

# Bollettino Epidemiologico Nazionale



N° 6

dell'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per le zone terremotate  
Istituto Superiore di Sanità Ministero della Sanità  
Epidemiologia e Biostatistica Direzione Igiene Pubblica

## INTERVENTI SANITARI NEL TERRITORIO.

In dipendenza di un evento calamitoso dell'entità di quello recentemente verificatosi nell'Italia meridionale vengono gravemente compromessi molti servizi essenziali con conseguenze di carattere igienico-sanitarie che continuano a coinvolgere le popolazioni interessate per lunghi periodi di tempo successivamente al sisma.

L'avvenuto sconvolgimento dell'assetto territoriale e delle più importanti infrastrutture, quali le reti di approvvigionamento dell'acqua potabile e quelle di smaltimento dei liquami hanno - per i rischi connessi alla degradazione ambientale ed igienica - impegnato notevolmente e con immediatezza le Amministrazioni interessate per la loro riattivazione e per l'individuazione di idonee soluzioni alternative.

Allo stato attuale permane l'esigenza di dotare le collettività dei sinistrati di adeguati servizi igienici. Questi, sulla base dell'esperienza acquisita nel passato sisma del Friuli, sono stati individuati in blocchi prefabbricati di unità di facile collocazione che possono essere validamente adibiti

al servizio delle comunità. Rimane da affrontare, con l'urgenza richiesta dalla situazione, il problema del loro reperimento in numero adeguato al notevole numero degli insediamenti dei sinistrati.

Il Ministero della Sanità, congiuntamente ai rappresentanti del Commissario Straordinario, delle Regioni interessate, della Cassa per il Mezzogiorno, dell'Istituto Superiore di Sanità, ha esaminato anche i problemi tecnici connessi all'installazione degli impianti di depurazione; la Cassa per il Mezzogiorno, per effetto di apposita ordinanza del Commissario Straordinario, provvederà ai lavori di ripristino e costruzione degli impianti necessari agli insediamenti provvisori realizzati.

Per quanto attiene la gestione di tali impianti, problema importante e delicato, per le opere la cui costruzione è stata affidata alla Cassa per il Mezzogiorno, si stanno prendendo contatti con gli Enti Locali che possono provvedere a tale compito.

Dirett. Gen. Servizi Igiene Pubblica  
Prof. L. GIANNICO

NOTA SULLA FEBBRE TIFOIDE

Infezione sistematica con Salmonella typhi, batterio che trova il suo serbatoio nell'uomo tra casi acuti e convalescenti ed occasionali portatori sani. Si manifestano febbre continua, cefalea, malessere generale, anoressia, e, nei casi tipici è più frequente stitichezza che diarrea.

L'esame obiettivo può mettere in evidenza anche bradicardia relativa, splenomegalia, ingrandimento dei linfonodi e tavolta roseole al tronco.

Il metodo diagnostico più affidabile è la coltura batteriologica del sangue o del midollo nella fase acuta e delle feci e delle urine dalla seconda settimana in poi. Prove sierologiche, soprattutto la prova di agglutinazione di Widal, sono in largo uso ma presentano problemi di specificità dovuta a reazioni incrociate in infezioni con altre salmonelle dello stesso sierogruppo, tra cui alcune largamente diffuse; inoltre una diagnosi basata sul titolo di un unico prelievo di sangue, senza la dimostrazione della sieroconversione in relazione all'episodio acuto, richiede una sicura conoscenza del livello di fondo di anticorpi nella popolazione da cui proviene il paziente per non rischiare un numero inaccettabile di diagnosi di falsi-positivi.

Malattia di non alta contagiosità diretta tra uomo e uomo, il tifo si propaga per via alimentare. I veicoli principali sono il cibo preparato da un portatore non sospetto o acqua, frutta, verdura o frutti di mare contaminati dalle acque di scolo a loro volta contaminate da S. typhi.

Il periodo di incubazione dopo il consumo dell'alimento inquinato varia da

una a tre settimane in rapporto alla carica microbica ingerita e alla suscettibilità individuale.

Il ricovero ospedaliero è consigliato nella fase acuta. La somministrazione del cloranfenicolo, associato eventualmente ad ampicillina, per 14 giorni tra degenza ospedaliera e trattamento ambulatoriale, rappresenta la terapia di scelta in casi di infezione con ceppi sensibili.

Durante la permanenza in ospedale vanno osservate le misure di isolamento previste per le malattie enteriche. Il paziente viene mantenuto sotto controllo dopo la dimissione finché non si realizzi tra coproculture consecutive negative a distanza di almeno 24 ore una dalla altra e almeno un mese dopo l'insorgenza della malattia e dopo la fine della somministrazione di antimicrobici.

Tra le misure di prevenzione sono inclusi il controllo sistematico dell'acqua potabile con particolare riferimento alla titolazione del cloro residuo e la sorveglianza nei luoghi pubblici di ristoro e dell'allevamento dei frutti di mare, la depurazione degli scarichi, la pasteurizzazione dei latticini, la lotta contro le mosche, la sorveglianza dei portatori sani e le indagini epidemiologiche in situazione di endemia o di focolai epidemici.

Gli effetti protettivi della vaccinazione parenterale antitifica sono stati verificati in popolazioni esposte ad alte incidenze endemiche.

La massima efficacia si verifica solo dopo due inoculazioni a distanza di qualche settimana una dall'altra e ha una durata effettiva di qualche anno e, ovviamente, nei casi in cui si abbiano

EFFETTI DEI DISASTRI SULLA SALUTE PUBBLICA.F. INTRODUZIONE NELLE OPERAZIONI DI SOCCORSO.(Considerazioni generali).INTRODUZIONE.

Si crede comunemente che i disastri naturali causino, oltre a un gran numero di morti, anche problemi drammatici quali epidemie, carestia, ecc. che rendono i sopravvissuti interamente dipendendoti dai soccorsi esterni. In realtà, le osservazioni sistematiche compiute in questi casi portano a conclusioni diverse. Vi sono caratteristiche comuni ad ogni disastro naturale che vanno tenute presenti per rendere ottimale l'uso delle risorse e le operazioni di soccorso:

- 1) c'è un rapporto fra tipo di disastro e suoi effetti sulla salute della popolazione. Ad es.: i terremoti provocano quasi sempre molti traumi che richiedono l'intervento medico; non così incendi e mareggiate.
- 2) Alcuni effetti dei disastri sono solo potenziali. Per es.: gli spostamenti di popolazione ed altri cambiamenti nell'ambiente possono causare un aumento del rischio di trasmissione di malattie, ma è raro che da un disastro derivino epidemie.
- 3) I rischi attuali e potenziali tendono a presentarsi in periodi diversi e variano d'importanza a seconda della zona colpita. Gli incidenti, ad es., sono correlati al primo impatto, mentre il rischio di trasmissione delle malattie compare più tardi ed è prevalentemente legato a zone sovraffollate e prive di assistenza sanitaria.
- 4) La mancanza di cibo, alloggio, e primi soccorsi sanitari non è, in genere, totale.

L'efficacia delle misure di soccorso dipende quindi dalla pronta identificazione dei problemi che possono sorgere e dalla capacità di rispondere nei tempi e modi opportuni: trasportare grandi quantità di personale e materiali di soccorso è molto meno importante.

PROBLEMI DI SALUTE PUBBLICA COMUNI A TUTTI I DISASTRI.

Comportamento delle popolazioni dopo un disastro.

E' raro che dopo un disastro vi siano reazioni generalizzate di panico o di passività. In genere, superato il

primo impatto, gli stessi sopravvissuti sono in grado di organizzare spontaneamente attività finalizzate al soccorso e alla ricerca dei dispersi; solo in circostanze eccezionali si verificano episodi di comportamento chiaramente anti-sociale.

E' invece frequente che si spargano voci allarmanti, specie nel pericolo di epidemie, e che le autorità si sentano spinte a promuovere azioni di soccorso per le quali non vi è alcuna motivazione strettamente tecnica; ad es. vaccinazioni di massa contro tifo o colera.

Inoltre, le popolazioni possono essere restie a sottomettersi a decisioni ritenute necessarie dalle autorità; ad es. evacuazioni di massa dai territori colpiti. Le derivano due conseguenze principali per coloro che presiedono i programmi di soccorso:

- 1) E' opportuno collegarsi con la popolazione e assumere le necessarie informazioni che la riguardano prima di impegnarsi in programmi a largo raggio; questo allo scopo di contenere e modificare modelli di comportamento e richieste di aiuto;
- 2) Gran parte dell'attività necessaria può venire fornita dalla popolazione stessa; quindi le risorse aggiuntive devono essere dirette a soddisfare necessità cui la popolazione non può provvedere da sola.

MALATTIE TRASMISSIBILI

Dopo disastri naturali non sono state documentate in genere, epidemie, sebbene in alcune circostanze vi sia il rischio potenziale di un aumento delle malattie trasmissibili.

L'aumento si osserva per lo più in quelle malattie causate da contaminazione fecale di acqua e cibi. Il rischio di malattie trasmissibili è legato a:

- 1) Densità di popolazione.
- 2) Dislocazione della popolazione tale da accrescere il rischio di contaminazione.
- 3) Distruzione dei servizi igienici preesistenti.
- 4) Impossibilità di mantenere o ricostruire i normali programmi di sanità pubblica nel periodo immediatamente successivo al disastro.

DISLOCAZIONE DELLA POPOLAZIONE

Vi è un grande necessità di soccorsi laddove si verifica un significativo movimento di popolazione. La migrazione può tendere verso le aree urbane, dove i

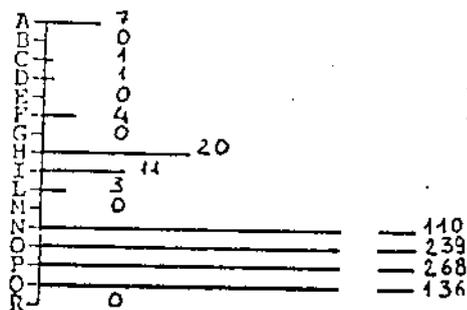
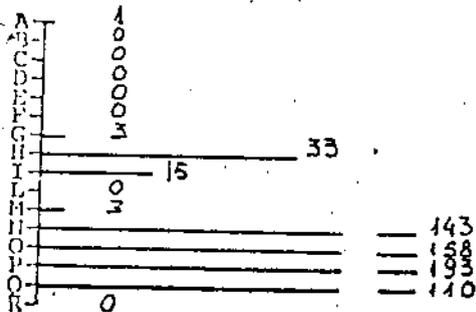
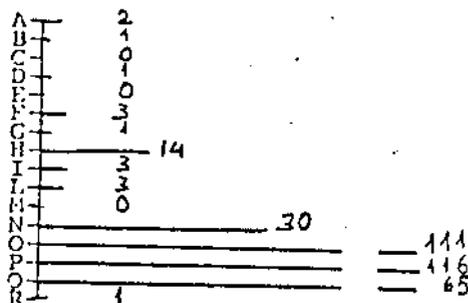
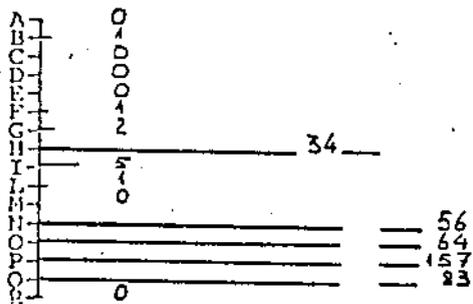
OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE.  
 Laboratorio Epidemiologia e Biostatistica - Istituto Superiore di Sanità -  
 Nuovi ricoveri dal 13/1/1981 al 19/1/1981

Provincia di:

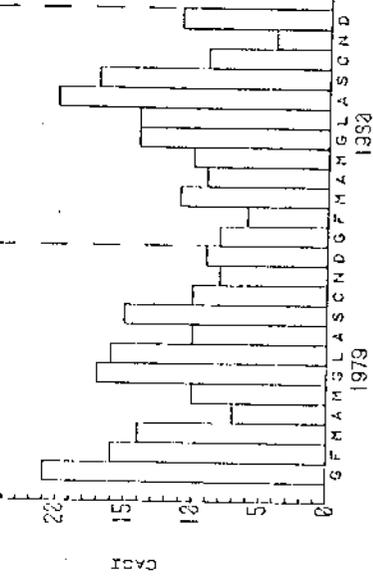
MALATTIE	anni	NAPOLI-CE-BN		AVELLINO		POTENZA		SALERNO		TOT. PARZ.		TOT.
		0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	
Epatite Virale		0	0	0	2	4	3	1	0	5	5	10
Febbre tifoide		1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2
Meningite		0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Morbillo		0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2
Pertosse		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrea afebrile		1	0	3	0	2	2	0	0	6	2	8
Febbre con diarrea		2	0	1	0	0	0	3	0	6	0	6
Febbre con tosse		33	1	6	8	4	16	18	15	61	40	101
Febbre senza diarrea o tosse		5	0	1	2	7	4	7	8	20	14	34
Disturbo psichico		0	1	0	3	0	3	0	0	0	7	7
Ipotermia o congelamento		0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3
Trauma		12	44	5	25	22	88	30	113	69	270	339
Chirurgia generale		16	48	12	99	29	210	23	135	80	492	572
Medicina generale		37	120	16	100	22	246	24	169	99	635	734
Obstetricia		0	83	1	64	0	136	0	110	1	393	394
Motivi non sanitari		0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Totale		107	297	45	306	90	710	106	653	348	1866	2214

Lista degli Ospedali afferenti al Sistema di Sorveglianza e corrispondente numero delle trasmissioni dei dati.

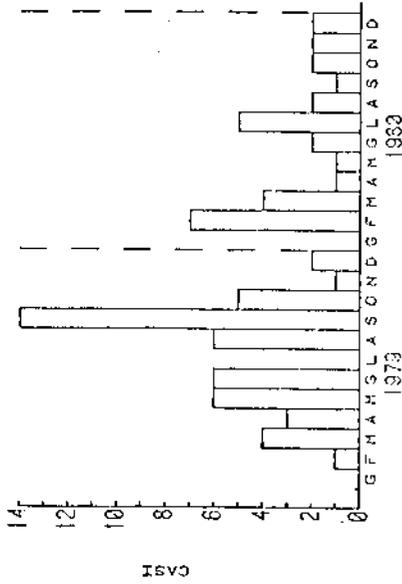
1 I POLICLINICO	5	18 NOCEFA INF.	7	35 SERINO RIBOTT.	7
2 II POLICLINICO	7	19 OLIVETO CITRA	7	36	
3 NAPOLI CO.RR.	7	20 PACANI	7	37 BISACCIA	7
4 NAPOLI CO.RR.BB.	7	21		38	
5 NAPOLI OTUGNO	7	22 SARNO	3	39 IAPIO	7
6 NAPOLI C.T.O.	7	23 POLLA	7	40 CALABRITTO	6
7 NA SS. ANNUNZIATA	7	24		41	
8 CASTELLANFIRE	5	25 BENEVENTO	7	42	
9 FRATTANACGIORE	7	26 CASERTA	7	43 MURO LUCANO	7
10 NOLA	7	27 MADDALONI	7	44 STIGLIANO	7
11 SORRENTO	7	28 AVELLINO	7	45 TRICARICO	7
12 T. ANNUNZIATA	7	29 APIANO IPPINO	7	46 TELFI	7
13 T. DEL GRECO	1	30 M. TE FORTE IPP.	6	47 PICERNO	7
14 SA G. DA PPOCIDA	7	31 SOLOFRA	7	48 S. CARLO (PZ)	7
15 NA PELLEGRINI	7	32		49 VENOSA	7
16 CAVA DEI TIRRENI	7	33		50 MARSICO VETERE	7
17 EDOLI	7	34 CAPOSELE	5	51 CHIAROMONTE	7
				52 PISTICCI	7



- |                   |                       |                             |                       |
|-------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| A) Epatite Virale | E) Pertosse           | I) Febbre                   | O) Chirurgia Generale |
| B) Febbre Tifoide | F) Diarrea Afebrile   | L) Disturbo Psicico         | P) Medicina Generale  |
| C) Meningite      | G) Febbre con Diarrea | M) Ipotermia o Congelamento | Q) Ostetricia         |
| D) Morbillo       | H) Febbre-con Tosse   | N) Trauma                   | R) Motivi non Saniti  |



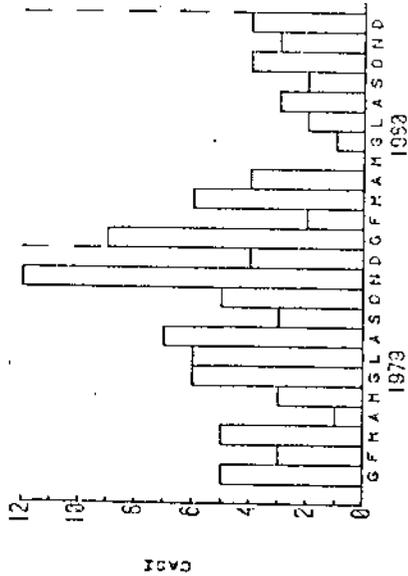
CASI DENUNCIATI DI FEBBRE TIFOIDE - PROV. SALERNO



CASI DENUNCIATI DI FEBBRE TIFOIDE - PROV. POTENZA



CASI DENUNCIATI DI FEBBRE TIFOIDE - PROV. NAPOLI



CASI DENUNCIATI DI FEBBRE TIFOIDE - PROV. AVELLINO

I casi notificati di febbre tifoide nei mesi di novembre e dicembre 1980 non si discostano dai valori attesi. Nella provincia di Avellino, in novembre, è stato registrato un decremento notevole delle denunce rispetto allo stesso mese dell'anno scorso.

esposizione a carichi non troppo rilevanti dell'agente.

Non si è a conoscenza di quanto possa essere efficace la vaccinazione in popolazioni da tempo indenni da questa epidemia.

L'efficacia protettiva della vaccinazione orale con enterovaccini preparati con germi uccisi, e la vaccinazione antiparatifica non è stata a tutt'oggi chiaramente dimostrata e, pur essendo largamente impiegata in Italia e nei paesi del Mediterraneo orientale, mancano dati epidemiologici certi sulla effettiva protezione delle popolazioni che impiegano questo tipo di vaccino.

E' da sottolineare che la vaccinazione parenterale antitifida sulla base dei dati epidemiologici esistenti trova il suo impiego più valido nella vaccinazione mirata a persone ad alto rischio. La vaccinazione di massa come risposta ai disastri naturali implica uso di mezzi e di personale che potrebbero essere meglio impiegati in altre attività, quali gli interventi per un efficace risanamento ambientale mirato soprattutto sugli scarichi fognari, la sicurezza igienica del rifornimento idrico, e della preparazione e distribuzione degli alimenti.

Mancano difatti evidenze che dopo i disastri naturali si verificano epidemie di tifo e che la vaccinazione antitifida rappresenti uno strumento efficiente per conferire rapidamente una reale difesa per la popolazione sensibile, mentre invece risulta chiara la priorità di stabilire fonti abbondanti di acqua sicuramente potabile per evitare la trasmissione idrica di tutte le malattie enteriche, ivi compresa l'epatite del tipo A.

servizi sono inadeguati al bisogno, avendosi come risultato un aumento della mortalità e delle morbosità. Oppure, quando si abbia una notevole distruzione del patrimonio edilizio, vi può essere movimento di popolazione all'interno della stessa area urbana, poiché la gente cerca rifugio presso amici e parenti.

#### ESPOSIZIONE AD ELEMENTI ATMOSFERICI

I rischi connessi a questa eventualità sono lievi perfino quando il disastro avviene in paesi freddi.

La necessità di provvedere a ripari di emergenza per ragioni sanitarie varia molto con le condizioni locali.

#### CIBO E NUTRIZIONE

Vi può essere penuria di cibo subito dopo un disastro per due motivi:

- 1) Riduzione della quantità assoluta del cibo presente nell'area colpita per distruzione delle scorte;
- 2) Interruzione del sistema di distribuzione del cibo.

Dopo un terremoto difficilmente si verifica una situazione di scarsità alimentare tale da provocare problemi di nutrizione. La distribuzione di cibo su larga scala non è quindi sempre necessaria.

#### SALUTE MENTALE

Sintomi quali ansia e depressione non rappresentano un problema di grande importanza dopo un disastro. Nevrosi ed ansia possono transitoriamente essere trattati a livello locale, da vicini e familiari.

Le energie dovrebbero essere dirette a salvaguardare, dove possibile, le strutture familiari e della comunità. Si sconsiglia quindi decisamente l'uso indiscriminato di sedativi e tranquillanti nella fase di emergenza.

Nei paesi a più alto livello di sviluppo i problemi di salute mentale divengono significativi nella fase di ricostruzione a lungo termine, e può rendersi necessario, allora, sorvegliare la situazione.

PARASSITOSI CUTANEEScabbia

Dai dati statistici degli ultimi anni, risulta che in Italia la scabbia, in continuo aumento dal 1963, ha avuto una flessione nel 1978, (11.694 casi -20,6x100.000 abitanti rispetto ai 13.654 -24,2x100.000 abitanti - denunciati nel 1977).

La parassitosi, come è noto, si trasmette attraverso un intimo contatto con le persone affette, per lo più dormendo nello stesso letto; la maggiore incidenza che si osserva nell'infanzia e nell'adolescenza può essere spiegata con il fatto che i bambini sono più esposti al contagio per le condizioni di promiscuità facili a verificarsi durante questa età. Con i disagi materiali e la carenza di mezzi igienici, ovviamente, si determinano i fattori più propizi alla diffusione della dermatosi.

La via indiretta di trasmissione, attuata attraverso l'uso della biancheria infestata da Sarcoptes scabiei, potrebbe essere agevolmente ridotta, dal momento che l'acaro non sopravvive per più di due giorni lontano dall'ospite ed un trattamento termico vicino ai 50°C per 15 minuti, provoca la morte del parassita a qualsiasi stadio.

La sintomatologia tipica si manifesta dopo circa un mese dall'infestazione; non sono rare le complicazioni secondarie quali piodermite, impetigine, linfoadeniti suppurative, ecc.

Per la terapia della scabbia, i prodotti comunemente impiegati sono: unguento allo zolfo (5-10% di zolfo in vasellina), emulsione o lozione a base di benzoato di benzile al 20-35%, unguento a base di disolfuro di dimetildifenilene (mitigal), crema a base di crotonil-N-etil-o-toluidina (eurax) al 10%.

Il paziente può continuare ad accusare il prurito anche dopo la completa eliminazione degli acari.

Per evitare epidemie di scabbia sono, quindi, determinanti una educazione igienico-sanitaria, il pronto trattamento del malato, la disinfezione della biancheria e la ricerca dei casi non identificati fra i componenti della famiglia o del nucleo convivente.

Dott. G. Majori

Lab. Parassitologia

Istituto Superiore di Sanità

La Redazione invita ad inviare commenti, articoli, lettere inerenti a problemi sanitari ed organizzativi delle popolazioni colpite. Indirizzare: Boll. Epidemiologico, LEB, ISS, via R. Elena 299, 00161 - ROMA