

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°20

SETTIMANALE DELL'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' MINISTERO DELLA SANITA'
LAB. EPIDEMIOLOGIA e BIOSTATISTICA DIREZIONE IGIENE PUBBLICA
TELEFONO N°: 4950314 - 4954617 - 4950607

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE DEL LAZIO

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) è stato istituito nel Lazio da una legge regionale del gennaio 1979. L'effettivo avvio delle attività è dei primi mesi dell'80, in un periodo di grande movimento istituzionale. Infatti la puntuale attuazione della riforma sanitaria ha portato l'OER ad iniziare la sua attività contemporaneamente alla costituzione ed all'organizzazione delle USL. Questo è nello stesso tempo un vantaggio ed una fatica. Vantaggio perché così è possibile lavorare alla costituzione di un sistema informativo socio-sanitario nello stesso momento in cui si organizzano i servizi e prendono forma nuove dimensioni istituzionali, fatica perché si parte proprio da zero, con il rischio di perdere il vecchio e non riuscire ancora a far partire il nuovo. Si lavora sulla linea di un sistema informativo unitario, nel quale cioè non ha spazio una separazione a priori dell'informazione per l'amministrazione rispetto ad un'informazione per l'epidemiologia. Anche perché si crede ad un sistema informativo trasformativo e pare che oggi sia poco corretto assegnare a priori caratteristiche di rilevanza o di pertinenza alle informazioni che nascono nei servizi. Gli obbiettivi della trasformazione del sistema sanitario sono talmente avversati e costantemente allontanati da leggi e leggine, articoli, commi, cavilli, scioperi più o meno organizzati, che si ritiene giusto e dovuto fornire a chi governa, a tutti i livelli, informazioni utili per formulare scelte. Anche a rischio di sembrare

oggi appiattiti sul sistema informativo, si mira soprattutto ad individuare contenuti informativi pertinenti in tutte le attività amministrative, gestionali, sociali e sanitarie della USL, per non separare mai la conoscenza dalla quotidiana organizzazione del lavoro. Così si lavora per esempio sulle procedure per il pagamento delle farmacie convenzionate, per non farne solo un'attività contabile, ma una fonte importante di informazione sul consumo di farmaci e sulla dinamica di questo fenomeno. E così via, dalla medicina generica agli specialisti convenzionati, dal pagamento degli stipendi alle gestione di bilanci.

E si dirà: "ma l'epidemiologia?". Oggi questo è soprattutto questo è informazione per l'epidemiologia.

L'epidemiologia "per la valutazione" e "per la programmazione" (ma si può dire?) che, in un periodo di intensa ed incerta trasformazione dei servizi, si vuole costruire come funzione a tutti i livelli ed a tutti i servizi dell'USL. Proprio per questo si stanno organizzando i servizi delle USL del Lazio senza un servizio di epidemiologia (con un primario, due aiuti, tre assistenti, etc. etc.), bensì prevedendo l'utilizzazione e la pratica della metodologia epidemiologica in tutti i servizi sanitari, tecnici ed amministrativi delle USL. C'è anche un servizio (tecnico-amministrativo e non sanitario) che funge da raccordo e da supporto organizzativo ed informativo (anche, una volta a regime, informatico), che conosce tutti i flussi e le attività informative delle USL, che omologa l'informazione prodotta ed usata, ma che non ha il monopolio dell'epidemiologia, proprio perché questa deve essere funzione e competenza di tutti i servizi. Con ciò non si dimentica il resto. E' stata condotta assieme all'ISTAT un'indagine campionaria sullo stato di salute della popolazione, ampliando il campione da 1500 a circa 6000 famiglie intervistate e producendo un questionario aggiuntivo, prevalentemente orientato alla conoscenza dell'offerta e/o dell'utilizzazione dei servizi. Si sta portando a termine un'indagine straordinaria sullo stato di attuazione della legge 194 sulla tutela sociale della maternità ed interruzione volontaria della gravidanza, collegata ad una più complessa iniziativa nazionale. In questo ambito si è concluso il primo censimento dei servizi ostetrici e ginecologici e dei consultori familiari della regione. E' stata programmata un'indagine epidemiologica che interessa le aree circostanti le centrali nucleari del Garigliano e di Latina e l'intera provincia di Viterbo, su quest'ultimo punto la spinta che è venuta dalle popolazioni a proposito di supposti danni legati alla presenza di centrali nucleari, consente di avviare un organico sistema di sorveglianza per le malformazioni congenite (ndr: di prossimo supplemento BEN) ed una ulteriore, diversa, indagine campionaria sullo stato di

salute della popolazione. E' in cantiere, in collaborazione con il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (ISS), una complessiva ristrutturazione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive. E' stato definito un programma di organizzazione ed utilizzazione degli strumenti informativi individuali a livello di distretto, sulla base di ipotesi discusse e proposte a livello interregionale e caratterizzate dall'individuazione del distretto come sede per la archiviazione e l'utilizzazione dell'informazione individuale e da flussi di trasmissione delle informazioni ai diversi livelli del Sistema Sanitario Nazionale per "rapporti", successive aggregazioni e connotazioni. Su questo argomento è necessario dire che la mancanza di direttive a livello centrale non solo sta paralizzando ogni progetto, ma a causa di grossolane sovrapposizioni delle attività di alcuni organismi centrali, si sta determinando uno stato di pericolosa confusione a livello locale. La legge di riforma sanitaria prevede all'articolo 27 l'emanazione di decreti di legge sul cosiddetto libretto sanitario individuale e sui registri dei dati ambientali e biostatistici, e all'articolo 58 un altro decreto recante "norme per i criteri in ordine alla scelta dei campioni di rilevazione e per la standardizzazione e comparazione dei dati". Perché non escono i decreti degli articoli 27 e 58 della legge 833? Troppo difficile? Troppo facile? Cui prodest? Questo è un quadro sintetico dei nostri primi passi. Moriremo per soffocamento o per paralisi?

Carlo PERUCCI

(Responsabile dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio)

PEDICULOSI IN COLLETTIVITA'

Nella scuola elementare pubblica della frazione di Ornito (SA) sono stati segnalati, in data 23.3.81, 18 casi di pediculosi del capo su un totale di 45 alunni frequentanti la scuola (tasso d'attacco 40%). Dei 18 casi, 11 sono maschi e 7 femmine. Sono stati tutti allontanati in data 23.3.81 e riamesti a scuola progressivamente fino al 3.4.81. L'incidenza nelle varie classi ha mostrato il seguente andamento:

CLASSE	N° FREQUENTANTI	N° CASI	TASSO D'ATTACCO%	TOTALE GIORNI ASSENZA	N°GIORNI/ ALUNNI
I	10	7	70%	67	10
II	10	5	50%	20	4
III	9	1	11%	2	2
IV	7	4	57%	44	11
V	9	1	11%	1	1

TOTALE

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA NELLE ZONE TERREMOTATE

Tabella settimanale dei nuovi ricoveri dalle 8 a.m. del 21/4/81 alle 8 a.m. del 28/4/81

per le seguenti cause:

Provincia	NA-CE-BN		SALERNO		AVELLINO		POTENZA		TOT. PARZ.		TOTALE
	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	
Epatite Virale	3	0	0	0	0	0	1	0	4	1	5
Febbre Tifoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningite	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Morbillo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertosse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrea afebrile	10	0	0	0	0	0	1	0	11	0	11
Febbre con diarrea	3	0	0	0	0	0	1	2	4	2	6
Febbre con tosse	13	0	12	8	8	5	0	4	33	17	50
Febbre senza diarrea o tosse	12	0	6	2	2	0	11	0	31	2	33
Disturbo psichico	2	0	0	0	0	0	0	4	2	4	6
Ipotermia o congelamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trauma	20	26	44	121	0	23	5	72	73	242	315
Chirurgia generale	21	57	34	200	9	173	22	220	86	650	736
Medicina generale	30	122	33	205	28	194	18	217	109	738	847
Ostetricia	0	60	0	79	0	140	3	148	3	427	430
Motivi non sanitari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	111	265	129	615	47	535	65	667	357	2083	2440

Lista dei 39 Ospedali afferenti al Sistema di Sorveglianza. I dati di questa settimana mancano per gli Ospedali contrassegnati con asterisco.

N.COD.	OSPEDALE	N.COD.	OSPEDALE	N.COD.	OSPEDALE
1	I Policlinico	14	SA - G. Da Procida*	29	Ariano Irpino
2	II Policlinico	15	NA - Pellegrini*	30	M.te Forte Irpino
3	Napoli OO.RR.	16	Cava dei Tirreni	31	Solofra
4	Napoli OO.RR.BB.	17	Stoli	34	Caposele*
5	Napoli Cotugno	18	Nocera Inferiore	37	Bisaccia
6	Napoli C.T.O.	19	Oliveto Citra	44	Stigliano*
7	Napoli SS. Annunziata	20	Poggioreale	45	Tricarico
8	Castellammare	22	Salerno	46	Melfi
9	Frattamaggiore	23	Paola	48	PZ - S. Carlo
10	Nola	25	Avvento	49	Venosa
11	Sorrento*	26	Campitella	50	Marsico Vetere
12	T. Annunziata	27	Maddaloni	51	Chiaromonte
13	T. Del Greco	28	Avellino	52	Pisticci

Si segnala inoltre che i primi casi sono avvenuti nella I elementare in bambini legati fra loro da rapporti di parentela.

Segnalato da: Dr. Prospero VENETO
Ufficiale Sanitario di Giffoni Valle Piana (SA)

Nota Editoriale:

La pediculosi del capo è un fenomeno largamente diffuso in Italia, tanto da essere incluso, dal 1976 nell'elenco delle malattie trasmissibili soggette a denuncia obbligatoria. Pur sfuggendo all'osservazione, quindi, i casi isolati, il fenomeno ha registrato sicuramente un incremento negli ultimi anni. I dati annuali ISTAT presentano il seguente andamento:

1976	11.383 casi
1977	44.476 "
1978	57.570 "
1979	41.591 "

Per la provincia di Salerno, il confronto fra le denunce pervenute nel 1° trimestre dell'anno in corso e quelle, relative allo stesso periodo, del 1980, non fa rilevare alcun incremento. Al contrario, si è verificata una diminuzione nei casi denunciati pari al 65.3%

	Gennaio	Febbraio	Marzo	TOT.
1980	55	49	108	212
1981	19	10	36	65

Uno studio epidemiologico sulla pediculosi del capo nelle scuole del comune di Roma è stato condotto nei mesi di marzo ed aprile 1978 dal Reparto Patologia Ambientale (LEB - I.S.S.). Furono esaminate 36 scuole della fascia dell'obbligo per un totale di 108 classi e 1988 alunni e la prevalenza nella popolazione scolastica esaminata risultò del 9,6%, senza differenze statisticamente significative fra scuole materne, elementari e medie. Il grado di infestazione non risultò correlato alla dimensione delle classi, ma piuttosto a quella delle famiglie di origine e soprattutto al numero di componenti in età scolare presenti nel nucleo familiare. Come abbiamo avuto già occasione di scrivere sul BEN n° 2, la presenza della pediculosi del capo è strettamente correlata a condizioni di sovraffollamento, soprattutto in assenza di misure igieniche personali e collettive.

YERSINIA ENTEROCOLITICA

Yersinia enterocolitica è stata isolata da 3 bambini ricoverati presso la Clinica delle Malattie Infettive dell'Università di Siena, durante il mese di gennaio 1981.

Caso 1 - Un bambino di 16 mesi con diarrea, iperpiressia (39,5°C), tosse secca e faringodinia è stato ricoverato per una crisi convulsiva. Le feci (molli e mucose) del giorno successivo al ricovero, seminate su SS + Na desossicolato 2%, hanno prodotto un ceppo di Y. enterocolitica, chemiotipo 4, sierotipo 0:3, lisotipo VIII. Non è stata somministrata terapia antibiotica. La febbre è scomparsa al terzo giorno di ricovero.

Caso 2 - Un bambino di 9 mesi in passato sofferente per ripetuti episodi di bronchite e di diarrea, tre giorni prima del ricovero aveva manifestato sintomi di tosse, diarrea (feci semiliquide e mucose), vomito e iperpiressia. L'esame obiettivo, al ricovero rivelava solo una spiccata iperemia faringea. Durante la degenza sono comparsi vomito e un esantema maculo-papuloso al volto e al tronco. La coprocultura ha dato esito positivo per Y. enterocolitica biotipo 1, sierotipo 0:6, lisotipo x_z . Non è stata praticata terapia antibiotica ed i sintomi sono scomparsi entro dieci giorni. Sono state esaminate le feci dei familiari conviventi e di alcuni animali accuditi dal padre (pastore) del bambino. Y. enterocolitica dello stesso biotipo del caso è stata isolata da una pecora e da un pollo.

Caso 3 - Un bambino di 2 anni è stato ricoverato con febbre, diarrea (feci liquide e mucose) e vomito. Dalle feci è stato isolato un ceppo di Y. enterocolitica, chemiotipo 4, sierotipo 0:3, lisotipo VIII. I sintomi sono regrediti dopo cinque giorni, senza terapia antibiotica.

Segnalato da:

Natale FIGURA e Aldo ROSSOLINI

Clinica delle Malattie Infettive - Università di Siena

Nota Editoriale:

Le segnalazioni di isolamento di Yersinia enterocolitica sono particolarmente interessanti in quanto l'incidenza di questo tipo di infezione è stata studiata solo in poche aree del mondo. In Svezia nel 1978 l'organismo è stato isolato nel 2% di 7304 casi di enterite acuta ed episodi epidemici sono stati riportati in Finlandia, Giappone, Stati Uniti. Se l'infezione da Yersinia enterocolitica sia una zoonosi, non è chiaro: studi in Svezia e Danimar-

ca hanno dimostrato che il 3-5% dei maiali è portatore intestinale del sierotipo 0:3. Sono state anche segnalate infezioni contemporanee di bambini e animali domestici (cani e gatti) abitanti nella stessa casa, ma non è stato dimostrato se i cani e i gatti possono trasmettere l'infezione all'uomo. In Europa l'infezione da Y. enterocolitica avviene più frequentemente nei mesi invernali ed i bambini sono generalmente i più colpiti. Sebbene il modo di trasmissione dell'infezione non sia ancora definito, la via oro-fecale sembra la più probabile. Il periodo di incubazione varia tra tre e sette giorni. La sintomatologia è quella di un'enterite acuta e la patologia è da attribuirsi alla produzione di tossina. Le complicazioni sono rare in giovane età, negli adulti l'infezione sembra essere associata a eritema nodoso e artrite reattiva.

DALL'ESTERO

Sensibilizzazione a enzimi proteolitici.

Il National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), l'ente statunitense che è preposto alla tutela della salute in ambienti di lavoro, ha denunciato recentemente che alcuni lavoratori di una fabbrica di prodotti per lavanderia erano diventati sensibili ad un enzima proteolitico batterico (Esperase®) usato nella produzione di una varechina chimica.

Il quadro clinico di alcuni lavoratori era costituito da rush cutaneo, congiuntivite, attacchi acuti di respiro corto. La concentrazione di polveri di enzima nell'ambiente era sotto lo standard accettato ($3.9 \mu\text{g}/\text{M}^3$). Le dimensioni delle particelle erano di misura tale da consentirne la respirazione (diametro medio $4.4 \mu\text{M}$). L'Esperase® era in lavorazione da circa tre anni.

E' stata condotta un'indagine caso-controllo sui 15 esposti confrontati a 9 non esposti basata su un'intervista (secondo un questionario), esame fisico, test di funzionalità polmonare e test radioallergoassorbenti (RAST) per la valutazione della sensibilizzazione allergica mediata da IgE anti Esperase®. Tre degli esposti sono risultati positivi al RAST test contro nessuno dei non esposti. Inoltre gli esposti hanno mostrato un significativo decremento della funzionalità polmonare media misurata all'inizio ed alla fine del turno di lavoro. Un analogo test non è però stato effettuato sui non esposti.

La capacità di questo tipo di enzimi di produrre dermatiti o sindromi polmonari su base allergica era già nota, tanto che le industrie produttrici avevano ridotto il contenuto di particelle di polvere dei loro prodotti od avevano adottato tecniche di incapsulamento. La situazione attuale può essere dovuta o a maggior antigenicità dell'Esperase® o ad una maggior esposizione dei lavoratori nelle prime fasi della produzione.

Riportato su : Morbidity and Mortality Weekly Report 1981, 30:127.