

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°25

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

EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE
MINISTERO DELLA SANITA'
DIREZIONE IGIENE PUBBLICA
del 4 GIUGNO '81

MALARIA.

I casi di malaria notificati in Italia includono: casi infezione primitiva (autoctona o importata) casi di malaria indotta, casi recidivi.

Attualmente i casi importati (siano stranieri che arrivano in Italia, che italiani che si recano all'estero) rappresentano di gran lunga la parte preponderante del totale dei casi notificati. In tabella 1 sono riportati i casi importati in Italia dal 1975 al 1980 suddivisi per specie di plasmodio e in tabella 2 gli stessi casi sono classificati per motivi del viaggio.

Il contributo degli stranieri, tra i casi importati è stato tabulato solo dal 1978 poichè molto esiguo prima di allora.

Dall'inizio degli anni '60 non sono stati riportati casi d'infezione primitiva autoctona in Italia. Nel 1970 l'OMS ha dichiarato eradicata la malaria nel nostro paese.

Sono stati registrati rari casi recidivi di infezione da P. malariae che possono verificarsi anche a 40 anni di distanza dall'infezione primitiva. I casi di malaria indotta tra il 1975 e il 1980 sono tutti emotrasfusionali, la maggior parte dei quali verificatisi in Sardegna. Nel 1975 ne sono stati riportati quattro, nel '76 tre casi, nel '77 quattro casi, nel '78 sei casi, di cui uno a Milano, nel '79 due casi, di cui uno a Roma e nell'80 due casi.

I casi emotrasfusionali indicano la presenza costante di serbatoi di gametociti in aree ben precise.

Tab. 1 - Casi di malaria importati in Italia 1975 - 1980.

Specie di plasmodio	1975				1976			
	Afric	Asia	Americ	TOT	Afric	Asia	Americ	TOT
P. falciparum	39		1	40	64	2	1	67
P. vivax	12	4		16	25	8	1	34
P. malariae	1			1	1			1
P. falciparum + vivax								
P. ovale								
Non classif.								
TOTALE	52	4	1	57	90	11	2	103
	1977				1978			
P. falciparum	104	4		108	140	2		142
P. vivax	53	24	2	79	27	22	4	53
P. malariae	3			3	5	3		8
P. falciparum + vivax								
P. ovale	2			2	1			1
Non classif.	14	1		16	29	2		31
TOTALE	177	29	2	208	210	29	4	243
	1979				1980*			
P. falciparum	53	3	2	58	57	19	1	77
P. vivax	19	23	3	45	20	18	3	41
P. malariae	1			1	1			1
P. falciparum + vivax								
P. ovale	1			1	1			1
Non classif.					7			7
TOTALE	74	26	5	105	86	37	4	127

* Dati provvisori

Tab.2 - Casi di malaria importati in Italia per motivi del viaggio 1975 - 1980

Motivi del viaggio	1975	1976	1977	1978	1979	1980 (*)
Attività marittima	8	7	14	10	5	5
Lavorativa	16	50	86	84	58	50
Turistica	29	45	106	129	29	30
Religiosa	4	1	2	6	1	8
Stranieri				14	22	8
Profughi sud-est Asia						26
TOTALE	57	103	208	243	105	127

(*) dati provvisori.

Nel 1981 sono stati segnalati dalla Regione Lombardia un gruppo di 13 casi di infezione da Plasmodium falciparum in altrettanti tossicodipendenti. Tra questi si è verificato un decesso. I pazienti hanno affermato di non essere stati all'estero negli ultimi 6 mesi, ma di aver condiviso siringhe a perdere in promiscuità con un vietnamita residente in Italia.

Il decesso avvenuto nonostante la terapia di cloroquina può indicare un'eventuale resistenza del ceppo. Resistenze del P. falciparum sono state infatti riportate da paesi del sud-est asiatico.

La difficoltà di un'indagine anamnestica sulla provenienza del ceppo riportato ha probabilmente ritardato irreparabilmente l'intervento terapeutico.

Riportato da: Direzione Generale
Servizi Igiene Pubblica
Ministero della Sanità

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA NELLE ZONE TERREMOTATE

Tabella settimanale dei nuovi ricoveri dal 26 / 5 /1981 al 2 / 6 /1981

per le seguenti cause:

Provincia anni	NA-CE-LN		SALERNO		AVELLINO		POTENZA		TOT. PARZ.		TOTALE
	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	
Epatite Virale	1	2	0	1	0	0	0	1	1	4	5
Febbre Tifoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morbillo	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2
Pertosse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrea afebrile	0	1	2	1	0	0	0	0	2	2	4
Febbre con diarrea	5	0	2	0	0	0	0	1	7	1	8
Febbre con tosse	21	0	3	3	13	7	0	2	37	12	49
Febbre senza diarrea o tosse	8	0	2	4	1	0	3	0	14	4	18
Disturbo psichico	0	0	0	0	0	8	0	2	0	10	10
Ipotermia o congelamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trauma	13	39	43	119	19	28	9	36	84	222	306
Chirurgia generale	14	44	46	168	16	120	12	133	88	465	553
Medicina generale	35	84	56	195	34	95	25	191	150	565	715
Ostetricia	4	55	0	113	0	97	1	181	5	446	451
Motivi non sanitari	0	0	0	0	0	0	0	35	0	35	35
TOTALE	101	225	154	604	83	355	51	583	389	1767	2156

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

DALL'ESTERO

Polmonite Atipica in Spagna.

Nei primi giorni di maggio 1981 le Autorità Sanitarie spagnole hanno notato un improvviso aumento dei ricoveri in ospedale per polmonite atipica negli abitati vicino Madrid.

E' stata immediatamente istituita una sorveglianza sistemica ospedaliera di questa sindrome e gruppi di casi successivamente furono riportati da 8 delle altre 51 provincie spagnole. Il 22 maggio '81, 1029 pazienti con polmonite atipica erano ricoverati in ospedale nella provincia di Madrid e altri 345 in altri ospedali del paese. Quel giorno furono segnalati nuovi casi ospedalizzati, 132 a Madrid e 49 altrove. In seguito a indicazioni ufficiali delle Autorità spagnole, i pazienti affetti da polmonite atipica sono stati trattati con eritromicina o (una parte degli ultimi casi) con tetraciclina. Il 1 giugno sono riportati 2020 casi ricoverati a Madrid e provincia e 591 nel resto del paese. La proporzione di casi ospedalizzati con esito fatale si è mantenuta approssimativamente attorno all'1%.

Informazioni circa la radiografia del torace sono state disponibili per 219 (73%) dei primi 300 casi considerati appartenenti all'epidemia dagli ospedali facenti parte del sistema di sorveglianza. Su 188 pazienti con sicura anormalità radiografica del torace, 91% avevano febbre, 63% tosse secca, 61% cefalea, 42% dispnea, 33% dolori toracici, 29% vomito, 22% esantema, 21% tosse produttiva, 14% diarrea, 11% stato confusionale.

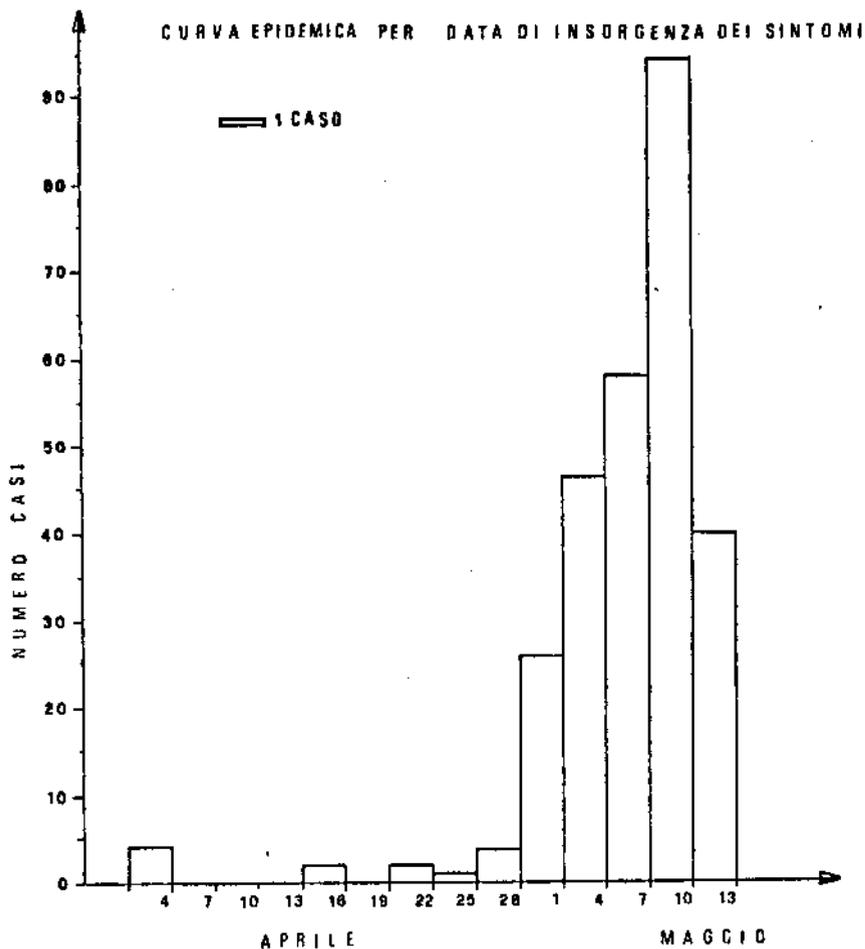
Sanguinamento gastrointestinale e evidenza di interessamento epatico e/o renale sono stati rari. Il 21% dei pazienti si sentiva gravemente malato.

Centotrenta (43%) dei 300 pazienti erano di sesso maschile. La distribuzione per età dei casi è simile nei due sessi, 228 (76%) casi erano tra i 5 e i 44 anni di età. La distribuzione dei casi riportati per data d'inizio dei sintomi (figura) è influenzata dall'avvio del sistema di sorveglianza il 9 maggio, ma sembra indicare un brusco incremento dell'incidenza di polmonite atipica all'inizio dello stesso mese.

Frequenti casi, apparentemente co-primari, sono stati segnalati in numerose famiglie. Dati provvisori indicano che i tassi d'attacco, nelle Provincie di Madrid, sono stati più alti nei suburbi e nelle città periferiche, che nella capitale. I risultati delle prime culture virali e batteriologi-

che e i risultati sierologici e dell'esame al microscopio elettronico di campioni di tessuto suggeriscono un ruolo del Mycoplasma pneumoniae nell'eziologia dell'epidemia, ma sono in corso ulteriori accertamenti diagnostici su materiale clinico e autoptico.

Segnalato da: Dr. Luis Valenciano, Director General de Salud Publica,
Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social - Madrid



Nota Editoriale

Riconosciuto solo nel 1962 da Chanock e coll. quale responsabile dei casi di polmonite atipica primaria, Mycoplasma pneumoniae, incide mediamente per un 20% nel complesso delle affezioni polmonari, con un'incidenza annuale media dell'1-3%, con un massimo nei mesi freddi. La trasmissione avviene per inalazione di goccioline o per contatto diretto con una persona infetta, facilitata nelle comunità affollate e nelle famiglie. La forma clinica, con un periodo di incubazione usualmente di 3 settimane, della durata di 2-14 giorni, ha un inizio insidioso con tosse, cefalea, febbre e malessere e può evolvere in faringite tracheobronchite e polmonite, con complicanze a livello dell'orecchio medio, del miocardio e del pericardio e della cute; più rare sono meningoencefalite e morte. La gravità della malattia appare correlata al tasso di reinfezioni successive e a livello patogenetico avrebbe un ruolo importante la produzione di anticorpi autoimmuni; ciò può spiegare l'assenza di forme gravi al di sotto di 5 anni e al di sopra dei 50. La diagnosi differenziale per l'esclusione di agenti causali diversi della polmonite atipica, quali virus respiratori, rickettsie, clamidie, legionella, prevede la ricerca di emoagglutinine "fredde" ad alto titolo nel siero dei pazienti; per un risultato definitivo è richiesta comunque la dimostrazione di sieroconversione (test di fissazione del complemento) e l'isolamento dell'agente dall'escreato bronchiale in terreni selettivi. La crescita e l'identificazione del mycoplasma richiedono un tempo abbastanza lungo comparato con la ricerca di altri agenti patogeni. Non esistono misure profilattiche efficaci, data la diffusione dell'agente e la frequenza di infezioni asintomatiche. Sono stati saggiate vaccini prodotti con il mycoplasma inattivato o vivo attenuato, ma i primi non sembrano indurre una sufficiente protezione immunitaria e i secondi sono risultati di difficile applicazione dato che la malattia è mediata da una risposta immunitaria di breve durata.

Nella segnalazione riportata dalla Spagna fino ad ora mancano assolutamente evidenze a favore di una serie di voci riportate da alcuni mezzi di informazione a proposito di ruoli nell'epidemia della legionella, di un nuovo agente eziologico appena individuato, di contaminazione di frutta e verdura, di uccelli e cani infetti, e di ordigni di guerra biologica.

Le misure prese dalle Autorità Sanitarie spagnole sono state mirate all'individuazione di nuovi casi, alla disponibilità di cure ospedaliere per gli

ammalati, alla ricerca microbiologica di possibili agenti patogeni, allo studio epidemiologico del fenomeno per stabilire il modo di trasmissione della malattia e alla diffusione rapida di notizie aggiornate scientificamente attendibili. Sono stati evitati provvedimenti esagerati quali disinfezione ambientale, chemioprolassi, programmi di vaccinazione di emergenza, sequestro di prodotti alimentari, campagne contro animali domestici e la fauna selvatica e ordini di contumacia.

AVVISO

Si comunica che il giorno 2.6.81 si è conclusa la sorveglianza epidemiologica nelle zone terremotate.

I dati raccolti durante questo periodo di tempo e il consuntivo del sistema di sorveglianza saranno oggetto di un supplemento BEN in corso di stesura.

La sorveglianza epidemiologica continua con un sistema sperimentale per le malattie infettive su tutto il territorio nazionale.

Si ringraziano gli ospedali per la preziosa collaborazione.

Prof. A. ZAMPIERI

Direttore del Laboratorio di
Epidemiologia e Biostatistica
I.S.S. - ROMA

Il BEN 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 BEN può farne richiesta al suddetto indirizzo. Si ricorda che la trasmissione dei dati di sorveglianza deve essere effettuata ai numeri telefonici su riportati.