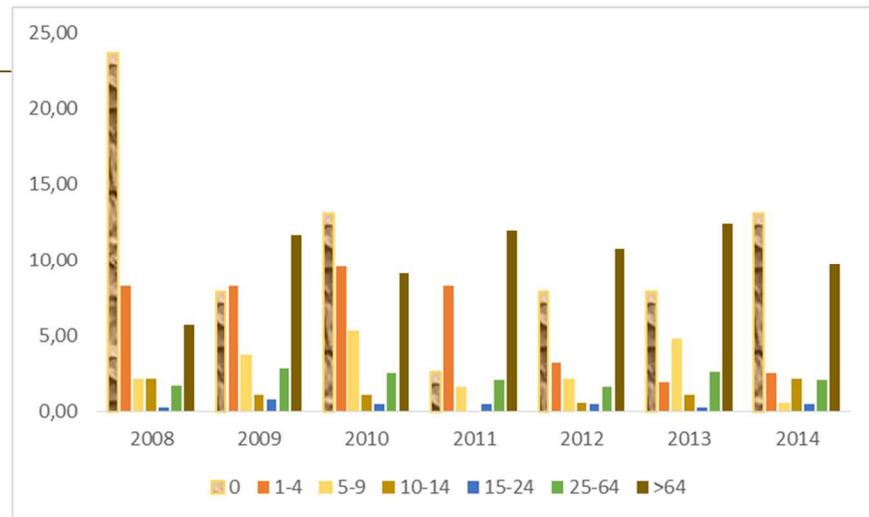


L'incidenza regionale delle malattie invasive pneumococciche nel 2014 ha subito un decremento, assumendo un valore pari a quello del 2012 (3,7 casi per 100000).

Anche in Piemonte gli altri quadri clinici diversi da meningite presentano sempre un'incidenza maggiore; in particolare, nel 2014 sono però aumentate le meningiti e diminuite le sepsi.

Figura 9

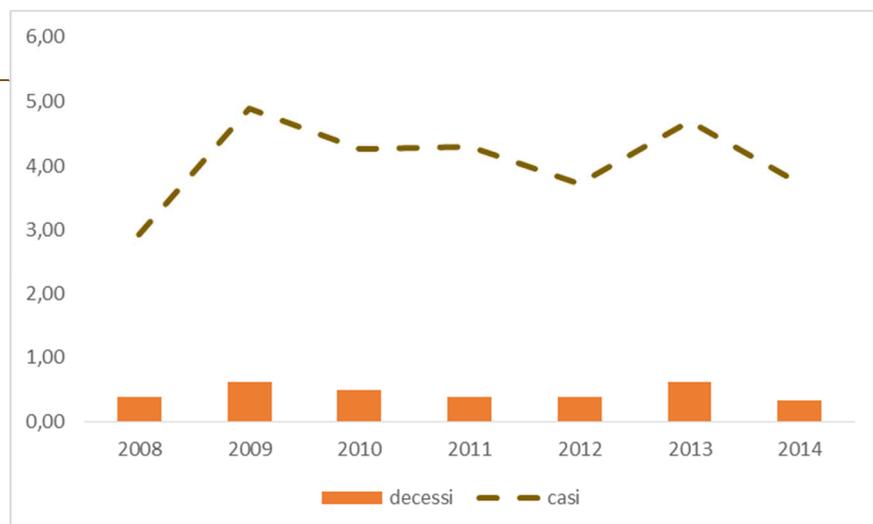
Malattie invasive da pneumococco per anno e fascia di età. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.



L'incidenza nei bambini di età inferiore ai 4 anni è aumentata nel 2014 rispetto al trend in diminuzione che si era registrato negli anni di sorveglianza che vanno dal 2011 in poi e la fascia dei minori di un anno continua a essere la più rappresentata, come quella degli anziani, parallelamente all'andamento nazionale. Nel 2014 inoltre, nello stesso periodo di tempo considerato, l'incidenza della malattia invasiva da pneumococco negli ultrasessantatenni in Piemonte mostra un decremento, seppure molto lieve.

Figura 10

Malattie invasive da pneumococco e decessi per anno. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.

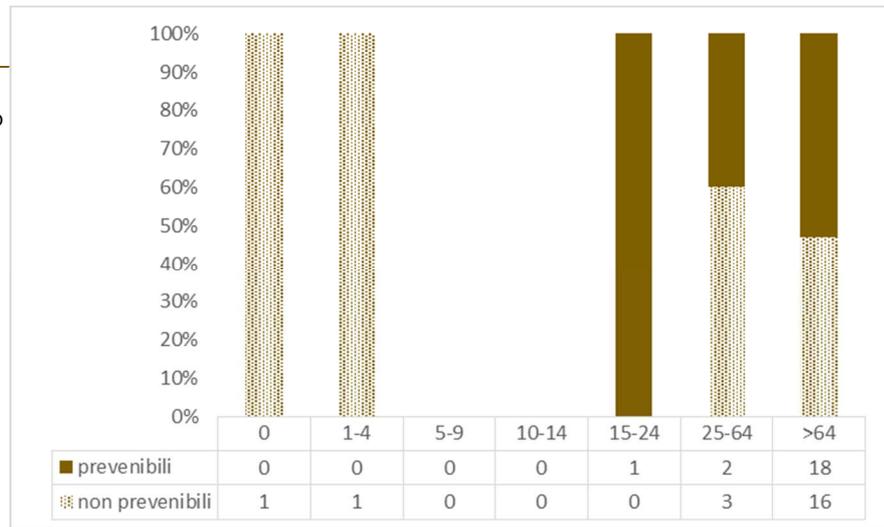


Nel 2014 le malattie invasive pneumococciche presentano una letalità più bassa rispetto ai precedenti anni di sorveglianza; l'informazione sullo stato in vita è migliorata ed è ora nota nel 90% dei casi.

Si consideri che i ceppi di pneumococco in Piemonte sono tipizzati per tutte le età solo dal 2012 (prima erano tipizzati solo i casi pediatrici).

Figura 11

Decessi per malattia invasiva da pneumococco prevenibili e non. 2008-2014.



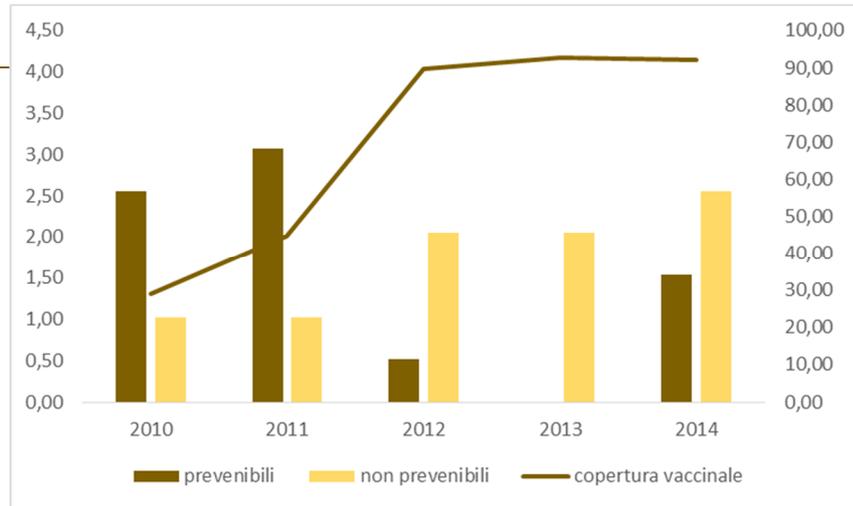
L'unico caso deceduto e prevenibile nella fascia di età 15-24 anni non è stato vaccinato.

Per quanto concerne i decessi pediatrici in Piemonte, in tutti gli anni di sorveglianza se ne registrano 2 nel 2010 tra 0 e 4 anni di età, non prevenibili e 2 nel 2013 tra 3 e 13 anni, non tipizzati per cui risulta impossibile distinguerli in prevenibili e non.

In EU tra il 2008 e il 2012 si è osservata una diminuzione di incidenza costante nel tempo della malattia invasiva pneumococcica nei bambini sotto i 5 anni di età mentre in Italia negli ultimi anni si è osservato un netto miglioramento della notifica delle variabili epidemiologiche (presentazione clinica, esito, stato vaccinale) raccolte nella sorveglianza dello pneumococco, con una quota di missing values inferiore rispetto alla media europea.

Figura 12

Malattie invasive prevenibili e non con vaccino antipneumococcico nei minori di 5 anni e copertura vaccinale. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.



Mentre in precedenza era sempre maggiore l'incidenza dei casi prevenibili con vaccino per la malattia invasiva pneumococcica nella fascia di età 0-4 anni, negli ultimi anni di sorveglianza prevalgono invece i casi non prevenibili con il vaccino 13-valente introdotto per i nuovi nati in Piemonte nel 2010.

È molto importante promuovere il ricorso alla tipizzazione e la condivisione dei dati, al fine di stabilire l'esatta quota di casi prevenibili con la vaccinazione e rilevare l'eventuale aumento di sierotipi non presenti nel vaccino attualmente utilizzato (cosiddetto fenomeno del "replacement").

Le malattie invasive da emofilo

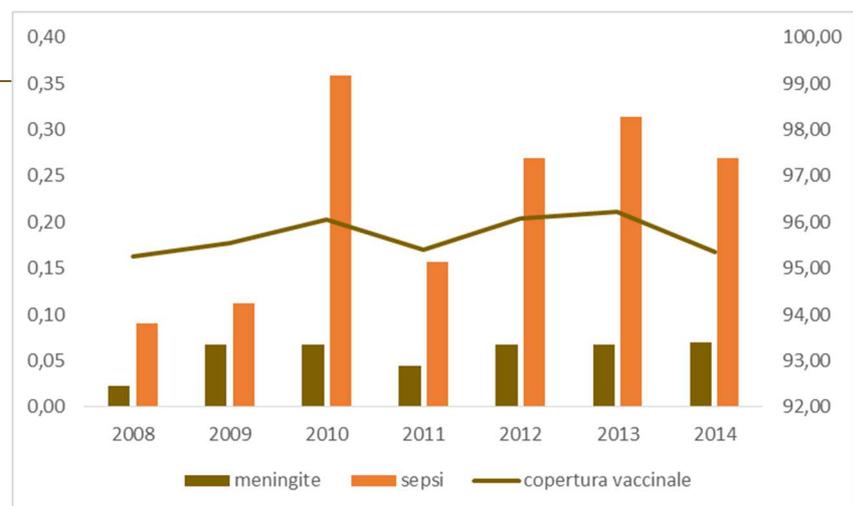
In Italia il numero di casi di malattia invasiva da *Haemophilus influenzae* rimane limitato (con incidenza pari a 0,1 casi per 100000), per quanto si osservi un lievissimo incremento negli ultimi anni; l'incidenza è bassa in tutte le classi di età ma più elevata nel primo anno di vita e negli anziani.

L'informazione sulla tipizzazione è disponibile per il 56% dei casi e, come per tutti gli anni precedenti, nel 2014 è netta la predominanza dei ceppi non capsulati (non prevenibili, oltre l'80%), così anche in Piemonte e i casi dovuti al sierotipo b, gli unici prevenibili con vaccino, risultano rari.

A livello europeo, l'informazione sul sierotipo non è disponibile nel 50% dei casi di malattia invasiva da emofilo, tuttavia il 77% del totale dei casi è dovuto a sierotipi non capsulati e la maggiore incidenza è rilevata tra i bambini sotto l'anno di età, come accade nella nostra regione, dove si vaccina dal 1999.

Figura 13

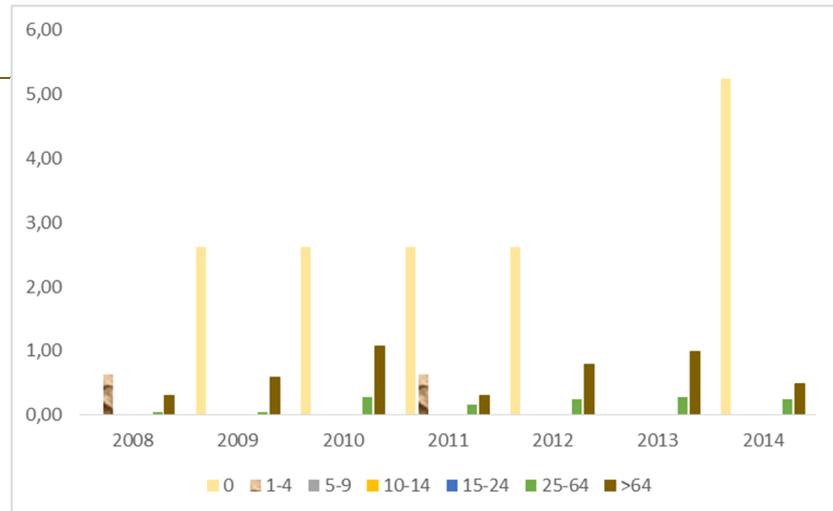
Malattie invasive da emofilo per quadro clinico e copertura vaccinale. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.



I quadri clinici diversi da meningite sono sempre prevalenti sia a livello nazionale che regionale, dove negli ultimi anni rimane costante l'incidenza delle meningiti da emofilo (0,07 per 100000) e si rileva comunque una diminuzione dell'incidenza delle sepsi.

Figura 14

Malattie invasive da emofilo per anno e fascia di età. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.

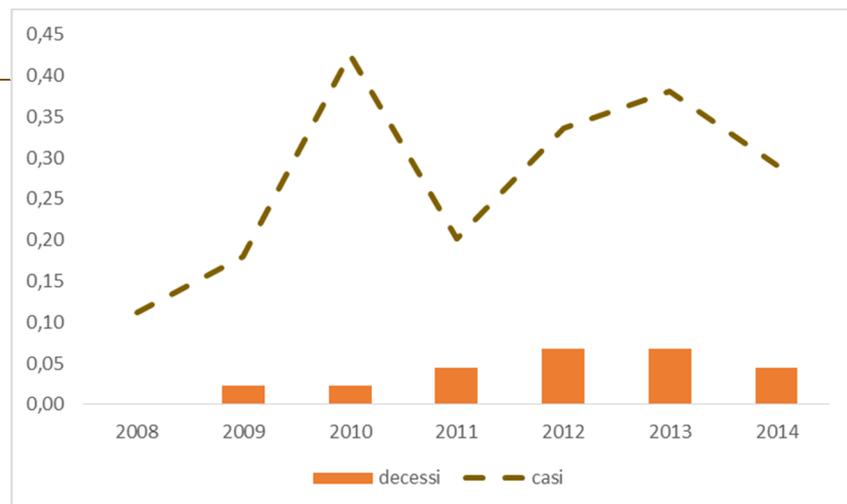


Riflettendo la situazione presente in EU e a livello nazionale, la maggior parte dei casi di malattia invasiva da emofilo interessa i minori di un anno e gli ultrasessantaquattrenni; si noti che dal 2012 al 2014 non si registrano casi tra 1 e 24 anni di età, mentre nel 2014 l'incidenza dei casi al di sotto di un anno è la maggiore in assoluto, rispetto a quelle rilevate in tutte le classi di età nel periodo considerato.

Si sono verificati 4 casi in minori di un anno, dal 2009 al 2012, uno per ogni anno (3 di questi non prevenibili), invece ne sono stati segnalati 2 (casi di sepsi, non vaccinati) nel solo 2014: un bambino di un mese con ceppo non capsulato e uno di due mesi con ceppo non tipizzato.

Figura 15

Malattie invasive da emofilo e decessi per anno. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.

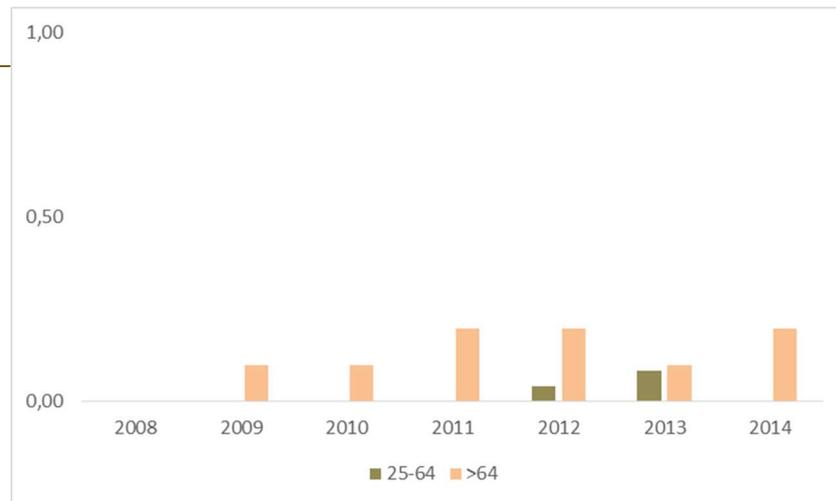


Il trend della letalità negli anni di sorveglianza segue quello dell'incidenza dei casi di malattia invasiva da emofilo, entrambi in diminuzione.

L'informazione sullo stato in vita è nota per circa il 90% dei casi.

Figura 16

Decessi per malattia invasiva da emofilo per anno e fascia di età. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti.



Nei 7 anni di sorveglianza si registrano 12 decessi, 10 dal 2008 al 2013 (solo per circa un terzo di questi è nota l'informazione sulla vaccinazione, non effettuata), 2 nel 2014: casi che interessano ultrasessantacinquenni con sierotipo non capsulato, uno non vaccinato, mentre per l'altro l'informazione non è nota.

Per un raffronto finale con la situazione nazionale ed europea, la qualità del dato riportato dall'Italia è generalmente suscettibile di miglioramento, in particolare le variabili di laboratorio (tipizzazione, antibioticoresistenza), con quota di missing values superiore rispetto alla media europea. A livello europeo, l'informazione sullo stato vaccinale non è disponibile nella stragrande maggioranza dei casi di malattia batterica invasiva, per cui si rileva eterogeneità tra i vari sistemi nazionali di sorveglianza in EU, soprattutto per le malattie invasive da pneumococco.

Non è superfluo infine ricordare l'importanza dell'indispensabile e costante collaborazione tra Laboratori di Microbiologia, Reparti Ospedalieri e territorio, al fine di mantenere alta l'attenzione sulle attività di sorveglianza.

Si rivolge quindi un particolare ringraziamento ai Referenti dei Laboratori di Microbiologia degli Ospedali, ai Referenti SIMI delle ASR e a tutti gli operatori sanitari che partecipano alla sorveglianza delle malattie batteriche invasive.

A cura di Daniela Lombardi e dei Colleghi del SeREMI ASL AL