

Istituto superiore di sanità

Bollettino Epidemiologico Nazionale 82/13



I APRILE 1982

SETTIMANALE A CURA DEL LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA

IN COLLABORAZIONE CON DIREZ. IGIENE-PUBBLICA MINISTERO DELLA SANITA'

MALARIA

I casi di malaria segnalati in Italia nel 1980 e 1981 si riferiscono ad infezioni in individui provenienti dall'estero e/o ad episodi emotrasfusionali; i dati riportati in questo aggiornamento si riferiscono ai casi per i quali la diagnosi di malattia e di tipo di plasmodio responsabile è stata accertata mediante l'esame di materiale emoscopico presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Tra i casi riscontrati nel 1980 sono compresi anche quelli verificatisi profughi provenienti dal sud-est asiatico.

In tabella 1 è riportata la suddivisione dei casi del 1980 e 1981 per tipo di plasmodio e paese di origine. I dati del 1981 sono ancora provvisori.

Tabella 1

Specie di plasmodi accertate	1980				1981*			
	Paesi di origine				Paesi di origine			
	Africa	Asia	America	Totale	Africa	Asia	America	Totale
<i>P. falciparum</i>	86	20	3	109	70	46	2	118
<i>Plasmodium vivax</i>	24	21	4	49	28	17	7	52
<i>Plasmodium malariae</i>	1			1	2		1	3
<i>Plasmodium ovale</i>	1			1				
Forme miste	1			1	1			1
Non classificate	14	1		15	11			11

* Dati provvisori

In tabella 2 i casi del 1980 sono suddivisi fra stranieri e italiani e per motivo di espatrio.

Tabella 2 - Numero di casi di malaria importati in Italia divisi per gruppi di popolazione.

Gruppi di popolazione	1980	
	Stranieri	Italiani
Immigrati	1	-
Mano d'opera temporanea	6	74
Marittimi	3	8
Militari	-	-
Pellegrini	-	-
Turisti	4	38
Studenti	2	-
Profughi	27	-
Religiosi	-	13
Totale	43	133
Emotrasfus.		1
Decessi		1

Nel 1981 è da evidenziare che su 143 casi, 23 si sono avuti in tossicodipendenti, 13 di questi casi sono riconducibili ad un unico episodio epidemico causato da P. falciparum a Milano in cui un gruppo di tossicodipendenti aveva condiviso siringhe sterili monouso con un vietnamita. Uno di questi casi è deceduto. Nel 1981 si sono osservati in tutto 4 decessi per malaria da P. falciparum.

La frequenza dei casi in tossicodipendenti, riscontrata nell'ultimo anno in esame ripropone il problema della sorveglianza e della diagnosi precoce dei casi di malaria.

In particolare, la sorveglianza è utile al fine di ottenere un quadro completo di questa patologia, attualmente favorita nella sua diffusione dalla frequenza e dalla facilità degli spostamenti e dalla emergenza di ceppi di P. falciparum resistenti alla cloroquina e quindi anche alle misure profilattiche attualmente consigliate e per ogni caso di malaria osservato. Oltre al modello 15 di notifica obbligatoria, è quindi necessaria la compilazione completa della scheda epidemiologica che deve essere inviata al Ministero della Sanità, e corredata del vetrino per l'esame emoscopico.

Una analisi dei casi segnalati in Italia negli anni 1976-1980 (riportati sul BEN 25 del 4/6/81) è riportata in un rapporto tecnico ISS del 1982.

Chi desidera ricevere tale rapporto può farne richiesta a:
Segreteria del Laboratorio di Parassitologia, Istituto Superiore di Sanità -
Viale Regina Elena 299 - ROMA.

Riportato da: Lab. di Parassitologia - ISS
Lab. di Epidemiologia e Biostatistica - ISS
Direzione Generale Servizi Igiene Pubblica -
Ministero della Sanità

SUMMARY

Since 1970 malaria has been eradicated from Italy and all the new cases registered are imported or infected by blood transfusion. In 1980 176 cases with 1 death and in 1981 143 cases with 4 deaths are reported. In 1981 an outbreak due to P. falciparum among 13 drug addicts, who shared the same syringe with a man from Vietnam, occurred.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 23/3/82 AL 29/3/82

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPIDEMICA	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARLATINA	T.B.C. POLMONARE	T.B.C. EXTRAPULM.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERIE	DISSENTERIA BACILL.	NEVRASSITI BRILLI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO
ABRUZZO																					
BASILICATA																					
CALABRIA	2			7	1	5						8									
CAMPANIA	67	10		31	11	86	12	3		2		44			2			2	1		
EMILIA ROMAGNA																					
FRIULI																					
LAZIO	85		3	101	18	209	17	44	24	25	9	252	14		7			1	5		
LIGURIA	2					2			1	1											
LOMBARDIA	88	2		8	24	315	55	122	241	45		494	3		3				6		1
MARCHE	3			9	3	78	1	6	3			44									
MOLISE	3	3		5		42		8				20	1					2			
PIEMONTE																					
PUGLIA	100	44		54	3	172	24	6	3	6	3	119	1		4		2	1	1		
SARDEGNA	33		2	14		33	30	13	2	5		27			2						
SICILIA	36	4	1	23	9	62	11	3	1	6	1	21	15		12		11		5		1
TOSCANA																					
UMBRIA	2			4	2	113	4	4	2			29			1						
VAL D'AOSTA																					
VENETO	48	1		49	14	162	19	116	74	17		1323	3		5				5		
BOLZANO	7			18	13	5	5	13	1			37									
TRENTO	5	1			25	6	5	29				130									
TOTALE	481	65	6	323	84	1313	189	353	93	108	15	1448	37		38		13	6	23		2

NOTE: i dati si riferiscono alle notifiche dei casi sospetti o accertati, e quindi sono provvisori.

Lazio: 47/59 USL; Sardegna: 12/22 USL; Calabria: dati relativi alla provincia di Reggio Calabria; Liguria: 2/20 USL; Friuli e Val d'Aosta: dati non pervenuti.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario. Le Regioni per le quali riportiamo i dati sono quelle che partecipano al sistema.

Il SIRMI è parzialmente finanziato dal CNR/Progetto Finalizzato Informatica.

DALL'ESTEROINFLUENZA NEL MONDOCOMPOSIZIONE DEL VACCINO ANTI-INFLUENZALE PER LA STAGIONE 82-83

L'attività influenzale durante la stagione 1981-82 si è sviluppata in modo relativamente lento e fino alla fine del 1981 i virus influenzali sono stati isolati solamente da casi sporadici e nel corso di pochi limitati episodi epidemici. Non di meno i virus dell'influenza A subtipo H1N1 e H3N2 e virus influenzali B hanno circolato come nelle precedenti stagioni. Fin dall'inizio del 1982 è stato riportato un numero crescente di episodi epidemici associati all'influenza B.

In Asia virus influenzali di tipo B sono stati associati con un'elevata morbosità in alcune regioni dell'Unione Sovietica nel periodo di novembre e dicembre 1981 e sono stati frequentemente la causa di malattie nella popolazione scolastica in Giappone nel febbraio 1982. Altrove l'attività dell'influenza B è stata in genere sporadica con segnalazione di casi in Canada, Israele, Svezia, oltre a quelli precedentemente riportati in Francia e Svizzera. In Gran Bretagna, dove in dicembre si sono verificate epidemie di influenza B tra la popolazione scolastica scozzese, l'attività del virus è aumentata considerevolmente in gennaio e febbraio. Casi di infezione sono stati diagnosticati in tutta la Gran Bretagna ed epidemie sono state confermate tra gruppi di bambini in collegio, pazienti in reparti geriatrici e personale militare.

Virus A (H1N1), segnalati raramente, sono stati isolati da casi sporadici o durante piccoli episodi epidemici in novembre e dicembre in Bulgaria, Canada, Egitto, Italia, U.R.S.S. e Giappone.

Durante questo inverno virus influenzali di tipo A (H3N2) sono stati isolati solo occasionalmente in Europa, inclusi gli isolamenti da casi sporadici in Scozia effettuati all'inizio di dicembre, in aggiunta a quelli già riportati in Italia e Giappone. A Trinidad e Tobago, tuttavia, un episodio epidemico esteso a tutta l'isola ha coinvolto persone appartenenti a tutti i gruppi di età nel periodo ottobre-dicembre.

I vaccini anti-influenzali in uso nella stagione 1982-83 dovrebbero contenere i seguenti antigeni:

A/Bangkok/1/79(H3N2)-ceppo simile

A/Brazil/11/78(H1N1)-ceppo simile

B/Singapore/222/79-ceppo simile

Fino ad ora la maggior parte degli adolescenti e dei giovani adulti sembrano essere stati infettati sia con virus dell'influenza A (H1N1) che con virus dell'influenza A (H3N2) e dell'influenza B. In conseguenza dell'elevata stimolazione antigenica prodotta dall'infezione naturale, una dose di vaccino dovrebbe essere sufficiente per tutti tranne che per i bambini. Per questi ultimi che possono non essere stati precedentemente infettati, o che non sono stati vaccinati per l'influenza negli ultimi 4 anni, può essere necessaria la somministrazione di due dosi di vaccino con un intervallo tra le dosi di almeno 4 settimane per ottenere una reazione soddisfacente.

Riportato su: Weekly Epidemiological Record, 1982, 57 : 57.

MMWR, 1982, 31 : 107

ISOLAMENTI DI MICROORGANISMI.

Presso il Laboratorio di Microbiologia dell'Ospedale di Vicenza, sono stati isolati 18 stipiti di Campylobacter jejuni.

Fra questi un caso era portatore sano: una ragazza di 16 anni, che faceva parte di un gruppo di 200 soggetti richiedenti la coprocultura per l'ammissione ad una scuola.

Gli altri di età variabile da 1 mese a 48 anni, di cui 14 in età pediatrica, presentavano tutti sintomatologia gastroenteritica; fra gli adulti, considerevole per gravità il caso di un giovane di 22 anni con numerose scariche diarroiche al giorno che lo portarono a un rilevante squilibrio elettrolitico.

Riportato da: I. Piacentini

Laboratorio di Microbiologia e Virologia

Ospedale di Vicenza

CORSO SU LE INFEZIONI DA ANAEROBI

18-20 maggio 1982

Sede: I.S.S.

Il Corso teorico-pratico ha l'obiettivo di correlare una specifica attività di ricerca e controllo con le strutture ospedaliere interessate alla problematica emergente della patologia batterica da anaerobi.

Il Corso è rivolto ad operatori del Servizio Sanitario Nazionale, con laurea in medicina e biologia.

Il limite di presentazione delle domande al Corso è il 26 aprile 1982.

Il Corso è limitato a 30 partecipanti.

Le domande di ammissione dovranno essere inviate, compilando gli appositi moduli disponibili presso gli Assessorati Regionali alla Sanità, alla Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299 - 00161 ROMA telefono 06/4990 int. 436.

CORSO SU "DIAGNOSI E SCREENING DELLA BETA-TALASSEMIA"

7-11 giugno 1982

Sede: I.S.S.

Obiettivo di questo Corso, alla sua terza replica, è quello di divulgare le tecniche diagnostiche di laboratorio standardizzate e permettere agli operatori sanitari periferici di affrontare problematiche riguardanti la diagnostica e lo screening di massa delle talassemie e delle altre emoglobinopatie.

Il Corso è indirizzato ad operatori del Servizio Sanitario Nazionale, che si occupano o che si occuperanno di screening e diagnostica.

Il limite di presentazione delle domande al Corso è il 30 aprile 1982.

Il Corso è limitato a 30 partecipanti.

Le domande di ammissione dovranno essere inviate, compilando gli appositi moduli disponibili presso gli Assessorati Regionali alla Sanità, a: Prof. L. Tentori Direttore Lab. Patologia non Infettiva, Istituto Superiore di Sanità Viale Regina Elena 299 - 00161 ROMA.

stampe

INDICE

Malaria	<u>pag.1</u>
Tabella delle notifiche-settimana 23-29/3/82	<u>pag.4</u>
Dall'estero	<u>pag.5</u>
Isolamento di microorganismi	<u>pag.6</u>
Corsi	<u>pag.7</u>

INDEX

Malaria	<u>pag.1</u>
Table of notifications-week 23-29/3/82	<u>pag.4</u>
From abroad	<u>pag.5</u>
Microorganism isolation	<u>pag.6</u>
Courses	<u>pag.7</u>

NOTA BENE

Il BEN è compilato nel Reparto Malattie Trasmissibili, Lab. Epidemiologia e Biostatistica (Direttore: Prof. A. Zampieri), Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 Roma; tel.: 06/4950314-4954617 - 4950607, ed è riprodotto in proprio presso il Servizio Documentazione, dell'Istituto Superiore di Sanità.

Notizie di informazioni da riportare sul BEN vanno segnalate alla Dr. S. Salmasso, Reparto Malattie Trasmissibili, L.E.B., I.S.S.

Gli articoli e le notizie riportate sul BEN possono essere citate previo consenso dell'Editore, contattabile ai numeri telefonici diretti su riportati.

Chiunque voglia ricevere il BEN può farne richiesta al suddetto indirizzo.