

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°27

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

EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE
MINISTERO DELLA SANITA'
DIREZIONE IGIENE PUBBLICA
del 18 GIUGNO '81

STUDIO DI PREVALENZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE IN ITALIA

Il Programma Italiano sulle Infezioni Ospedaliere, elaborato dai Laboratori di Malattie Batteriche e Virali e di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, è stato specificamente studiato su richiesta di numerose regioni.

Lo studio si compone di tre fasi: la prima di conoscenza generale del problema consiste nel censimento Nazionale sulle Attività sulle Infezioni Ospedaliere.

La seconda fase considera la necessità di conoscenze eziologiche del problema sia attraverso la documentazione, che attraverso specifiche indagini epidemiologiche mirate.

La terza fase, infine, prevede l'attuazione di misure di controllo già note e la sperimentazione di nuove, curando la possibilità di effettuare la valutazione degli interventi. Si prevede quindi l'instaurazione di programmi permanenti di sorveglianza delle I.O.

E' evidente che le tre fasi non sono necessariamente in sequenza temporale: vi sono attività delle une che si intersecano con le altre e così via; d'altra parte la presenza di esperienze differenti in questo campo nel nostro paese evidenzia che il punto di partenza non è per tutti uguale, così come diversi sono i problemi per ogni ospedale.

Lo studio di prevalenza verrebbe articolato da tre tipi di organi di coordinamento: un comitato a livello nazionale ed internazionale, un comitato a livello di ogni singolo ospedale ed un gruppo tecnico che esegua direttamente lo studio curando l'indagine mediante la compilazione di schede e l'invio dei campioni ai laboratori. In particolare questo gruppo sarebbe formato da un medico, con competenze epidemiologiche, un microbiologo e due infermiere professionali.

In un giorno concordato tali gruppi svolgeranno l'indagine raccogliendo informazioni e materiale contemporaneamente in tutti i reparti campionati negli ospedali inclusi nello studio.

Il numero dei casi presenti in un determinato giorno, fornirà una stima della prevalenza delle infezioni ospedaliere che è appunto l'obiettivo dello studio.

Riportiamo alcuni risultati della prima fase dello studio i cui obiettivi possono essere così enumerati:

- 1) conoscere la disponibilità delle autorità sanitarie regionali;
- 2) conoscere la disponibilità e l'interesse degli ospedali pubblici;
- 3) tracciare una mappa nazionale delle attività di controllo delle infezioni ospedaliere;
- 4) conoscere quali e quanti ospedali si occupano di infezioni ospedaliere;
- 5) ottenere informazioni specifiche sul tipo di controllo eseguito;
- 6) costruire i tassi di controllo specialità specifici.

La figura 1 mostra la situazione attuale del censimento sulle attività di controllo delle infezioni ospedaliere nelle diverse regioni italiane.

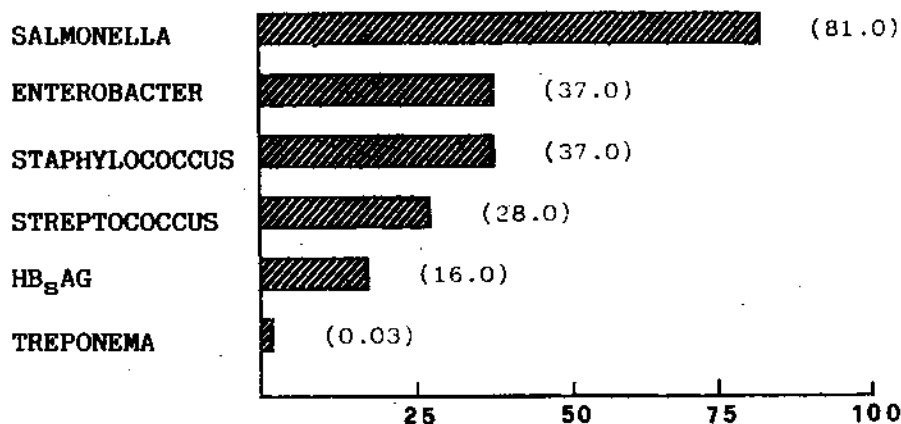
Il 53.7% degli ospedali contattati ha risposto al censimento, di questi il 25% risulta svolgere attività di controllo delle infezioni ospedaliere.

La figura 2 indica gli organismi che vengono monitorati sul personale sanitario negli ospedali ove esista un programma di controllo delle infezioni ospedaliere.

Coloro che, volendo partecipare allo studio, desiderano avere l'intero protocollo dell'indagine possono farne richiesta al Reparto Malattie Trasmissibili, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica - ISS.

Fig.2-

Controlli sul personale sanitario.



% del totale degli ospedali che hanno un programma di controllo.

Riportato da: Reparto Malattie Trasmissibili

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

Reparto Gram-positivi

Laboratorio Malattie Batteriche e Virali

Istituto Superiore di Sanità

DALL'ESTERO

Aggiornamento sulla polmonite acuta in Spagna.

A Madrid fino al 12 giugno '81 sono stati registrati un totale di 5009 casi di polmonite acuta e 18 decessi, in provincia sono stati riportati 1891 casi e 11 decessi.

Il giorno 16 giugno '81, 1879 casi (tra vecchi e nuovi) erano ancora ricoverati in ospedale a Madrid, 857 nelle provincie del centro e del nord-ovest della Spagna. Il sud, le provincie costiere, la Catalogna, le isole e le provincie dell'estremo nord-ovest non sembrano essere interessate dal fenomeno morboso.

Studi epidemiologici hanno indicato una associazione statisticamente significativa tra la polmonite e il consumo alimentare di un olio per cucinare. L'olio, prodotto illegalmente a casa e venduto di porta in porta soprattutto a casalinghe, è risultato contenere 21.5-30 mg/litro di amine aromatiche libere (80% anilina e 20% acetanilide). Tali sostanze non sono state rinvenute in altri olii per cucinare venduti attraverso i comuni canali commerciali.

Il 100% di 250 pazienti ospedalizzati inclusi nello studio epidemiologico ha usato l'olio sospetto, sebbene non sia chiaro il meccanismo di azione che avrebbe condotto alla sintomatologia respiratoria. Sembra, comunque, molto probabile che i casi studiati siano stati provocati da sostanze tossiche presenti nell'olio.

Le autorità sanitarie hanno intrapreso azioni per rintracciare e confiscare tutta la partita di olio esistente.

Compilato dalla Redazione su informazioni della: Direction General de Salud Publica, Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social - Madrid.

Sindrome di Guillain-Barré

Questa malattia, di eziologia ancora incerta, è considerata di natura "autoimmune". Ci sono casi relativamente "puri", come anche varianti cliniche a patogenesi simile, se non identica. Sulla base di alcuni studi limitati e in un recente intervento di sorveglianza nazionale l'incidenza annuale si è dimostrata essere di circa 1-2 casi per 100.000 abitanti con il 90% di guarigioni complete e un tasso di mortalità del 5%.

La caratteristica saliente di questa sindrome è l'esordio acuto di una paralisi o indebolimento progressivo dei neuroni motori inferiori insieme ad un aumento delle proteine nel liquido cerebrospinale senza incremento del numero di cellule. Nei primi stadi della malattia il numero di cellule può essere transitoriamente elevato, mentre le proteine rimangono entro limiti normali. La diminuzione di forza o la paralisi cominciano in genere perifericamente, negli arti, ma possono iniziare anche in sede prossimale o nella muscolatura innervata dai nervi cranici. Spesso, ma non sempre, comincia agli arti inferiori e si diffonde al resto del corpo in modo "ascendente". In oltre il 75% dei casi si associano disturbi sensitivi quali parestesie e disestesie e segni obiettivi, di cui i più comuni sono deficit del senso di posizione e della sensibilità alle vibrazioni.

In letteratura vengono riportate oltre 100 condizioni e malattie associate, come antecedenti, alla sindrome di Guillain-Barré, ma in quasi tutti i casi non vi è una associazione eziologia epidemiologicamente evidente. Fa eccezione lo Studio Nazionale sulla sindrome di Guillain-Barré del 1976-77, che associa alla sindrome la vaccinazione contro l'influenza A/New Jersey e uno studio del 1966 che le associa un' infezione delle vie aeree superiori verificatasi nelle 4 settimane precedenti.

Sebbene non ci siano criteri rigidi per la diagnosi, si considerano come principali caratteristiche le seguenti:

- 1) paralisi flaccidi diffuse, simmetriche, spesso incomplete;
- 2) sintomi sensitivi soggettivi e, meno frequentemente, deficit obiettivi;
- 3) dissociazione albumino-citologica nel liquido cerebrospinale;
- 4) remissione completa (se non intervengono complicazioni);

- 5) temperatura corporea normale o lievemente aumentata durante la comparsa della perdita di forza muscolare;
- 6) velocità di sedimentazione degli eritrociti e numero di leucociti normali (tranne nei casi che possono essere spiegati con malattie o complicazioni precedenti).

Dal 1978 è in corso, negli Stati Uniti, un programma di sorveglianza per questa sindrome il cui scopo è di determinare se effettivamente esista una associazione tra la sindrome e la vaccinazione antinfluenzale. Tra il 1 gennaio 1978 e il 31 marzo 1979 sono stati segnalati 1034 casi.

Riportato da: Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA.

Elenco dei principali articoli apparsi sul B.E.N.

- BEN 1-15 Sorveglianza nelle aree terremotate
- BEN 16 Malattia del Legionario
- BEN 17 Osservatorio Epidemiologico Campano
- BEN 18 Sorveglianza del Rischio di Saturnismo
Diarrea infantile: isolamento di Campylobacter
- BEN 19 Vibrio cholerae non O-1
- BEN 20 Osservatorio Epidemiologico Regionale del Lazio
Yersinia enterocolitica
- BEN 21 Epidemiologia dell'ipertensione arteriosa
Sindrome da shock tossico
- BEN 22 Sorveglianza delle infezioni da pneumococco
Sindrome di Reye
- BEN 23 La rabbia in Europa
- BEN 24 La rabbia silvestre in Italia
- BEN 25 Malaria
Polmonite atipica in Spagna
- BEN 26 Sorveglianza dell'influenza
Sindrome di Kawasaki

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.