

Bollettino Epidemiologico Nazionale



N° 7

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

I PROBLEMI VETERINARI EPIZOOTICI NEL RIASSETTO DELLE ZONE TERREMOTATE.

Particolare attenzione è stata posta dai servizi veterinari su problemi specifici: 1) il ripristino immediato del controllo veterinario, dando il supporto necessario ai veterinari locali, che non solo avevano avuto distrutto abitazioni e uffici, ma erano in numero insufficiente, dato il problema, a svolgere una azione di recupero e di intervento. 2) il seppellimento e distruzione delle carcasse. 3) il recupero, il ricovero e la cura degli animali.

Particolare attenzione si deve dare al problema dei numerosi cani randagi, mentre non esiste localmente il rischio della rabbia, è da tener presente che tali cani possono favorire, tra l'altro, la diffusione dell'echinococcosi-idiati-dosi, che può facilmente diffondersi dato che la carica infettante ambientale è elevata e costituisce un grave pericolo per le persone, come è dimostrato da una positività per cisti, di circa il 10% dei suini della zona.

A questo punto si ritiene opportuna l'opera di educazione sanitaria che si

basa fundamentalmente su un drastico controllo dei cani randagi e su un trattamento dei cani di proprietà con moderni tenicidi già in parte ovviate dai servizi veterinari dell'Irpinia.

Restano comunque da mantenere i normali interventi veterinari quali: la vaccinazione contro la peste suina, la vaccinazione antiftosa e la vaccinazione anticarbonchiosa, che è in fase di completamento nella provincia di Potenza.

E' inoltre necessario porre attenzione ai problemi connessi con la tubercolosi e la brucellosi: per quest'ultima è prevedibile una recrudescenza in primavera.

Va comunque sottolineata l'importanza di una rapida ricostruzione anche dei servizi di macello e di raccolta del latte, dato che il livello di salute e di benessere è condizionato da un ripristino del controllo igienico di questi tipi di alimenti: l'intervento in merito a questo problema evita peraltro una speculazione disonesta ed è collegato comunque con i piani di ricostruzione del patrimonio zootecnico che devono iniziare già da ora.

A. MANTOVANI

LA MALATTIA INFLUENZALE;
SITUAZIONE ATTUALE.

La malattia influenzale si manifesta annualmente, in ogni parte del mondo, con una sintomatologia clinica ben definita non mutata nel tempo: infiammazione acuta del tratto respiratorio superiore, febbre elevata (anche se di breve durata), marcata prostrazione.

Il decorso della malattia, non complicato nella maggior parte dei casi, fa considerare benigna tale infezione che però è paradossalmente drammatizzata dal ricordo, risvegliato anche da un "imprudente giornalismo", di passate pandemie. (E' opportuno chiarire, a questo proposito, che nella grave pandemia del 1918, i casi tipici di malattia influenzale non furono differenti dai casi tipici descritti in più recenti epidemie e, che lo straordinario tasso di mortalità, allora registrato, si può oggi (in era antibiotica) credibilmente spiegare sulla base di infezioni batteriche sovrapposte.

Situazione attuale. Già ai primi freddi dell'autunno scorso, è stata segnalata, da più parti, l'incidenza nella popolazione di affezioni respiratorie (spesso accompagnate da disturbi addominali) erroneamente diagnosticate come "influenza". Tenuto conto della somiglianza della sintomatologia clinica di alcune affezioni respiratorie e dei numerosi agenti causali, specie se virali, solo l'isolamento e l'identificazione del virus influenzale, fanno diagnosticare la malattia al suo iniziale impatto nella popolazione.

A tutt'oggi dalla rete di sorveglianza (costituita in Italia da 16 laboratori universitari ed ospedalieri

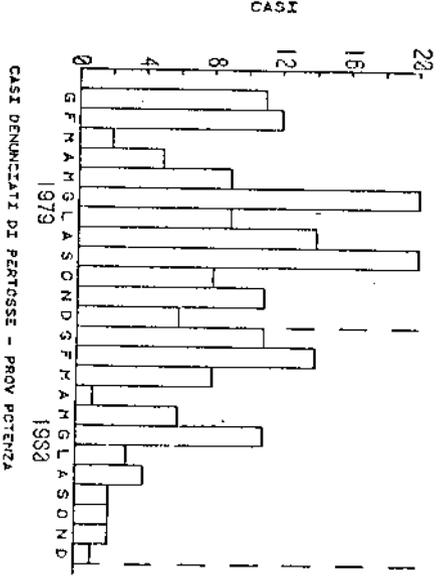
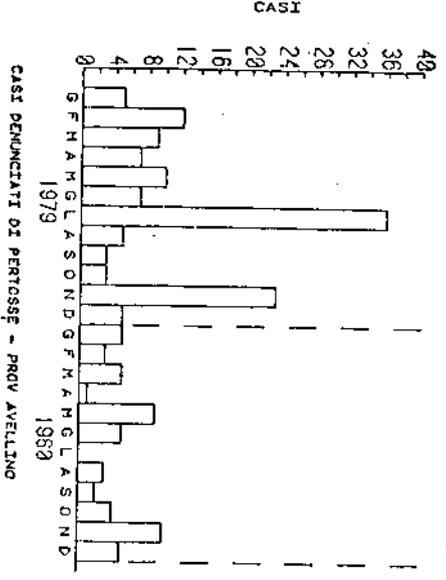
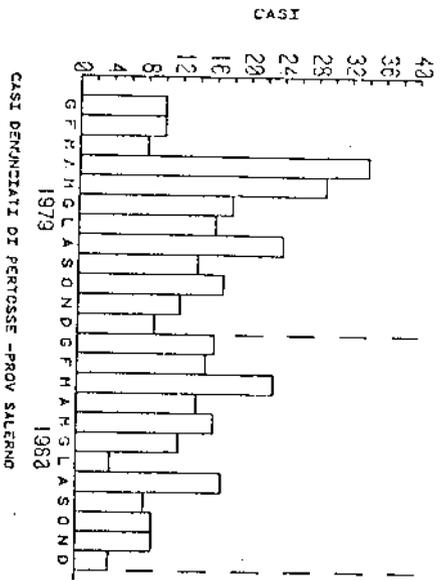
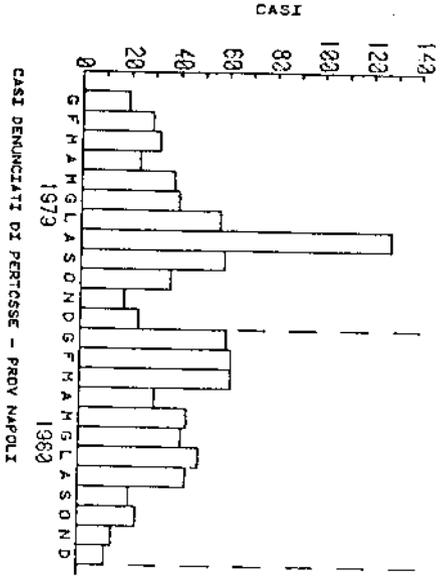
coordinati dal Centro Nazionale dell'Influenza dell'OMS, operante nell'ISS) si sono avute segnalazioni di focolai epidemici localizzati e di casi sporadici (Roma, Milano) mentre da altre zone (Genova) sono pervenute notizie di più estesi focolai, attestanti una maggiore diffusione virale. Questo impatto iniziale (fine dicembre-primi gennaio) è stato precoce rispetto agli anni passati (nei quali i primi isolamenti, da casi sporadici, venivano effettuati solo dopo un mese di gennaio) e forse non del tutto estranee, a tale fatto, possono ritenersi le sfavorevoli condizioni meteorologiche attuali.

I ceppi di virus isolati, in tale periodo, sono antigenicamente sovrapponibili a quelli circolati nello scorso inverno e tutti risultano presenti nella composizione dell'attuale vaccino influenzale (A/Bangkok/1/79, A/Brazil/11/78, B/Singapore/222/79).

Questa situazione epidemiologica non si discosta da quella verificatasi, sino ad ora, in tutto il mondo e particolarmente in Europa, sia per ciò che riguarda i ceppi di virus circolanti, che il loro livello di diffusione (casi sporadici, focolai più o meno estesi).

Non va certo sottovalutato l'impatto della malattia influenzale nelle popolazioni colpite dal sisma, a causa delle particolari e disagiate condizioni ambientali (in primo luogo l'affollamento) cui deve aggiungersi, oltre a tutto, la straordinaria crudezza del presente inverno.

G. MANCINI



I grafici mostrano l'andamento delle notifiche relative alla pertosse negli anni 1979 e 1980, nelle provincie di Napoli (Avellino, Potenza e Salerno).

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE.

Laboratorio Epidemiologia e Biostatistica - Istituto Superiore di Sanità -
Nuovi ricoveri dal 20.1.81 al 26.1.81

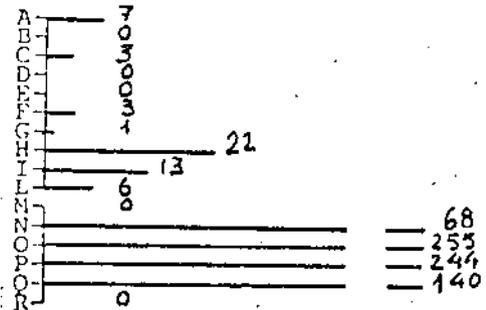
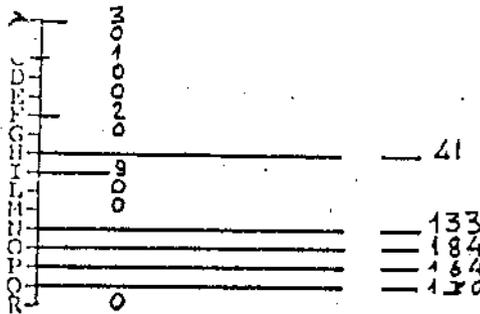
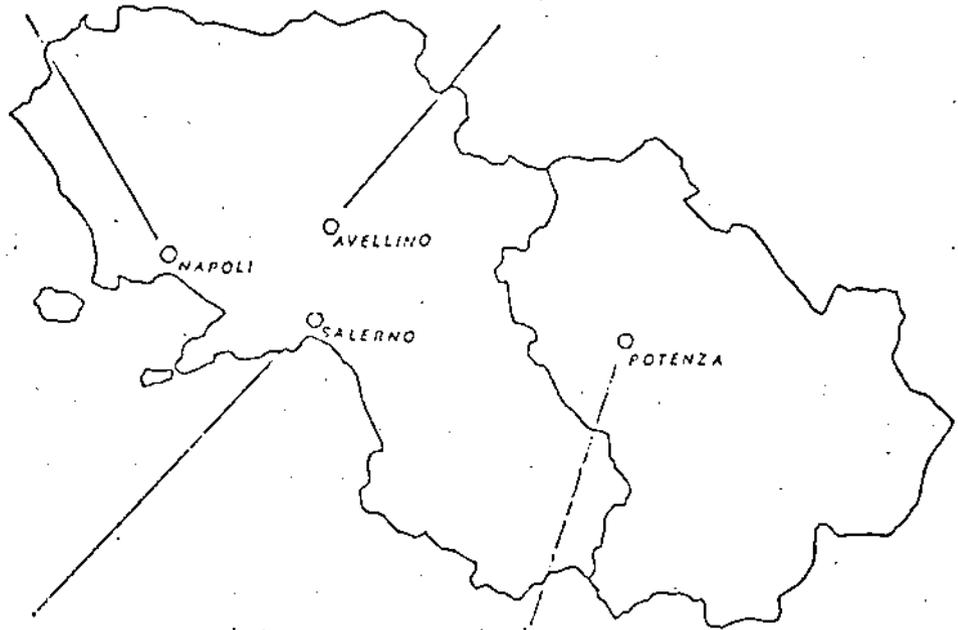
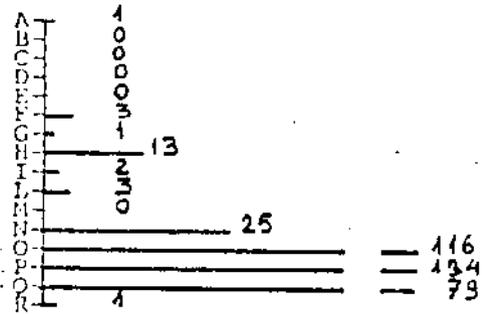
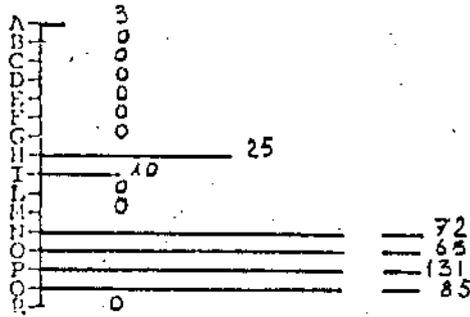
0

Provincia di:

MALATTIE	anni	NAPOLI-CE-EN		AVELLINO		POTENZA		SALERNO		TOT. PARZ.		TOT.
		0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	
Epatite Virale		1	2	0	1	5	2	1	2	7	7	14
Febbre tifoide		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningite		0	0	0	0	0	3	0	1	0	4	4
Orzillo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Forseste		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrea afebrile		0	0	3	0	3	0	1	1	7	1	8
Febbre con diarrea		0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2
Febbre con tosse		24	1	3	10	6	16	21	20	54	47	101
Febbre senza diarrea o tosse		9	1	1	1	5	8	1	8	16	18	34
Disturbo psichico		0	0	0	3	0	6	0	0	0	9	9
Ipertrofia o congelamento		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trauma		6	66	1	24	5	63	32	101	44	254	298
Chirurgia generale		13	52	15	101	17	238	23	161	68	552	620
Medicina generale		41	90	23	111	14	230	30	134	108	565	673
Obstetricia		2	83	0	79	0	140	0	130	2	432	434
Attivi non sanitari		0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Totale		96	295	46	332	55	707	109	558	306	1892	2198

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

1 I POLICLINICO	7	18 NOCEPA INF.	6	35 SERINO RIBOTT.	7
2 II POLICLINICO	7	19 OLIVETO CITRA	7		0
3 NAPOLI CO.RR.	7	20 PACANI	6	37 BISACCIA	7
4 NAPOLI CO.RR.EB.	7	21		38	
5 NAPOLI COTUGNO	7	22 SARNO	4	39 LAPIO	7
6 NAPOLI C.T.O.	7	23 POLLA	7	40 CALABRITTO	4
7 NA SS.ARUZZIATA	7	24		41	
8 CASTELLAMARE	7	25 BENEVENTO	7	42	
9 SPATANACCIOPRE	7	26 CASERTA	7	43 MURO LUCANO	7
10 NOLA	7	27 L'ADDALCI	7	44 STIGLIANO	6
11 SORRENTO	7	28 AVELLINO	7	45 TRICARICO	7
12 T. ARRUZZIATA	6	29 ARIANO IPPIRO	7	46 MELFI	7
13 T. DEL GRECO	3	30 M.TE FORTE IRP.	7	47 PICERNO	7
14 SA G. DA POCIDA	5	31 SOLCFRA	5	48 S. CARLO (PZ)	7
15 NA PELLEGRINI	7	32		49 VENOSA	7
16 CAVA DEI TIRRINI	7	33		50 MARSIKO VETERE	7
17 EBOLI	7	34 CAPOSELE	6	51 CHIAROMONTE	7
				52 PISTICCI	6



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

COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DI SOCCORSO
E VALUTAZIONE DEI BISOGNI SANITARI.

Commissione nazionale di emergenza

In seguito ad un disastro naturale, tutte le risorse del paese colpito vengono mobilitate e spesso poste sotto la direzione di un'unica autorità nazionale, secondo la legislazione per gli stati di emergenza in vigore prima del disastro. L'organizzazione di ogni paese rifletterà comunque la particolare struttura amministrativa, sociale e politica.

Coordinatore dei soccorsi sanitari.

Nel settore sanitario, è essenziale che venga individuato un punto di riferimento centralizzato, per coordinare l'uso ottimale delle risorse. La scelta di un COORDINATORE DEI SOCCORSI SANITARI dovrebbe far parte della pianificazione che precede il disastro.

Commissione per i soccorsi sanitari.

Per coordinare tutte le componenti, pubbliche o private, del settore sanitario si richiede la formazione di una commissione ristretta che assista il coordinatore. I rappresentanti di tutte le principali organizzazioni che lavorano nel settore sanitario (Igiene Pubblica Nazionale e Regionale, Sanità Militare, Croce Rossa, organizzazioni di volontari e, se possibile, della comunità internazionale) si incontreranno periodicamente per informare il coordinatore e per integrare le rispettive attività nel quadro dello sforzo comune di soccorso e riabilitazione.

Valutazione dei Bisogni; obiettivi

Il principale problema nelle passate esperienze di soccorso era costituito dalla mole di informazioni inadeguate e contraddittorie circa l'estensione e gli effetti del disastro, che si traduceva in una grande difficoltà nel prendere decisioni appropriate.

Sono necessarie informazioni puntuali allo scopo di:

- 1) Definire la popolazione colpita;
 - 2) Identificare e prevenire le necessità di quest'ultima;
 - 3) Individuare i rischi potenziali per la salute pubblica;
- Il Coordinatore assumerà inoltre informazioni anche per:
- 4) Tenere al corrente la comunità internazionale per metterla in condizione di fornire un supporto efficace;
 - 5) Informare i mezzi di comunicazione della situazione reale, per evitare notizie esagerate, es: di epidemie, che possono provocare risposte inopportune;

6) Provvedere a che la popolazione locale sia accuratamente informata sui servizi disponibili e prevenire il diffondersi di dicerie.

Tipo di informazioni

Le principali informazioni da assumere per i soccorsi di emergenza riguardano:

- L'area geografica colpita; una stima della popolazione e della sua ubicazione;
- Le condizioni delle reti di comunicazione (ferroviaria, stradale, aerea);
- La disponibilità di acqua potabile, riserve alimentari, servizi sanitari e di alloggio;
- Il numero di incidenti, o di patologie direttamente o indirettamente inerenti all'evento;
- Le condizioni e la capienza degli ospedali e degli altri servizi sanitari, e le loro particolari necessità di personale, attrezzature e farmaci;
- Il numero e la dislocazione delle persone che hanno abbandonato le proprie case;
- Una stima approssimativa del numero dei morti e dei dispersi.

Nel primi giorni l'attività di soccorso si svolgerà contemporaneamente a quella di raccolta delle informazioni; in un secondo momento l'indagine sarà mirata a definire le priorità ulteriori nel piano d'intervento.

Informazioni retrospettive

Il compito di raccogliere ed interpretare i dati sarà più semplice se, all'interno del piano precedente al disastro, si dispone di una documentazione ordinata in modo schematico e accessibile (se possibile sottoforma di mappa), che riguardi:

- Dimensioni e distribuzione della popolazione nell'area;
- Le principali vie di comunicazione e la loro topografia;
- La distribuzione ed il tipo di servizi sanitari, annotando quelli che, da studi urbanistici precedenti, risultino particolarmente vulnerabili;
- L'ubicazione delle principali scorte alimentari e farmaceutiche;
- Una lista, aggiornata periodicamente, delle persone e organizzazioni disponibili ad interventi di emergenza;
- Una mappa dei potenziali settori di evacuazione.

Metodi per la raccolta d'informazioni

Si possono ottenere informazioni in quattro modi principali:

- Osservazione area;
- Rilievi diretti da parte della comunità e dei soccorritori;

- Istituzione dei sistemi di rilevamento regolari per specifici settori d'informazione;

- Indagini.

Rapporti dalla comunità e soccorritori

Questo metodo ha un grave svantaggio: le informazioni da aree gravemente danneggiate e isolate non sono disponibili. In alcuni casi la fonte può fornire informazioni poco accurate o esagerare l'entità di alcuni bisogni. Se esistono dubbi ragionevoli, l'amministrazione deve innanzitutto scoprire la ragione di una determinata necessità. Le squadre di soccorso devono ricevere istruzioni per fornire dati basilari sui bisogni sanitari e sulla possibilità di soddisfarli da parte della comunità e dei servizi.

Rapporti regolari dai servizi esistenti

Quando le comunicazioni possono essere facilmente ristabilite, le informazioni possono essere fornite direttamente dalle centrali amministrative e dagli ospedali questi dati dovrebbero riguardare:

- Il numero di incidenti che ogni giorno richiedono un trattamento;
- Il numero degli altri pazienti;
- Il numero di ammissioni;
- Il numero di posti-letto disponibili;
- Il numero dei morti;
- Materiale indispensabile di cui si possiede scarsa disponibilità.

Quando possibile, i ricoveri e gli interventi sanitari dovrebbero essere comunicati suddivisi per larghe fasce di età e per categorie diagnostiche. Le tecniche epidemiologiche sono particolarmente utili per la raccolta e la valutazione di queste informazioni.

Indagini

Quando fare un'indagine. Per alcune esigenze sanitarie si possono ottenere informazioni obiettive e quantificate solo attraverso indagini sistematiche. Se le fonti esistenti sono insufficienti o non attendibili, dovrebbe essere condotta, appena possibile, un'indagine mirata. Dopo un disastro di grave entità, si possono prevedere tre fasi:

- a) Una rapida ricognizione iniziale che definisca l'area interessata mediante l'esame di tutte le zone potenzialmente colpite. Una pronta valutazione della situazione sanitaria, dei trasporti e comunicazioni servirà a definire i problemi sui quali intervenire e a progettare un'indagine informale. La conoscenza diretta della zona colpita è molto importante.
- b) Un'indagine multidisciplinare particolareggiata che includa tutte le zone

danneggiate. Alcune delle informazioni seguenti, che non si riferiscono direttamente ai sopravvissuti, dovrebbero essere raccolte sulla base di un campione statistico. Si dovrebbe indagare su:

- Numero totale degli incidenti;
- Il numero di quelli che richiedono il trasporto e le principali categorie diagnostiche;
- Il numero di quelli che richiedono solo il trattamento locale;
- La disponibilità di risorse sanitarie essenziali e di personale;
- I problemi connessi alla sorveglianza di coloro che hanno ricevuto un trattamento di emergenza;
- La necessità di ricostruire o rafforzare i presidi sanitari locali.

Si cercherà anche di stabilire gli effetti immediati del disastro sulla disponibilità e qualità dell'approvvigionamento idrico, con lo scopo di definire se dalla distruzione derivi un immediato aumento del rischio per la salute rispetto alle condizioni precedenti.

Un'indagine dei danni delle strutture correlate alla salute pubblica (rete idrica e fognaria, ospedali, ecc.) dovrebbe essere condotta in tutto il territorio da tecnici competenti.

In questo tipo di inchiesta è essenziale disporre di personale qualificato, poiché su questi dati verranno basati i principali piani di soccorso.

BIBLIOGRAFIA SELEZIONATA

Proseguendo la ricerca di bibliografia selezionata sull'epidemiologia e prevenzione sanitaria in occasione di disastri naturali, iniziata nel numero 4, proponiamo qui altri lavori. Gli articoli citati sono disponibili in fotocopia presso l' OFN per chi ne faccia richiesta.

1. Moynfar A.A. Earthquake disaster 1976 Ann. Soc. Belge Méd. Trop. 56;4-5: 223-229
2. Western K.A. Epidemiology of communicable diseases in disaster situations (summary) 1976 Ann.Soc.Belge Méd.Trop. 56;4-5:199-200
3. Lechat M.F. Disaster epidemiology 1976 Ann.Soc.Belge Méd.Trop.56;4-5: 193-197
4. Dudasik S.W. Victimization in natural disaster. 1980 Disasters 4;3: 329-338
5. Editorial. The effects of disaster on health: a summary. 1980 Disasters 4;1:14-18
6. Editorial. Désastres et catastrophes naturelles. 1979 Chronique OMS 33:453-454
7. Tag Eldeen M. Predisaster physical planning: integration of disaster risk analysis into physical planning - Acase study in Tunisia. 1980 Disasters 4;2:211-222
8. Klinteberg R. Management of disaster victims and rehabilitation of uprooted communities. 1979 Disasters 3;1:61-70
9. Taylor A.J. Disaster housing aid: a programme planning model from Guatemala. 1978 Disasters 2;1:17-23
10. Romero A.B. et al. Some epidemiologic features of disasters in Guatemala. 1978 Disasters 2;1:39-46
11. Blundell D.J. Living with earthquakes. 1977 Disasters 1;1:41-46
12. Disaster epidemiology: general discussion. 1976 Ann.Soc.BelgeMéd.Tro 56;4-5:387-396

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