

# BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°28

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

EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE  
MINISTERO DELLA SANITA'  
DIREZIONE IGIENE PUBBLICA  
del 25 GIUGNO '81

## LEISHMANIOSI VISCERALE IN ITALIA

La malattia è presente in Italia in focolai discontinui al nord (solo in Liguria ed Emilia), al centro e al sud comprese Sicilia e Sardegna, dal livello del mare fino a circa 600 metri di altezza, compatibilmente alla presenza dei vettori.

La reale incidenza di questa parassitosi sul territorio nazionale non è nota in quanto la maggior parte dei casi si presenta in forma asintomatica od oligosintomatica: i casi patenti si verificano per lo più nelle classi di età più basse, ove meno frequenti sono stati i contatti con il parassita, quindi meno sviluppata l'immunità verso la leishmania, e per lo più in seguito a malattie intercorrenti che hanno abbassato la resistenza del soggetto.

I dati ufficiali nazionali sono quelli delle notifiche delle malattie infettive raccolti dall'ISTAT. In tabella sono riportati i casi notificati in Italia dal 1965 al 1975. Tali dati, però, non trovano riscontro in quelli desunti dalla bibliografia. In Toscana, ad esempio, dal 1956 al 1973 sono stati notificati solo 15 casi, mentre nello stesso periodo di tempo ne sono stati riportati in letteratura 62 (1).

Studi sull'incidenza della malattia nella popolazione umana, tramite intradermoreazione con leishmanina (il parassita sonicato e trattato con fenolo), compiuti in alcuni limitati focolai dell'Emilia (75-269 soggetti

esaminati) hanno mostrato che il 44-64% della popolazione è venuto a contatto con il parassita (2); in più estesi focolai della Toscana (1285 soggetti esaminati in provincia di Grosseto e Siena) la reazione è risultata positiva per il 30% della popolazione (3).

In seguito all'isolamento del parassita dal ratto nero (Rattus rattus) e dalla volpe (Vulpes vulpes) in provincia di Grosseto nel 1978 (4) è stato messo in dubbio che il cane sia l'unico serbatoio della malattia.

I pappataci (o flebotomi) sono ritenuti i vettori della leishmaniosi: Phlebotomus ariasi in Liguria al confine con la Francia, P. major in Puglia e P. perniciosus negli altri focolai.

Ceppi di parassiti isolati in Italia dall'uomo, dal cane, dal ratto selvatico (R. rattus), e dalla volpe (V. vulpes), sono stati tipizzati presso la London School of Hygiene and Tropical Medicine, tramite la tecnica degli isoenzimi, e sono tutti risultati appartenere al gruppo della Leishmania donovani.

La terapia elettiva è quella con antimonio pentavalente, efficace nell'uomo, meno nel cane a causa della invasione del derma da parte del parassita. Esistono esempi di lotta chimica contro il vettore che hanno ridotto l'incidenza dell'infezione (5).

Tabella: Casi di Leishmaniosi viscerale notificati in Italia per anno (ISTAT).

ANNO	N. CASI
1965	22
1966	27
1967	27
1968	20
1969	15
1970	10
1971	11
1972	57
1973	24
1974	20
1975	33

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bettini S., Maroli M. e Gradoni L.: Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 1981 (in corso di stampa).
- 2) Pampiglione S., Manson Bahr P.E.C., La Placa M., Borgatti M.A. e Musumeci S.: Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 1975, 69:60.
- 3) Bettini S., Pampiglione S. e Maroli M.: Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 1977, 71: 73.
- 4) Bettini S., Pozio E. e Gradoni L.: Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 1980, 74:77.
- 5) Corradetti A.: Rend. I.S.S. 1954, 17:374.

Riportato da: Laboratorio di Parassitologia  
I.S.S.

## Summary

The situation of visceral leishmaniasis (Kala azar) in Italy is reported. Every year, between 1965 and 1975, an average of 24 cases was notified. The median in the same period was 22 cases. However, the real incidence of the infection is unknown, because the high proportion of asymptomatic cases. Studies showed that in Emilia and in Tuscany the skin test was positive for 44-64% (75-269 people examined) and 30% (1285 people examined) of the population respectively. Leishmania donovani has been isolated from rats (Rattus rattus) and foxes (Vulpes vulpes).

## Aumento dei casi di affezioni polmonari acute in provincia di Isernia

Alla fine del mese di maggio 1981 il medico condotto del comune di Macchiagodena (Isernia) ha segnalato al Servizio di Igiene della USL 3 di Isernia (a cui il comune appartiene) un'incidenza insolitamente alta di casi di "polmonite" tra i suoi pazienti.

Il presidio multizonale, in collaborazione con l'Ospedale di Isernia, ha intrapreso quindi un'indagine per stabilire la reale entità dell'incidenza dei casi di polmonite nell'area in questione, individuare gli eventuali agenti eziologici ed il modo di trasmissione della malattia.

E' stato definito come caso ogni soggetto con sintomi di malattia respiratoria acuta con reperto radiologico di opacità da addensamento flogistico parenchimale unico o multiplo, ed è stata verificata l'esistenza di un reale incremento di casi di broncopolmonite.

Sono stati presi in considerazione i soggetti i cui sintomi sono iniziati dopo il 31 marzo 1981. Sono stati esclusi tutti i soggetti con sintomi di malattia respiratoria acuta con semplici anomalie radiografiche polmonari (rinforzo della trama ecc.).

Tutti i casi (tranne uno emigrato dopo la malattia) sono stati intervistati secondo un questionario e sono stati sottoposti a prelievo di un campione di sangue. Dall' 1 aprile al 15 giugno 1981 si sono verificati 23 casi radiologicamente accertati. La curva epidemica per data di insorgenza dei sintomi è riportata in figura. I casi sono stati caratterizzati da febbre di entità variabile, tosse e da un prolungato stato di astenia. La febbre per lo più di tipo remittente ha avuto una durata media di 7 giorni, la tosse di 18 giorni. I casi ospedalizzati (sette) sono stati trattati con penicillina e streptomina.

I casi sono così suddivisi nelle seguenti classi di anni di età: 0-5 2 casi; 6-14 8 casi; 15-24 4 casi; 25-34 2 casi; 35-44 6 casi; >45 1 caso.

La distribuzione geografica indica un addensamento di casi in una frazione in cui il tasso di attacco (62.5 per 1000) è stato notevolmente maggiore rispetto al tasso di attacco generale nel comune (9.2 per 1000).

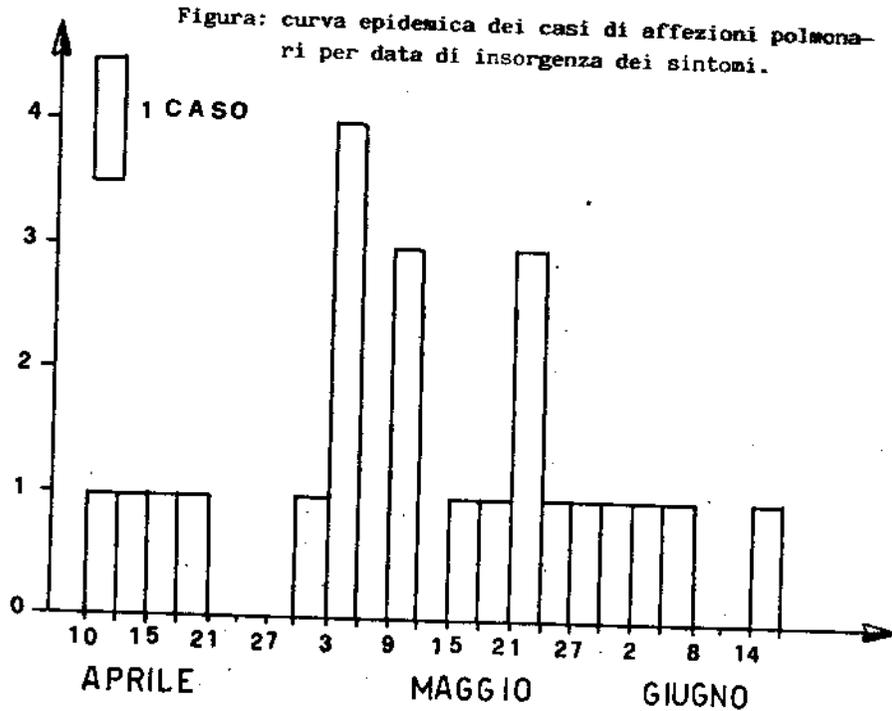
In tre famiglie si sono avuti due casi.

Sono in corso le analisi sui campioni di siero prelevati durante la fase acuta e convalescente (3 settimane più tardi) della malattia per individuare sier conversionsi verso agenti patogeni infettivi.

In 3 casi è stato tentato un isolamento dell'escreato ma le indagini hanno dato tre risultati differenti: Streptococco D, Klebsiella e Pneumococco.

Tra questi in particolare si sta indagando su: Mycoplasma pneumoniae, virus respiratori, Coxiella burneti e Chlamydia psittaci.

Uno studio caso-controllo per individuare eventuali fattori di rischio verrà intrapreso.



Riportato da: Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi di Isernia

#### Summary

An increase in the number of cases of acute pneumopathy in province of Isernia was reported by the Local Health Authorities. Twenty-three cases between 1 April and 15 June 1981 were notified. A small village showed an attack rate (62.5 per mille), higher than the rest of the area (9.2 per mille).

At the present the aetiology of the disease is still unknown; epidemiological and serological investigations are in progress.

## Vaccinazioni nei viaggi internazionali

I viaggiatori che si recano all'estero debbono, fra l'altro, per entrare in alcuni Paesi, essere regolarmente muniti di un certificato internazionale di vaccinazione contro alcune malattie quarantenarie secondo quanto previsto dal Regolamento Sanitario Internazionale.

In questi ultimi anni le esigenze in materia di vaccinazione, da parte dei vari Paesi, sono andate progressivamente diminuendo in particolare per l'avvenuta eradicazione del vaiolo e per i nuovi orientamenti in materia di profilassi anticolerica.

Vaccinazione antivaiolosa - Nel maggio del 1980 la 33<sup>a</sup> Assemblea Mondiale della Sanità ha dichiarato ufficialmente avvenuta l'eradicazione mondiale del vaiolo. In seguito a ciò la quasi totalità dei Paesi ha rinunciato a richiedere il certificato internazionale di vaccinazione contro tale malattia e attualmente esso è richiesto a titolo d'obbligo solo per entrare nel Chad e nella Repubblica Kampuchea. Pertanto qualsiasi richiesta non rispondente alla suddetta situazione deve essere considerata non in armonia con quanto stabilito dall'O.M.S.

Vaccinazione anticolerica - Com'è noto i vaccini anticolerici non danno una protezione completa contro la manifestazione clinica della malattia e non prevengono la trasmissione dell'infezione. I viaggiatori che si recano nei paesi di endemia colerica devono pertanto, in aggiunta all'eventuale vaccinazione, usare molta attenzione alle norme comportamentali, evitando in particolare l'assunzione di alimenti e bevande che potrebbero essere contaminati.

I seguenti Paesi (Albania, Capoverde, Egitto, Iran, Madagascar, Malawi, Malta, Niger, Niue, Pakistan, Panama, Papuasias, Nuova Guinea, Corea, Somalia, Suaziland, Tuvalu, Emirati Uniti d'Arabia, Zambia) richiedono la vaccinazione anticolerica a titolo d'obbligo per chi proviene da zone infette. Maldive, Mozambico e Niger la richiedono per tutte le provenienze, mentre Chad ed India la raccomandano solamente. La durata di validità è di sei mesi a partire dal sesto giorno dopo la vaccinazione. Ogni iniezione praticata prima della fine del periodo di validità rende il certificato valevole per altri 6 mesi a partire dalla data dell'iniezione stessa.

La somministrazione di vaccino viene fatta per via sottocutanea e intramuscolare e le dosi sono quelle indicate nella seguente tabella:

da 6 mesi a 4 anni	da 5 anni a 10 anni	oltre 10 anni
<b>Prima dose</b>		
0,2 ml	0,3 ml	0,5 ml
<b>Richiamo</b>		
0,2 ml	0,3 ml	0,5 ml

Reazioni: dopo uno o due giorni può comparire una lieve tumefazione e arrossamento nella sede dell'iniezione e talvolta modico rialzo febbrile. E' prudente evitare la vaccinazione in gravidanza.

Vaccinazioni dopo la febbre gialla - Viene richiesta per l'entrata nei Paesi dell'area tropicale e subtropicale (Cameroon, Bolivia, Rep. Centro Africana, Congo, East Timor, Etiopia, Guiana Francese, Gambia, Guinea, Costa d'Avorio, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Togo, Uganda, Alto Volta) dove la malattia è endemica e dove esistono le condizioni perché essa si instauri. Alcuni Paesi non la richiedono se il viaggiatore soggiorna sul loro territorio per meno di due settimane. Tuttavia è sempre opportuno, per chi si reca in zone a rischio, vaccinarsi, in quanto il vaccino (salvo particolare controindicazione per alterazione dello stadio immunitario o di ipersensibilità alle uova) in genere non provoca reazione e fornisce una adeguata protezione. La somministrazione viene fatta per via sottocutanea alla dose di 0,5 ml. (al di sopra dei sei mesi di età). La durata di validità è di 10 anni a partire dal decimo giorno dopo una prima vaccinazione. La rivaccinazione, alla fine del periodo di validità, rende il certificato valido per altri 10 anni a partire dal giorno dell'iniezione.

Riportato da: Direzione Generale  
 Servizi Igiene Pubblica  
 Ministero della Sanità - Roma

DALL'ESTERO

Isolamento di un ceppo di N.gonorrhoea produttore di  $\beta$ -lactamasi e resistente alla spectinomocina.

E' stato riportato per la prima volta nel mondo un ceppo di Neisseria gonorrhoeae produttore di penicillinasi e resistente alla spectinomocina.

Il paziente, un militare statunitense di 20 anni di età, aveva stazionato in una base aerea militare nella Repubblica delle Filippine, dove era stato sottoposto a terapia antibiotica a base di spectinomocina (3 iniezioni intramuscolari di 3g, 4g, 4g rispettivamente), per il trattamento di una persistente uretrite gonococcica. Dopo l'inizio del trattamento il paziente, rimasto sintomatico, ha negato di avere avuto contatti sessuali.

Da colture della secrezione uretrale è stato isolato un ceppo di gonococco resistente alla spectinomocina, produttore di  $\beta$ -lactamasi. Il paziente è guarito dopo un trattamento con cloridrato di tetraciclina.

Il ceppo si è dimostrato resistente ad una concentrazione di spectinomocina superiore a 2048  $\mu$ g/ml.

Sebbene in precedenza fossero stati isolati altri 4 ceppi di gonococco spectinomocina-resistente, nessuno dei casi finora descritti era anche produttore di penicillinasi.

Al fine di saggiare l'importanza epidemiologica di questo caso e di determinare le misure da intraprendere, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sollecita la comunicazione di isolamenti di ceppi di gonococco resistenti alla spectinomocina e/o produttori di penicillinasi.

Riportato da: MMWR 1981, 30:221

Weekly Epidemiological Record 1981, 56:158

Il BEN è compilato nell'OEN, 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.