

# BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°23

SETTIMANALE DELL'OSSERVATORIO  
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'  
LAB. EPIDEMIOLOGIA e BIOSTATISTICA

EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE  
MINISTERO DELLA SANITA'  
DIREZIONE IGIENE PUBBLICA  
del 21 maggio '81

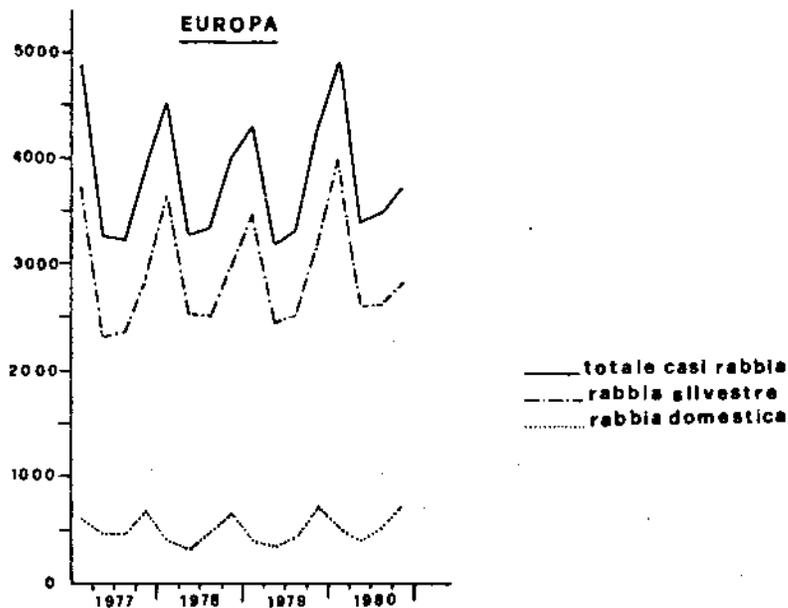
## LA RABBIA IN EUROPA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente pubblicato il consuntivo relativo alla sorveglianza della rabbia in Europa per il quarto trimestre 1980. In questo periodo sono stati riportati un totale di 4689 casi di rabbia: un aumento di 13 casi se si paragona questa cifra con quella relativa allo stesso periodo di tempo nello scorso anno (4676).

Ci sono stati 3324 casi (70,9%) tra gli animali selvatici, 1364 (29,1%) in animali domestici e un caso di rabbia umana (un ragazzo francese morsi-  
cato da un cane in Tunisia).

Il numero dei casi è aumentato in tutti i paesi eccetto in Austria, dove è diminuito da 166 a 112, in Romania, dove il totale è stato inferiore di un'unità rispetto allo scorso anno e in Danimarca dove è rimasto a 2 casi. In Cecoslovacchia, Repubblica Democratica Tedesca, Repubblica Federale Tedesca, Ungheria e Svizzera l'incremento è stato minore del 10%. Il numero totale in Francia è aumentato del 36%, in Polonia del 17%, in Turchia del 27% e in Jugoslavia del 94%. Anche il Belgio e il Lussemburgo hanno registrato un notevole incremento (da 2 a 11 e da 1 a 13 casi rispettivamente). Finlandia, Gran Bretagna, Portogallo e Svezia continuano a rimanere indenni dalla rabbia e nessun caso è stato riportato dalla Bulgaria, Grecia, Paesi Bassi e Spagna. La Norvegia ha segnalato un caso in una foca artica. L'incidenza della rabbia nelle regioni europee mostra l'aumento

variazione stagionale (vedi figura) dovuta principalmente alle variazioni di incidenza della malattia nella popolazione volpina. Negli animali domestici, invece, raggiunge un massimo nel quarto trimestre di ciascun anno in corrispondenza al proporzionale aumento dell'incidenza della rabbia nel bestiame (da circa 3-5% del totale a circa il 9%).



In tutto il 1980, in tutta l'Europa, sono stati riportati 3 casi di rabbia umana: 1 in Francia di cui abbiamo già riferito, e 2 in Jugoslavia. Questi ultimi due comprendevano un uomo di 37 e una donna di 21 anni di età. L'uomo era un contadino morso ad una mano da un cane da pastore rimasto sconosciuto; non ricevette alcun trattamento dopo l'incidente, morì 5 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi clinici. La donna fu morsa ad una mano nel cortile della propria casa; non fu richiesta alcuna consulenza medica, i primi sintomi clinici comparvero il 3 giugno 1980 e la paziente morì 7 giorni dopo.

In Italia nel trimestre ottobre-dicembre 1980 sono stati segnalati 5 casi di rabbia silvestre e nessun caso di rabbia umana. I casi registrati erano 5 volpi, tutte nella zona dell'arco alpino (2 in provincia di Udine e 3 in provincia di Bolzano). In tutto il 1980 sono stati riportati 12 casi (10 volpi e 2 tassi), mentre nel 1979 ne erano stati registrati 79 (61 volpi, 10 tassi, 7 cervi e 1 capra).

| <u>Provincia</u> | <u>1979</u> | <u>1980</u> |
|------------------|-------------|-------------|
| Udine            | 55          | 9           |
| Beluno           | 14          | -           |
| Bolzano          | 10          | 3           |

Riportato da: Rabies Bulletin Europe 4/80  
Information Surveillance Research  
Organizzazione Mondiale della Sanità

**Nota Editoriale:**

La rabbia è una malattia infettiva infrequente nell'uomo. In un animale rabbioso il virus è presente nella saliva e l'infezione può essere trasmessa con una morsicatura (raramente con un graffio o per contaminazione di lesioni recenti della pelle). Il contagio interumano non è provato, sebbene anche la saliva di persone infette contenga il virus. Il periodo di incubazione è usualmente tra due e otto settimane, occasionalmente più corto o molto più lungo: dipende dall'estensione della lacerazione, dal sito della ferita in relazione all'innervazione e dalla sua distanza dal cervello, dalla quantità di virus introdotto e da altri fattori.

Nei cani e in altri animali che possono mordere la malattia è trasmissibile durante i 10 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi e durante il decorso della malattia, sicchè, dopo una morsicatura, è sufficiente tenere sotto osservazione per 10 giorni l'animale che ha morso per registrare l'eventuale insorgenza di sintomi.

I prodotti immunizzanti per uso umano si possono suddividere in due tipi: 1) vaccini che inducono una risposta immunitaria attiva, che richiede circa 7-10 giorni per la risposta anticorpale, ma persiste per più di un anno e 2) globuline che forniscono una rapida protezione immunitaria che persiste per un breve periodo di tempo (attività di circa 21 giorni). Entram-

bi i tipi dovrebbero essere usati per la profilassi dopo l'esposizione sicura al virus della rabbia.

Vaccini in uso:

- HDCV è un vaccino a virus inattivato preparato con virus fisso in colture di cellule diploidi umane. Il vaccino è inattivato con beta-propiolattone. In Italia è in corso di registrazione ed è importato dall'estero dal Ministero della Sanità e distribuito ai Laboratori di Igiene e Profilassi.
- DEV è un vaccino con virus inattivato preparato da uova embrionate di anatra infettate con virus fisso, inattivato con beta-propiolattone. Anche questo vaccino in Italia è in corso di registrazione.
- Vaccino fenicato Fermi è un vaccino preparato da cervello di agnello infetto con virus fisso in una soluzione di acido fenico all'1%. E' l'unico registrato ed effettivamente disponibile in Italia. Dal 1976 è stato modificato con un processo di inattivazione a più alta temperatura che lo ha reso simile al Semple.

Globuline in uso:

- Immunoglobuline umane, concentrate con frazionamento con etanolo a freddo, da plasma di donatori iperimmunizzati. Tale prodotto non è ancora registrato in Italia ed è disponibile solo presso il Ministero della Sanità.
- Siero antirabico equino, ottenuto da cavalli iperimmuni, è disponibile nelle farmacie.

Il trattamento pre-esposizione è raccomandato nei confronti di particolari categorie di personale nelle zone interessate dalla rabbia silvestre.

Per quanto riguarda il trattamento dei soggetti morsi o lambiti o graffiati va innanzitutto ricordato che, in ciascun caso devono essere prese in considerazione alcune variabili che influenzano la decisione degli interventi da adottare:

- a) epizootologia della rabbia animale in una data località;
- b) specie dell'animale responsabile della lesione;
- c) natura del contatto o lesione (morsicatura, graffio, etc.).

Tenendo conto di quanto detto si potrà decidere se sottoporre o meno un soggetto a trattamento antirabico e anche se sia il caso di somministrare il solo vaccino ovvero di associare anche il siero e le immunoglobuline specifiche.

Altrettanto importante è il trattamento delle lesioni a cominciare dall'accurata pulizia della parte, seguita dall'applicazione dei disinfettanti.

Il più delle volte, inoltre, sussiste la possibilità di contaminazione della ferita da parte di batteri compreso il Clostridium tetani e pertanto si rende necessario, accanto al trattamento antibiotico, praticare il vaccino antitetanico e/o gammaglobuline specifiche.

In Italia è in atto una campagna di sorveglianza per la rabbia silvestre che copre gran parte dell'arco alpino (la rabbia infatti è presumibilmente rientrata in Italia dai paesi del nord). Nei prossimi numeri del BEN riferiremo in particolare di questa sorveglianza e ne pubblicheremo gli aggiornamenti mensili.

Riferimenti bibliografici:

- MMWR, 1980, 29:265.
- Ministero della Sanità: Circolare N.54, 3-8-179.

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA NELLE ZONE TERREMOTATE

Tabella settimanale dei nuovi ricoveri dalle 8 a.m. del 12/5/81 alle 8 a.m. del 19/5/81  
per le seguenti cause:

| Provincia                    | NA-CE-IR |      | SALERNO |      | APELLINO |      | POTENZA |      | TOT. PARZ. |     | TOTALE |      |
|------------------------------|----------|------|---------|------|----------|------|---------|------|------------|-----|--------|------|
|                              | anni     | 0-15 | 16+     | 0-15 | 16+      | 0-15 | 16+     | 0-15 | 16+        |     |        |      |
| Epatite Virale               |          | 1    | 0       | 0    | 0        | 0    | 0       | 3    | 1          | 4   | 1      | 5    |
| Febbre Tifoide               |          | 0    | 0       | 0    | 1        | 0    | 2       | 0    | 0          | 0   | 3      | 3    |
| Meningite                    |          | 0    | 0       | 0    | 0        | 0    | 0       | 0    | 0          | 0   | 0      | 0    |
| 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             |          | 0    | 3       | 1    | 0        | 0    | 0       | 0    | 0          | 1   | 3      | 4    |
| Febbre con diarrea           |          | 0    | 0       | 0    | 0        | 0    | 0       | 0    | 0          | 0   | 0      | 0    |
| Febbre con tosse             |          | 11   | 0       | 9    | 2        | 8    | 2       | 0    | 3          | 28  | 7      | 35   |
| Febbre senza diarrea o tosse |          | 2    | 0       | 4    | 2        | 0    | 0       | 12   | 5          | 18  | 7      | 25   |
| Disturbo psichico            |          | 0    | 0       | 0    | 0        | 0    | 0       | 0    | 5          | 0   | 5      | 5    |
| Ipotermia o congelamento     |          | 0    | 0       | 0    | 0        | 0    | 0       | 0    | 0          | 0   | 0      | 0    |
| Trauma                       |          | 12   | 46      | 32   | 125      | 7    | 27      | 5    | 52         | 56  | 250    | 306  |
| Chirurgia generale           |          | 12   | 27      | 48   | 170      | 10   | 137     | 12   | 190        | 82  | 524    | 606  |
| Medicina generale            |          | 25   | 77      | 98   | 220      | 30   | 138     | 23   | 192        | 116 | 622    | 738  |
| Obstetrica                   |          | 0    | 47      | 0    | 78       | 0    | 70      | 3    | 141        | 3   | 336    | 339  |
| Motivi non sanitari          |          | 0    | 0       | 0    | 0        | 0    | 0       | 0    | 0          | 0   | 0      | 0    |
| TOTALE                       |          | 63   | 195     | 132  | 598      | 55   | 376     | 58   | 589        | 308 | 1758   | 2066 |

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 Colugno        | 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     | Venosa            |
| * 11   | Sorrento              | 26     | Caserta            | 50     | Marsico Vetere    |
| 12     | T. Annunziata         | 27     | Maddaloni          | * 51   | Chiaromonte       |
| 13     | T. Del Greco          | 28     | Avellino           | 52     | Pisticci          |

### Difterite

Il giorno 9 maggio 1981 è stato notificato un caso di difterite a Castel S. Giorgio, in provincia di Salerno. L'Ufficiale Sanitario locale, data la rarità e l'importanza della segnalazione, si è recato a vedere il caso e ad attuare le misure di controllo previste.

Il paziente, un bambino di 8 anni, al momento della prima visita medica presentava faringodinia ed era stato sottoposto a tampone faringeo. L'esito del tampone era risultato positivo per streptococchi e qualche "raro bacillo di Loeffler". Alla visita dell'Ufficiale Sanitario, un paio di giorni dopo il tampone, il bambino si presentava in buone condizioni di salute. Un secondo tampone faringeo eseguito ha dato esito negativo per Corynebacterium diphtheriae.

La diagnosi di difterite non è stata quindi confermata.

Riportato da: Dr. CIPOLLETTA

Medico Provinciale di Salerno

### Nota Editoriale:

La difterite è una malattia infettiva acuta diffusiva causata dall'esotossina del Corynebacterium diphtheriae (bacillo di Loeffler). L'infezione colpisce le vie respiratorie superiori sotto forma di angina, rinite o laringite con comparsa di caratteristiche membrane aderenti e circondate da mucosa fortemente infiammata. Sebbene nella fase acuta e soprattutto nella sua localizzazione laringea vi sia il rischio di un'ostruzione respiratoria acuta (facile a verificarsi in bambini molto piccoli), la letalità (5-10%) è legata principalmente agli effetti della tossina sui nervi periferici, sensitivi e motori e sul miocardio. La malattia è seguita da immunità prolungata, che non sempre però dura tutta la vita. La diagnosi si basa, in presenza dei sintomi clinici di malattia, sull'isolamento del batterio dalle lesioni.

In Italia mediante la vaccinazione obbligatoria dal 1938 i casi clinici conclamati sono diventati rarissimi. La vaccinazione, effettuata con anatosina difterica, protegge dagli effetti della tossina e non dalla contaminazione o dall'infezione subclinica delle prime vie respiratorie, che sono quindi generalmente innocue.

E' bene quindi ricordare che:

1. l'isolamento del corynebacterium dalla faringe, soprattutto se in quantità scarsa e non preponderante rispetto ad altra flora batterica, è reperto occasionale in individui peraltro sani
2. la malattia è legata alla presenza di ceppi di C diphtheriae che producano tossina
3. screening e profilassi immunitaria antibiotica sono necessari solo sui contatti non immunizzati di un caso conclamato, eventualità ormai rara nel nostro paese.

Si sottolinea ancora come la diagnosi di tale malattia debba essere fatta su criteri precisi, in modo da limitare al massimo i falsi allarmi sanitari, che, nel caso specifico, hanno comportato: tampone faringeo per 260 persone, analisi degli stessi tamponi, chiusura di una scuola elementare, "allarme" giornalistico.

#### Avviso:

Si svolgerà a Roma il 19 e 20 giugno 1981 il Convegno sul "Controllo delle Infezioni in Ospedale" che avrà luogo nell'Aula Magna dell'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299.

Il programma sarà articolato in quattro sessioni. Coloro che sono interessati a riceverne una copia dettagliata possono farne richiesta alla Segreteria Organizzativa del Convegno al seguente indirizzo:  
Segreteria Attività Culturali - Istituto Superiore di Sanità - Viale Regina Elena 299 - 00161 ROMA - Tel.06/4990.

Il BFN è compilato nell'O.E.N., Reparto Malattie Trasmissibili, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 ROMA, Tel.06/4950314 - 4954617 - 4950607 - 493659. Chiunque voglia ricevere il BFN può farne richiesta al suddetto indirizzo. Si ricorda che la trasmissione dei dati di sorveglianza deve essere effettuata ai numeri telefonici su riportati.