

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°21

SETTIMANALE DELL'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' MINISTERO DELLA SANITA'
LAB. EPIDEMIOLOGIA e BIOSTATISTICA DIREZIONE IGIENE PUBBLICA
del 7 maggio '81

AUMENTO DELLA PIOMBEMIA IN UN COMUNE DELLA SARDEGNA

A seguito di segnalazioni, pervenute alle autorità sanitarie competenti, di elevati livelli di piombemia riscontrati in alcuni bambini di S. Gavino (Cagliari), l'Amministrazione Regionale ha predisposto un programma di indagini per la valutazione della dimensione del problema e per l'individuazione della fonte di inquinamento.

Il comune di S. Gavino, situato nella pianura del Campidano di Cagliari, ha una popolazione di 9754 abitanti. L'attività economica prevalente è l'industria manifatturiera che occupa circa il 55,1% della popolazione attiva.

Nel territorio comunale, in particolare nei pressi del centro urbano, è situato uno stabilimento che produce prevalentemente piombo raffinato per estrazione da minerale (solfito di piombo).

Al fine di analizzare la situazione sono state pertanto previste indagini di carattere sanitario e ambientale, peraltro tuttora in corso.

Al momento sono disponibili i primi risultati relativi ad accertamenti di laboratorio (determinazione della piombemia e della protoporfirina IX) effettuati su un campione di popolazione scolastica del I ciclo delle Elementari.

Il campione esaminato, corrisponde al 20% della popolazione considerata, è costituito da 79 bambini per i quali, oltre l'età ed agli anni di residenza nel comune, è stata rilevata l'attività professionale dei genitori.

Dall'esame dei risultati si è evidenziato che i valori di piombemia riscontrati nei bambini di S. Gavino, sono più elevati di quelli che la direttiva CEE considera normali per la popolazione generale non esposta a rischio, (vedi tabella seguente).

Livelli di piombemia calcolati secondo le direttive CEE.

Piombemia ($\mu\text{g}/100 \text{ ml}$)	n. bambini	% sul gruppo di popolazione considerata	% secondo la direttiva CEE
≤ 20	28	35,4	50
≤ 30	65	82,3	90
≤ 35	71	89,3	98
oltre 35	8	10,1	2

Non sono state comunque rilevate differenze significative fra i bambini figli di lavoratori esposti e figli di lavoratori non esposti.

Si è potuto invece evidenziare un'aggregazione geografica dei bambini con valori di piombemia superiori a $35 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$.; infatti la maggior parte dei casi considerati abita in una zona del paese esposta sottovento rispetto alla fonderia.

Segnalato da: Ufficio del Medico Provinciale
e Assessorato Difesa Ambiente di Cagliari.

EPIDEMIOLOGIA DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA

La separazione tra ipertensione e normotensione è arbitraria, ma se si accettano i suggerimenti di alcuni Gruppi di Lavoro dell'OMS i valori di 160 e/o 95 mm Hg dovrebbero rappresentare un punto di riferimento per descrivere la "prevalenza" dell'ipertensione arteriosa.

L'attuale situazione in Italia in termini di prevalenza dell'ipertensione arteriosa, così definita, è riassumibile nella Tabella 1 che riporta i dati raccolti nella Fase A del Progetto Finalizzato Medicina Preventiva-Aterosclerotosi-Fibrosi e Trombosi-RF2 del C.N.R. (in stampa su Giorn.It.Cardiol.

Dall'esame dei risultati si è evidenziato che i valori di piombemia riscontrati nei bambini di S. Gavino, sono più elevati di quelli che la direttiva CEE considera normali per la popolazione generale non esposta a rischio, (vedi tabella seguente).

Livelli di piombemia calcolati secondo le direttive CEE.

Piombemia ($\mu\text{g}/100 \text{ ml}$)	n. bambini	% sul gruppo di popolazione considerata	% secondo la direttiva CEE
≤ 20	28	35,4	50
≤ 30	65	82,3	90
≤ 35	71	89,3	98
oltre 35	8	10,1	2

Non sono state comunque rilevate differenze significative fra i bambini figli di lavoratori esposti e figli di lavoratori non esposti.

Si è potuto invece evidenziare un'aggregazione geografica dei bambini con valori di piombemia superiori a $35 \mu\text{g}/100 \text{ ml}$.; infatti la maggior parte dei casi considerati abita in una zona del paese esposta sottovento rispetto alla fonderia.

Segnalato da: Ufficio del Medico Provinciale

e Assessorato Difesa Ambiente di Cagliari.

EPIDEMIOLOGIA DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA

La separazione tra ipertensione e normotensione è arbitraria, ma se si accettano i suggerimenti di alcuni Gruppi di Lavoro dell'OMS i valori di 160 e/o 95 mm Hg dovrebbero rappresentare un punto di riferimento per descrivere la "prevalenza" dell'ipertensione arteriosa.

L'attuale situazione in Italia in termini di prevalenza dell'ipertensione arteriosa, così definita, è riassumibile nella Tabella 1 che riporta i dati raccolti nella Fase A del Progetto Finalizzato Medicina Preventiva-Aterosclerosi-Facc. n. 1000-RE2 del C.N.R. (in stampa su Giorn.It.Cardiol.

Tabella 1 Prevalenza dell'ipertensione arteriosa in Italia. (160 e/o 95 mm Hg, media di due misure) Soggetti di età 20-59, percentuali standardizzate per età. (Da "I fattori di rischio dell'ateriosclerosi in Italia. La fase A del Progetto CNR-ATS-RF2; in stampa su Giorn.Ital. Cardiol., 1981).

Area	Maschi %	Femmine %
Mirano (Venezia)	20.8	19.3
Venezia-Marghera	29.4	26.5
Stradella (Pavia)	20.6	19.3
Bologna-quart. Murri	31.9	23.1
Sovicille (Siena)	19.8	27.5
Roma-quart. Tuscolano	20.2	14.1
Mugnano (Napoli)	14.9	20.9
Sinnai (Cagliari)	24.5	30.8
Trabia (Palermo)	12.8	23.8
Pool delle 9 aree	22.4	23.4

Si nota che esistono differenze geografiche abbastanza marcate, ma che complessivamente il fenomeno è assai imponente riguardando circa un quinto della popolazione dei due sessi di età compresa tra 20 e 59 anni.

A distanza di circa 30 anni dall'introduzione di farmaci efficienti per ridurre la pressione arteriosa elevata è finalmente stato dimostrato in modo inequivocabile che ridurre artificialmente la pressione arteriosa in soggetti che hanno valori pari o superiori a 160 e/o 95 (ed anche a 90 mm Hg di diastolica) è possibile ed utile. Viene infatti ridotta in modo sostanziale la successiva incidenza per complicanze cardiovascolari e - negli esperimenti più vasti - anche la mortalità totale (per tutte le cause) è risultata ridotta. Una riduzione di 7-8 mm Hg della diastolica, mantenuta per 5 anni, corrisponde a ridurre la mortalità per tutte le cause di quote comprese tra il 15 e il 20%.

Il Progetto Romano di Prevenzione della Cardiopatia Coronarica ha indicato che un trattamento "efficiente" dell'ipertensione arteriosa, rispetto a quello medio abituale dei normali servizi sanitari, permette di ridurre l'incidenza delle più gravi complicanze cardiovascolari del 50% in 4 anni. (Tabella 2-articolo in corso di stampa).

Tabella 2 Variazioni della pressione arteriosa in soggetti ipertesi e incidenza di complicanze cardiovascolari maggiori in 4 anni. (Dal Progetto Romano di Prevenzione della Cardiopatia Coronarica: in stampa, su Giorn. Ital. Cardiol. 1981).

	Soggetti ipertesi affidati ai normali servizi sanitari	Soggetti ipertesi trattati dal gruppo di ricerca
Pressione sistolica mm Hg (prima)	158.9	157.8
Pressione diastolica mm Hg (prima)	100.2	101.2
Pressione sistolica mm Hg (dopo)	156.1	144.6
Pressione diastolica mm Hg (dopo)	96.8	90.2
Incidenza complicanze cardiovascolari maggiori	13.2%	5.8%

In campo di sanità pubblica analoghi risultati, estensibili alla totalità della popolazione possono teoricamente essere ottenuti se ogni medico:

- 1) misura la pressione ai propri pazienti ogni volta che li incontra per un qualsiasi motivo;
- 2) avvia un trattamento sistematico e continuativo mirante a mantenere la pressione stabilmente al di sotto di 150 e/o 90 con uno o più dei moltissimi farmaci offerti dal mercato;
- 3) induce il paziente a mantenere tale trattamento e ad accompagnarlo ad altre elementari misure igieniche come la normalizzazione dell'eventuale sovrappeso corporeo, la riduzione drastica della quota di sodio introdotto con la dieta e l'esecuzione di una moderata ma regolare attività fisica.

A. Menotti

Reparto Malattie Non Trasmissibili

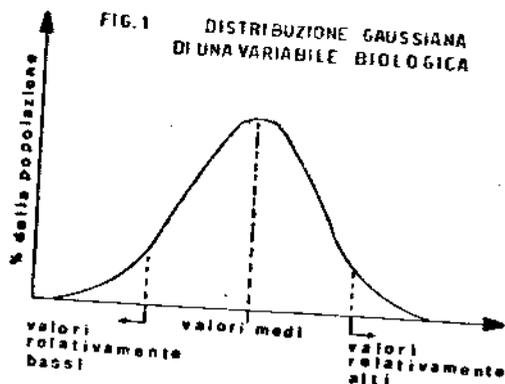
Lab. Epidemiologia e Biostatistica

I.S.S.

Nota Editoriale:

Da un punto di vista strettamente epidemiologico l'ipertensione arteriosa, comunque la si definisca, non è considerata una "malattia", ma si tratta comunque di una delle condizioni cardiovascolari più frequenti e ubiquitarie, se non la più frequente in assoluto (assieme alle varici venose degli arti inferiori). In termini epidemiologici l'ipertensione arteriosa è considerata l'estrema variazione a destra della curva di distribuzione della pressione (fig. 1), usualmente unimodale e abbastanza vicina alla forma della

curva normale, e rappresenta quindi semplicemente un fattore di rischio per una serie di condizioni cardiovascolari: infarto miocardico, morte improvvisa, accidenti cerebrovascolari, nefrosclerosi, retiniti, etc. Per essere più precisi, non l'ipertensione arteriosa, ma la pressione arteriosa "per sè" è un fattore il rischio che associa livelli crescenti un crescente rischio di andare incontro alle complicazioni sopra citate.



Anche al di fuori della patologia più specificatamente circolatoria, gli elevati livelli di pressione arteriosa sono un fattore di rischio per la maggior parte delle cause di morte non cardiovascolari, rappresentando quindi un elemento fondamentale tra quelli che "determinano" la speranza di vita. La Tabella 3 riassume a titolo esemplificativo l'entità del rischio coronarico per classi crescenti di pressione diastolica a parità di altre condizioni.

Tabella 3 Rischio di infarto miocardico o morte coronarica in 10 anni in soggetti di sesso maschile, di età compresa tra 50 e 54 anni, sedentari, che fumino meno di un pacchetto di sigarette al giorno, con colesterolemia 220 mg/dl, in funzione di livelli diversi di pressione sistolica. (Dal "Manuale del Rischio Coronarico, Istituto Superiore di Sanità, 1980).

Pressione Sistolica mm Hg	Rischio (per 1000 in 10 anni)
100	57.1
120	69.7
140	84.7
160	102.6
180	123.7
200	148.5

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA NELLE ZONE TERREMOTATE

Tabella settimanale dei nuovi ricoveri dalle 8 a.m. del 28/4/81 alle 8 a.m. del 5/5/81
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	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Febbre Tifoide	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2
Meningite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morbillo	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Pertosse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrea afebrile	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Febbre con diarrea	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2
Febbre con tosse	7	0	4	3	4	0	5	6	20	9	29
Febbre senza diarrea o tosse	3	0	2	1	1	0	10	3	16	4	20
Disturbo psichico	3	0	2	0	0	0	0	3	0	3	3
Ipotermia o congelamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trauma	12	50	15	78	4	19	7	61	38	208	246
Chirurgia generale	12	50	32	130	12	121	18	248	74	529	603
Medicina generale	34	68	34	100	51	93	27	250	146	511	657
Ostetricia	0	45	0	51	0	123	0	170	0	389	389
Motivi non sanitari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	68	193	87	363	72	358	70	743	297	1657	1954

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	Eboli	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	Pagani	45	Tricarico
8	Castellammare	22	Sarno	46	Melfi
9	Frattamaggiore	23 *	Polla	48	PZ - S. Carlo
10	Nola	25	Benevento	49	Venusa
11	Sorrento	26	Caserta	50	Marsico Vetere
12 *	T. Annunziata	27 *	Maddaloni	51	Chiaromonte
13 *	T. Del Greco	28	Avellino	52	Pisticci

DALL'ESTERO

Peste umana negli USA

È stato segnalato nel Nuovo Mexico (USA) un caso confermato di peste umana. Si tratta di un uomo di 25 anni deceduto dopo una storia di cefalea, brividi, febbre e vomito. Al momento del ricovero è stato notato un gonfiore della grandezza di un'arancia sotto l'ascella sinistra. Poche ore dopo, il paziente ha avuto un arresto cardiaco, e nonostante il trattamento con tecniche di risuscitamento, è deceduto. All'autopsia è stato riscontrato edema polmonare acuto. Da un'emocultura è stato isolato un ceppo di Yersinia pestis. La fonte dell'infezione è stata identificata in un gatto selvatico (bobcat) che l'uomo aveva catturato e scuoiato, tre giorni prima dell'insorgenza dei sintomi. Precedentemente il paziente si era ferito ad una mano. Il cervello del gatto selvatico è stato analizzato ed è risultato positivo all'immunofluorescenza e all'esame culturale per Y. pestis.

Nel 1980 negli USA sono stati denunciati 18 casi di peste umana, la maggior parte dei quali riconducibili a morsicature di pulci.

Riportato da: Morbidity Mortality Weekly Report 1981, 30:137

Sindrome da shock tossico

La sindrome da shock tossico (Toxic Shock Syndrome, TSS) è una sindrome grave ad insorgenza acuta con febbre alta, vomito, diarrea e mialgia seguite da ipotensione e, nei casi gravi, shock. Durante la fase acuta si sviluppa un esantema eritematoso, tipo scottatura solare, seguito dopo una decina di giorni da desquamazione, particolarmente alle palme delle mani ed alle piante dei piedi. La TSS, anche nei casi lievi, esita in una profonda debolezza che dura circa una settimana.

Negli Stati Uniti, a tutt'oggi, sono stati segnalati 941 casi, 928 dei quali (99%) erano donne. Di queste 905 (98%) avevano avuto l'insorgenza dei sintomi durante la mestruazione ed 11 casi erano nel periodo post-parto. In numerosi casi Staphylococcus aureus è stato isolato dalla vagina e l'assorbimento locale di tossina potrebbe essere il meccanismo eziologico dei sintomi riportati. L'uso dei tamponi vaginali interni è stato individuato come fattore di rischio. Lo S. aureus potrebbe essere veicolato in vagina dall'esterno durante la manipolazione per l'applicazione del tampone oppure potreb-

be moltiplicarsi e produrre tossina all'interno della vagina trovando un ambiente particolarmente favorevole. E' stato anche ipotizzato che l'uso dei tamponi traumatizzi la mucosa e favorisca l'assorbimento di tossina, a prescindere dall'applicazione. E' stata trovata un'associazione statisticamente significativa con i tamponi di marca Rely [®], della Procter & Gamble, che sono stati successivamente ritirati dal mercato dalla casa produttrice. Tutti i ceppi di stafilococco isolati nei casi di TSS sono risultati penicillino-resistenti. Lo S aureus non è mai stato isolato da tamponi non ancora usati, compresi quelli ancora contenuti nelle confezioni di pazienti con TSS.

Per prevenire la TSS, nel caso non si voglia rinunciare all'uso del tampone, si consiglia di cambiarlo molto frequentemente durante il giorno (almeno ogni 4-6 ore), oppure di farne un uso intermittente. Ogni donna mestrata che accusi la sintomatologia suddescritta dovrebbe rimuovere immediatamente il tampone e sottoporsi ad esame culturale dello striscio vaginale.

La terapia consiste in reidratazione intensa e antibiotici insensibili alle beta-lactamasi (nafcillina, meticillina, etc), dopo che sia stato effettuato lo striscio per la cultura. Questo trattamento si è dimostrato efficace nel prevenire le recidive, che sono frequenti (il 30% circa). A tale proposito è bene che una donna che abbia presentato una TSS non usi tamponi finchè lo S aureus non sia stato ben eradicato dalla vagina.

Riprotto da: Infection Control 1981, 2:11; Morbidity Mortality Weekly Report 1981, 30:25.

La Redazione sarà grata a chiunque fornirà informazioni su casi sospetti o accertati in Italia di TSS.

Il BEN è compilato nel Reparto Malattie Trasmissibili, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 ROMA. Tel. 06/4950314 - 4954617 - 4950607 - 4954617. Chiunque voglia ricevere il BEN può farne richiesta al suddetto indirizzo. Si ricorda che la trasmissione dei dati di sorveglianza deve essere effettuata ai numeri telefonici su riportati.