

Bollettino Epidemiologico Nazionale



N° 9

dell'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per le zone terremotate
Istituto Superiore di Sanità Ministero della Sanità
Epidemiologia e Biostatistica Direzione Igiene Pubblica
Telefono N. : 4950314 - 4954617 - 4950607

SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI

Obiettivo di questa proposta è di avviare una sperimentazione di sistema informativo sulle malattie trasmissibili, che risponda alla esigenza di mantenere la sorveglianza nelle regioni colpite dal sisma e nello stesso tempo risponda alla esigenza, espressa dalla Riforma Sanitaria, di modifica dell'attuale sistema di notifica delle malattie trasmissibili nel senso di una maggior rispondenza alle esigenze attuali del ISN.

Il sistema si basa sulla trasmissione settimanale da parte del Medico Provinciale o dell'USL dei casi relativi a 20 malattie notificabili.

La trasmissione sarà telefonica preferibilmente affidata ad una sola persona che si assuma l'incarico.

Rimanendo l'attuale sistema di notifica prevista dall'ISTAT, l'utilizzazione del sistema di notifica settimanale garantisce nell'immediato:

- 1) il ritorno in periferia delle segnalazioni dei casi e dei tassi per provincia nell'arco settimanale.
- 2) La valutazione dei trends e delle recidive a breve intervallo.
- 3) L'elaborazione di statistiche mensili o per intervalli di tempo più brevi.
- 4) La disponibilità di dati per ogni provincia e o periodo voluti.
- 5) La possibilità di applicare sistemi automatici o semiautomatici per la rilevazione delle epidemie e di altri fenomeni anormali.
- 6) Possibilità di emettere previsioni.

All'Osservatorio sono già disponibili i dati di 10 anni precedenti per cui sarà possibile leggere i dati con confronti rispetto al passato.

E' nostra speranza che con la collaborazione delle strutture sanitarie regionali si possa utilizzare questa sperimentazione per la costruzione di un efficace sistema informativo sulle malattie infettive.

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
 LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica
 OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE
 SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE
 RAPPORTO SETTIMANALE

PROVINCIA O USL _____

--	--	--

DATA INVIO

--	--

--	--

--	--

 G G M M A A

Nuove notifiche dalle ore 8.00 del martedì alle ore 8.00
 del martedì successivo.

BLENORAGG.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		NEVR. VIRALE	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
BRUCELLOSI	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		PAROT. EPID.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
DIFTERITE	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		PERTOSSE	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
DISSEN. BAC.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		POLIOMIELITE	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
EPAT. VIRALE	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		ROSOLIA	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
FEBB. TIFOID.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		SCARLATTINA	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
BOTULISMO	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		TETANO	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
LEPTOSPIR.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		T. B. C. POLI.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
MENINGITE	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		T. B. C. ESTR.	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
MORBILLO	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		VARICELLA	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

NOTE _____

MENINGITE TUBERCOLARE

Sono stati segnalati la settimana scorsa all'O.E.N. due casi di meningite tubercolare dalla provincia di Potenza, uno in un ragazzo di 20 anni e l'altro in un uomo di 43 anni.

Proponiamo alcune considerazioni sulla incidenza di questa patologia in Italia e sulla situazione della positività alla intradermoreazione al PPD. Manca un momento di raccolta dei dati a livello nazionale, già aggregati e aggiornati.

Alcune indicazioni fornite dalla letteratura sono:

I decessi in Italia per meningite tubercolare diminuiscono da 6.143 nel 1925 a 78 nel 1972. (Fonte: Ministero della Sanità) La morbosità per M.T., fu valutata, in base ad una indagine policentrica sui ricoveri, pari a 2.73‰ nel 1964, al quarto posto delle localizzazioni extrapolmonari.

Una valutazione dell'andamento nel tempo può essere desunta dai dati relativi all'incidenza delle forme extrapolmonari, relativamente alla sola provincia di Bologna (dati relativi al dispensario antitubercolare).

ANNO	N°Casi	Rispetto alle forme extrapolmonari
1970	2	
1971	4	
1972	3	
1873	7	3.9%
1974	3	2.16%
1975	4	3%
1976	3	2.34%
1977	2	1.98%

Un'analisi della distribuzione per età di questa forma e di tutte le forme di TBC vede una riduzione percentuale dell'incidenza infantile, e in particolare nella prima infanzia, con un'apparente

compesazione dei casi nell'adulto e nell'anziano. In dati assoluti il fenomeno si può riportare ad un andamento costante della TBC nell'adulto e ad una notevole diminuzione nell'età pediatrica.

L'ipotesi di riduzione del primo contagio nell'ambito familiare, grazie al controllo terapeutico delle forme infettanti, oltre al miglioramento delle situazioni igienico-sanitarie, è oltretutto sostenuta da una valutazione della positività alla intradermoreazione con PPD ridotta dal 70-80% al 7-8% (indagine relativa al 1974) nei bambini fino a 12 anni. Una segnalazione, pertanto di meningite tubercolare in soggetti di età inferiore ai 18 anni, in quanto presumibilmente primaria, indicherebbe la necessità di valutare lo stato di reattività alla tuberculina dei conviventi.

E' necessario inoltre considerare l'area di provenienza delle segnalazioni in rapporto alla etiologia della meningite tubercolare. Il *myc tuberculosis humanis* è responsabile in Italia dello 85-90% delle infezioni tubercolari, mentre in paesi a prevalente economia agricola sono state riscontrate fino a 57.6% di M.T. da *myc bovis* rispetto a tutte le altre forme sostenute da *myc bovis*. Ciò mette in evidenza l'importanza di questa varietà di micobatterio nelle localizzazioni meningeo. Sono rare le meningiti attribuibili con certezza a questi micobatteri atipici. Tuttavia nelle zone ad economia prevalentemente rurale viene riportata un'alta incidenza di micobatteri atipici isolati da vari materiali patologici umani.

Questo dato è stato confermato in Italia da due indagini eseguite in Sardegna nel '71 e nel '72.

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE.

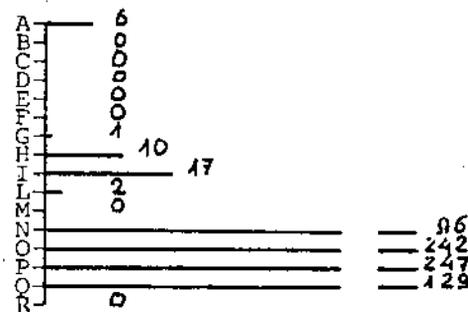
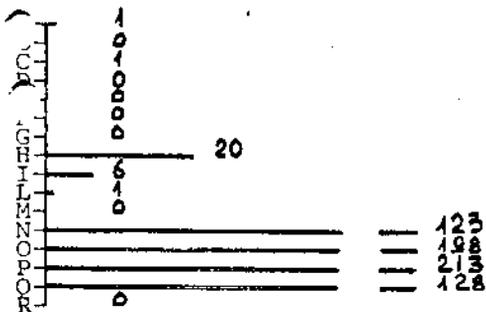
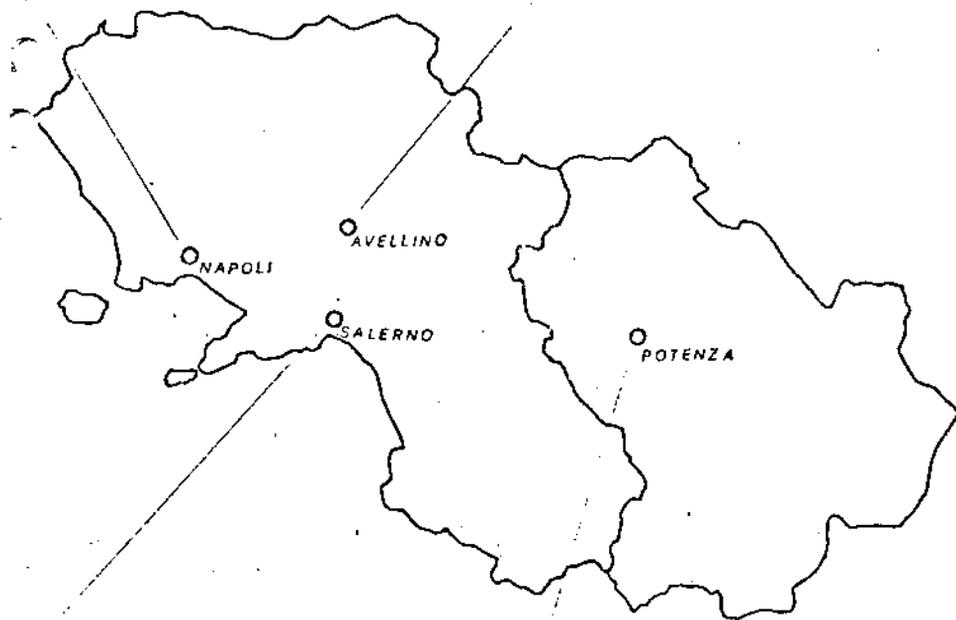
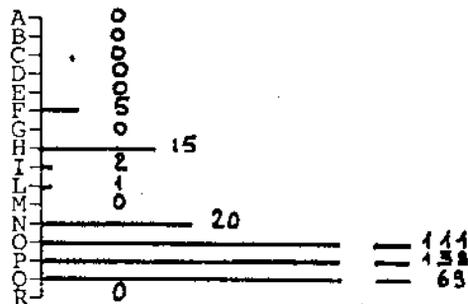
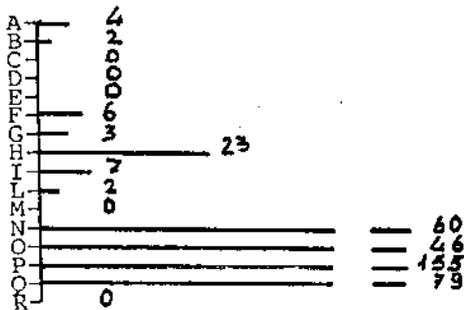
Laboratorio Epidemiologia e Biostatistica - Istituto Superiore di Sanità -
Nuovi ricoveri dal 3.2.81 al 9.2.81

Provincia di:

MALATTIE	anni	NAPOLI-CE-EN		AVELLINO		POTENZA		SALERNO		TOT. PARZ.		TOT.
		0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	0-15	16+	
Epatite Virale		1	3	0	0	3	3	0	1	4	7	11
Febbre tifoide		1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Meningite		0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Scarlatina		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Portosse		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrea afebrile		5	1	2	3	0	0	0	0	7	4	11
Febbre con diarrea		3	0	0	0	1	0	0	0	4	0	4
Febbre con tosse		23	0	11	4	4	6	15	5	53	15	68
Febbre senza diarrea o tosse		6	1	2	0	8	9	2	4	18	14	32
Disturbo psichico		2	0	0	1	0	2	0	1	2	4	6
Ipotermia o congelamento		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trauma		7	53	6	14	9	87	24	99	46	253	299
Chirurgia generale		10	36	16	95	29	213	29	169	84	513	597
Medicina generale		40	115	21	117	26	221	19	194	106	647	753
Ostetricia		0	79	0	69	0	129	0	128	0	405	405
Motivi non sanitari		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale		98	289	58	303	80	670	90	601	326	1863	2189

Lista degli Ospedali afferenti al Sistema di Sorveglianza e corrispondente numero delle trasmissioni dei dati.

1 I POLICLINICO	6	18 NOCEPA INF.	7	35 SERINO RIBOTT.	3
2 II POLICLINICO	7	19 OLIVETO CITRA	7	36	
3 NAPOLI CO.RR.	7	20 PACANI	6	37 BISACCIA	7
4 NAPOLI CO.PR.BB.	7	21		38	
5 NAPOLI COTUGNO	7	22 SARNO	6	39	
6 NAPOLI C.T.O.	7	23 POLLA	7	40	
7 NA SS. ANNUNZIATA	7	24		41	
8 CASTELLAYPARE	7	25 BENEVENTO	5	42	
9 FRATTAMACCIORE	7	26 CASERTA	7	43 MURO LUCANO	7
10 NOLA	7	27 PADDALONI	7	44 STIGLIANO	7
11 SCORFETO	7	28 AVELLINO	7	45 TRICAPICO	7
12 T. ANNUNZIATA	7	29 APIANO IPPINO	7	46 NELFI	7
13 T. DEL GRECO	7	30 M. TE FORTE IRP.	7	47 PICERNO	6
14 SA OO RR	7	31 SOLCFRA	7	48 S. CARLO (PZ)	7
15 NA PELLEGRINI	7	32		49 VENOSA	7
16 CAVA DEI TIRRENII	7	33		50 MARSICO VETERE	7
17 EBOLI	7	34 CAPOSILE	5	51 CHIAROMONTE	7
				52 PISTICCI	7



- | | | | |
|-------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------|
| A) Epatite Virale | E) Pertosse | I) Febbre | O) Chirurgia Generale |
| B) Febbre Tifoide | F) Diarrea Afebrile | L) Disturbo Psicico | P) Medicina Generale |
| C) Meningite | G) Febbre con Diarrea | M) Ipotermia o Congelamento | Q) Ostetricia |
| D) Morbillo | H) Febbre con Tosse | N) Trauma | R) Motivi non Sanitari |

MORTALITA' E MORBOSITA'
DOVUTE AL TERREMOTO

Il totale della popolazione residente nella Regione Campania e nella provincia di Potenza era pari a 5.693.502 abitanti.

Hanno subito danno alle persone (morti, feriti) 202 comuni per un totale di 3.443.473 abitanti.

Il numero totale di deceduti accertato al 16.12.80 è stato pari a 2.916.

Il tasso di mortalità x100 ab. è pari a 0,84; esso varia tra 0 nei comuni interessati in modo minore, a 146,48 x1000 abitanti a Laviano (SA).

Nei 14 paesi più colpiti il tasso di mortalità oscilla tra il 146,4 x1000 e 13,9 x1000 ab. (Vedi fig. 1).

Tra le provincie interessate quella senza dubbio più colpita è quella di Avellino (Vedi fig. 2).

L'entità di distruzione delle abitazioni nei singoli comuni è stata distinta in fasce:

non danneggiati	=	tra	0 e 5%
lievemente	"	"	6 e 20%
mediamente	"	"	21 e 50%
gravemente	"	"	51 e 80%
semidistrutti	"	"	superiore all'81%

Il tasso di mortalità è ben correlato con l'entità di distruzione (indice di correlazione $r = 0,80$) e nei comuni semidistrutti esso è pari a 12,3 x1000 ab. (Vedi fig. 3).

Il numero dei feriti dovuti al terremoto al 16.12.80 era pari a 8.807 con un tasso di morbosità per trauma per 1000 ab. di 2,55 e un valore massimo di 253,3 x1000 ab. a Senerchia (AV).

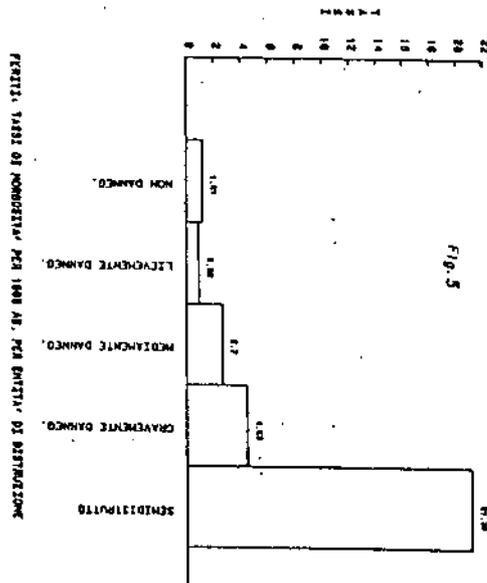
Nel confronto tra le provincie, Avellino ha il tasso di morbosità più elevata (13,4 x1000 ab.) (Vedi fig. 4)

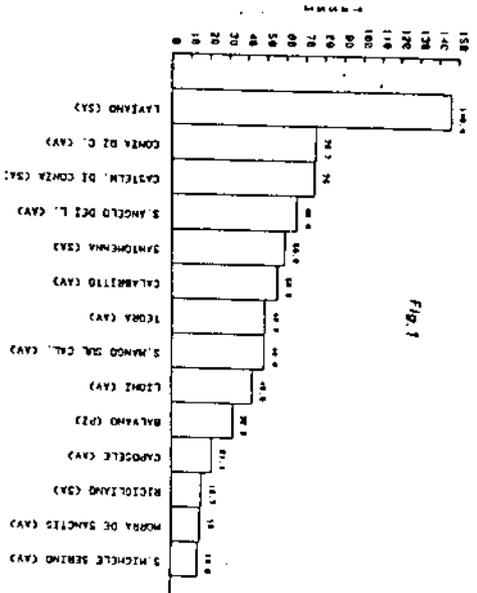
Il rapporto tra i morti e i feriti, per tutta la zona interessata è di 1:3,0.

Questo rapporto varia nelle provincie da 1:2,4 in provincia di Avellino a 1:11,5 in provincia di Caserta e 1:11,1 in provincia di Napoli.

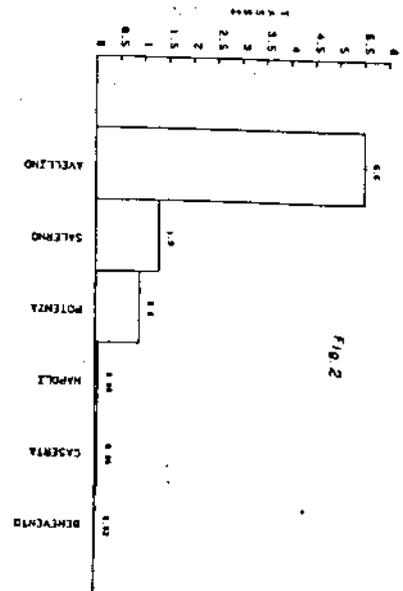
In ogni caso il numero dei morti è ben correlato con il numero dei feriti (indice di correlazione: $r = 0,99$). Il numero dei feriti è correlato con l'entità di distruzione (indice di correlazione: $r = 0,84$) e nei comuni semidistrutti il tasso di morbosità è 21,2 x1000 ab. (Vedi fig. 5).

FONTE - Dati trasmessi dal Commissariato Straordinario per il Governo per le Zone Terremotate. 16.12.1980. Dati ISTAT 1975.

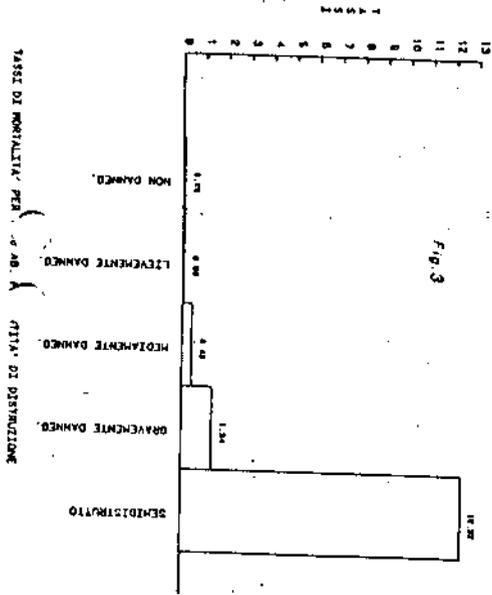




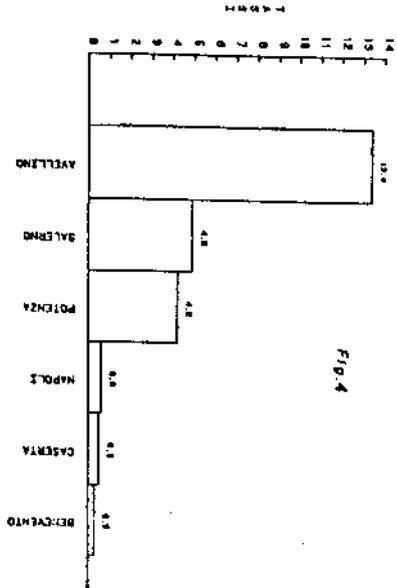
TASSI DI MORTALITA' PER 1000 AB. COMUNI PIU' COLPITI.



TASSI DI MORTALITA' PER 1000 AB. PER PROVINCIA



TASSI DI MORTALITA' PER 1000 AB. CIVITA' DI DISTINZIONE



TASSI DI MORTALITA' PER 1000 AB. PER PROVINCIA

BIBLIOGRAFIA SELEZIONATA

Viewpoints. Earthquake prediction: Lessons from Guatemala (Conference Reports). *Disasters* 1977;1,2:79-112.

Viewpoints. The Philippine earthquake and tsunami disaster: a reexamination of behavioral propositions. *Disasters* 1978;2,1:3-11.

Turner B.A. The social aetiology of disasters. *Disasters* 1979;3,1:53-59.

Taylor A.J. Directions for social research in disaster prevention, mitigation and relief. *Disasters* 1979;3,3:275-281.

Editorial. The reconstruction of Friuli. Emergency versus long term planning. *Disasters* 1979;3,3:264-265.

Lechat M.F. Conclusions au colloque international sur l'epidemiologie des desastres. *Ann. Soc. Belge Méd. Trop.* 1976;56,4-5:397-400.

Sagav M. (Letter). The interface between earthquake planning and development planning: a case study and critique of the reconstruction of Huaraz and the callejon de Huaylas, Ancash, Perú, following the 31 May 1970 earthquake. *Disasters* 1979;3,3:258-263.

Quchfoun A. Planification pre-desastre. *Ann. Soc. Belge Méd. Trop.* 1976;4-5:371-374.

Hogg S.J. Reconstruction following seismic disaster in Venzone, Friuli (Disasters 1980;4,2:173-185.

Chandessais C.A. The work of le centre d'etudes psycosociologiques des sinistres et de leur prevention (CEPSP) in France. *Disasters* 1980;4,2:223-229.

Earthquake prediction: Mexican quake shows one way to look for the big ones. *Science* 2 March 1877; Vol.203, p.860-862.

Velimirovic B. Evaluacion del riesgo epidemiologico y estimacion de riesgos en casos de desastres. *Roll. Of. Sanit. Panam.* 1977;83,2:119-129.

ATTENZIONE

La Redazione sollecita tutti coloro che debbano inviare commenti, articoli, lettere inerenti a problemi sanitari od organizzativi delle popolazioni colpite. Indirizzare: Bollettino Epidemiologico Nazionale, ISS, v.le R. Elena 299, 00161 - ROMA