

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°36

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

20 agosto '81

EPIDEMIOLOGIA DEGLI INCIDENTI STRADALI

Non è facile parlare degli Incidenti Stradali (IS) senza restarne turbati. Ogni anno le statistiche confermano che le dimensioni di questo problema sono quelle di una vera e propria guerra, sia per la quantità, sia per la qualità delle persone coinvolte. In Italia i morti per IS sono intorno ai 12.000 per anno, cui debbono aggiungersi circa 200.000 feriti (v. fig.1). I soggetti coinvolti (morti o feriti) sono in gran parte giovani. Nel 1976, per esempio, nei Paesi della CEE il 48,5% delle persone infortunate aveva meno di 25 anni (circa il 40% in Italia). Grande importanza ha negli IS l'invalidità permanente che, secondo una stima non molto recente (1), riguarderebbe il 60% dei traumatizzati.

Il numero annuo di IS rilevato dall'ISTAT è intorno a 300.000, ma altre fonti, come l'ANIA (Associazione Nazionale Istituti Assicurativi), stimano che soltanto circa il 10% degli IS realmente avvenuti venga effettivamente rilevato. Anche se non esistono stime sicure, il costo degli IS appare elevatissimo. Come ha osservato Simoncini (2), assumendo che il costo medio associato alla morte di una persona possa stimarsi, dalle valutazioni effettuate in vari Paesi europei, intorno a 60 milioni di lire, si arriva ad un costo globale annuo di circa 700 miliardi soltanto con il costo umano degli infortuni mortali. Molto verosimilmente, il costo effettivo degli IS in Italia si colloca al di sopra dei 1.000 miliardi l'anno. In Inghilterra Hall (3) riferisce che nel 1978 sono morte o rimaste ferite in IS ben 348.000

persone; il costo stimato di questi incidenti è stato di 1.293.000.000 sterline.

Negli USA Hartunian (4) ha calcolato per il 1975 un costo di 14,4 miliardi di dollari per gli IS, contro un costo di 23,1 miliardi di dollari per il cancro e di 13,7 miliardi di dollari per le cardiopatie coronariche. Per rendersi conto della variabilità di queste stime, si pensi che negli USA il Dipartimento dei Trasporti ha stimato nel 1977 il costo degli IS (49.000 morti e 1.800.000 infortunati) superiore a 43 miliardi di dollari (5).

Da un punto di vista epidemiologico il problema degli IS è attualmente oggetto di discussione e ricerca in tutto il mondo. Numerosi organismi internazionali (in particolare l'OMS) stanno dedicando agli IS la massima attenzione, specialmente per migliorare l'informazione di base ai fini della prevenzione.

In Italia, accanto ai diversi Ministeri direttamente interessati al problema (Interni, Lavori Pubblici, Trasporti, Sanità, Protezione Civile) ed alle rilevazioni ISTAT eseguite da organi diversi (Carabinieri, Polizia di Stato, Polizia Stradale, Vigili Urbani, Cantonnieri, Comuni), numerosi altri Enti contribuiscono a formare il quadro conoscitivo. Tra questi particolare rilevanza hanno, senza dubbio, l'ACI che collabora con l'ISTAT allo spoglio dei dati ed inoltre pubblica ogni anno, in base ai dati ISTAT un volume sulla localizzazione degli IS, e l'AISCAT (Associazione Italiana Società Concessionarie Autostrade e Trafori), i cui rapporti sono di grande interesse epidemiologico, potendosi, per le caratteristiche proprie delle autostrade, calcolare con accuratezza i tassi in relazione ai chilometri effettivamente percorsi.

Riferire gli incidenti osservati ai chilometri complessivamente percorsi dalle unità veicolari (veicoli km) è requisito fondamentale per la costruzione di un tasso di incidenza corretto. I casi osservati di IS, pur avendo un'indubbia rilevanza sanitaria e sociale, forniscono tuttavia un'informazione non completa, che deve essere "normalizzata" alla intensità del traffico per potere effettuare dei confronti validi.

E' proprio in base a dati di questo tipo che l'AISCAT ha potuto dimostrare come nel periodo 1966-1980 ci sia stata una diminuzione degli IS relativi alla rete autostradale: il tasso annuo è passato da 100 incidenti a circa 60 incidenti per 100 milioni di veicoli km, mentre il tasso annuo di mortalità è diminuito da circa 3,5 persone a 2 persone per 100 milioni di veicoli km (v.fig.2). In questo quadro di così grande interesse per la sanità pubblica si inserisce il contributo dell'ISS, in particolare per gli aspetti metodologici, biostatistici ed epidemiologici. L'ISS sta attualmente

conducendo uno studio di fattibilità per lo sviluppo di un Programma di ricerca sui fattori di rischio e sulle modalità di prevenzione degli IS. Questo studio, che verrà completato entro il 1981, dovrà fornire, tramite esperienze-pilota gli elementi per la definizione dei protocolli delle linee di ricerca del Programma.

Le problematiche di interesse sono molteplici, ma esiste un solo obiettivo generale: studiare, sulla base di dati validi, modalità praticabili di prevenzione al fine di ridurre l'incidenza e la gravità degli IS. Alla luce di tale proposito verranno valutate criticamente le varie ricerche di cui il programma si compone. Questo tipo di analisi verrà eseguito anche utilizzando modelli e tecniche di simulazione: a questo scopo è stato appositamente acquistato di recente un elaboratore grafico, che verrà dedicato alle diverse ricerche sugli IS.

I risultati dello studio di fattibilità verranno diffusi tramite il presente bollettino che, peraltro, riporterà nei prossimi mesi articoli relativi ad aspetti specifici del Programma di ricerca e del problema degli IS in genere.

Bibliografia

- 1) Passeri B. Atti della XXIX Conferenza di Stresa, 1972
- 2) Simoncini F. CNEL 1980
- 3) Hall M.H., The Practitioner, 1979 June :755
- 4) Hartunian N. S. et al. Am. J. Public Health, 1980 70:1249
- 5) U.S. Dept. of Health, DHEW PHS ,1979

Riportato da : Franco TAGGI

Responsabile Programma Incidenti (RTA Project)

Reparto di Biostatistica

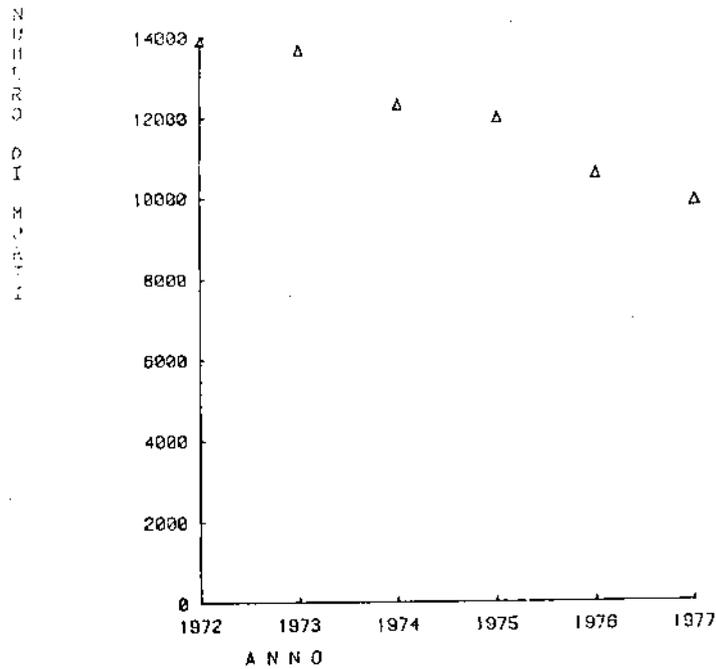
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

ISS-Roma

Summary

Road traffic accidents are an important field for the public health. The epidemiological approach can be useful in gathering informations on risk factors and prevention. International figures show that in the whole world this problem is still unresolved and that it is economically very important also for the increase of the pool of permanent invalidity in the society. This Institute is carrying out a specific research program in Italy. The results will be reported on this bulletin.

MORTI PER IS IN ITALIA (RICAVATI DALLE CAUSE DI MORTE)



MORTI PER 100 MILIONI DI VEICOLI-KM DAL 1966 AL 1980 (DATI AISCAT)

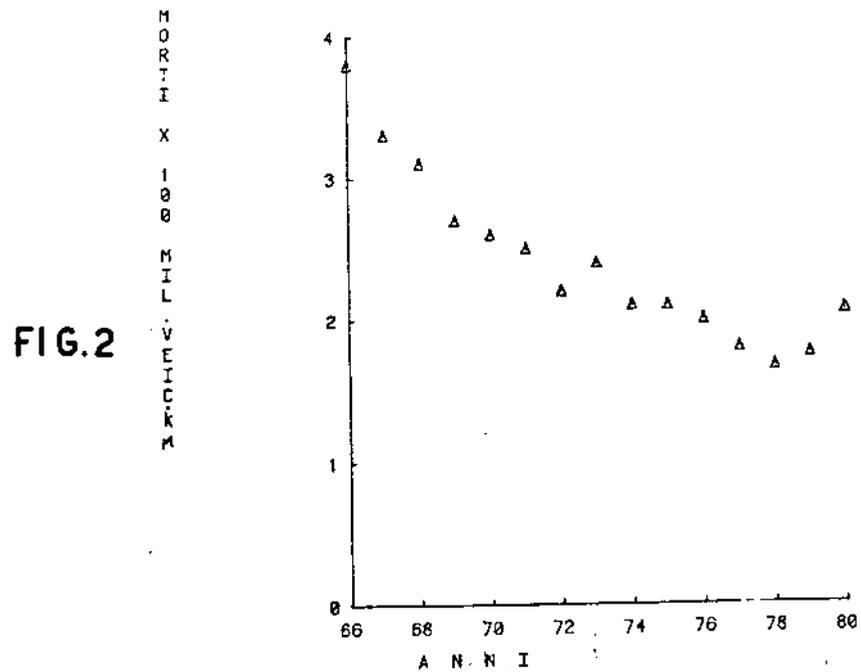


TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE 11-17/9/81

Malattia	Regione Umbria	Regione Lombardia	Prov. Auton. Trento	Totale
EPATITE VIRALE	4	82*	5	91
FEBBRE TIFOIDE	1	4		5
MENINGITE MENINGOCOCCIA				
MORBILLO	3	110	3	116
SALMONELLOSI	5	53	3	61
PAROTITE EPIDEMICA	7	271	1	279
PERTOSSE		29		29
ROSOLIA	1	105	1	107
SCARLATTINA		8		8
TBC POLMONARE	1	8	1	10
TBC EXTRAPOLMONARE		1		1
VARICELLA	1	63	3	67
BLENORRAGIA				
BOTULISMO				
BRUCELLOSI		1		1
DIFTERITE				
DISSENTERIA BACILLARE				
NEVRASSITI VIRALI		2		2
SIFILIDE				
POLIOMIELITE				
TETANO				

La trasmissione dei dati é a cura di:

Dott. Alimei, Sig. Pagliari per la Regione Umbria;

Dott. Rizzi per la Regione Lombardia;

Dott. Gobbi per la Provincia Autonoma di Trento.

* Le notifiche della provnincia di Como non sono pervenute.

Dall'estero

Sorveglianza della febbre di Lassa

La febbre di Lassa, che fu individuata la prima volta nel 1969 in Nigeria, è stata da allora identificata in parecchi paesi dell'Africa Occidentale (Liberia, Sierra Leone, Guinea, Repubblica Centrale Africana). L'agente eziologico è stato individuato come un virus ad RNA classificato fra gli arenavirus.

La maggior parte delle epidemie si sono diffuse all'interno di ospedali da un singolo paziente infetto, ma gli episodi epidemici in Sierra Leone nel 1970-'72 e nel 1973-'75 hanno avuto origine e diffusione entro comunità infette. Gli studi preliminari intrapresi erano basati su un'indagine su campioni di siero raccolti in maniera random. Questi studi furono seguiti da una sorveglianza di 2 anni di tutti gli individui viventi in abitazioni scelte randomicamente in tre villaggi. Tutte le persone affette da febbre in queste abitazioni furono esortate a rivolgersi all'ospedale per essere esaminate. La febbre di Lassa è divenuta così nota in quell'area che, infatti, chiunque si ammali con febbre nei tre villaggi richiede simili esami ospedalieri. Analisi dei registri ospedalieri ha dimostrato che in alcune aree il 40% della popolazione ha anticorpi contro il virus della febbre di Lassa. Non è stata riscontrata alcuna variazione stagionale, annuale, rapportata al sesso o all'età.

L'infezione può avvenire nei bambini e sia virus che anticorpi sono stati rilevati nel latte materno. La letalità dei casi ospedalizzati è di circa il 12%; il trattamento è reso meno efficiente dalla difficoltà di ottenere una diagnosi precoce. Risultati preliminari dai Centri per il Controllo delle Malattie (CDC - Atlanta - USA) indicano che gli anticorpi neutralizzati compaiono solo dopo 2-3 mesi e che questo può spiegare l'infettività del trattamento con siero convalescente. La diagnosi precoce, in alcuni casi, può essere ottenuta da tecniche fluorescenti applicate a secrezioni congiuntivali, ma non tutte le secrezioni sono positive. L'unico ospite non umano finora scoperto per il virus della febbre di Lassa è il topo *Mastomys natalensis*.

Il periodo di incubazione è tra 1 e 24 giorni, circa 10 giorni in seguito ad inoculazione accidentale. Il sintomo iniziale più frequente è febbre (100% dei casi), sensazione di freddo e rigore, cefalea (30% dei casi), malessere (100%) e mialgia (50%).

La maggior parte dei pazienti consulta un medico non prima di 4-9 giorni dall'insorgenza dei sintomi. In seguito si manifestano i sintomi di una malattia sistemica virale con anoressia, nausea, vomito, mialgia, dolori al torace, epigastro e area lombare.

Le analisi delle urine possono evidenziare proteinuria spesso massiva. La radiografia del torace può suggerire una polmonite basale con effusione pleurica. Le transaminasi (SGOT), la creatinina fosfochinasi (CPK) e la lattico deidrogenasi (LDM) hanno mostrato un elevato tasso sierico.

Il trattamento è di reintegrazione. La trasmissione interumana può avvenire mediante contatto con urine, feci, vomito, saliva e soprattutto con sangue di un paziente infetto. E' stato riportato almeno un caso di infezione acquisita in laboratorio.

Riportato da: Organizzazione Mondiale della Sanità
WHO chronicle 1980, 34:361.

CORSI

Presso l'Istituto Superiore di Sanità, a Roma, si terrà il II Corso teorico-pratico su "Diagnosi e screening della beta-talassemia" a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Le domande di partecipazione dovranno pervenire entro il 20/9/81 a:
prof. L. Tentori

Laboratorio di Patologia Non-Infettiva

ISS-Roma

tel. 06/4990-403

INDICE

Epidemiologia degli incidenti stradali	<u>pag.1</u>
Tabella delle notifiche - settimana 3-10/8/81	<u>pag.5</u>
Sorveglianza Febbre di Lassa	<u>pag.6</u>
Corsi	<u>pag.7</u>

INDEX

Road traffic accident epidemiology	<u>pag.1</u>
Table of notifications - week 3-10/8/81	<u>pag.5</u>
Lassa fever surveillance	<u>pag.6</u>
Courses	<u>pag.7</u>

Il BEN è compilato nell'OEEN, Reparto Malattie Trasmissibili, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena 299, 00161 Roma. Telefono 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.