

Istituto superiore di sanita'



**BOLLETTINO
EPIDEMIOLOGICO
NAZIONALE 82/12**

25 MARZO 1982

SETTIMANALE A CURA DEL LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica
IN COLLABORAZIONE CON DIREZ. IGIENE PUBBLICA-MINISTERO DELLA SANITA'

POLIOMIELITE

Secondo la definizione classica la poliomielite è un'infezione virale acuta di gravità variabile dall'infezione asintomatica, fino alla malattia febbrile non paralitica, ad una meningite asettica, alla malattia paralitica e anche alla morte. L'infezione asintomatica è circa 100 volte più frequente di quella paralitica.

La sintomatologia include febbre, malessere, nausea e vomito, rigidità nucale e della schiena con o senza paralisi. Il virus si moltiplica nel tratto gastroenterico, la viremia che ne segue può eventualmente portare ad invasione del sistema nervoso centrale con coinvolgimento selettivo delle cellule neuromotrici, risultante in una paralisi flaccida, spesso delle estremità inferiori. La paralisi dei muscoli respiratori e della deglutizione può mettere in serio pericolo la vita del paziente.

La paralisi può essere riconosciuta su base clinica, ma può essere confusa con una polineurite post-infettiva e altre condizioni paralitiche.

In un Paese come l'Italia in cui l'incidenza della poliomielite anteriore acuta (p.a.a.) si è quasi azzerata nel giro di pochi anni, il riconoscimento di un caso dovrebbe essere basato su criteri omogenei e più selettivi di quelli adottati in situazioni in cui la malattia è più frequente.

Venendoci a trovare alle prese con una malattia rara è estremamente importante essere dotati di criteri diagnostici più sensibili (che quindi evidenzino tutti i casi presenti, in modo da definire accuratamente il quadro epidemiologico) e più specifici (che riconoscano esattamente le forme paralitiche causate da agenti patogeni differenti dal virus polio).

Sembra quindi utile confortare le diagnosi cliniche anche dalla presenza di almeno due delle seguenti condizioni: 1) isolamento di un virus polio dal liquor (in tal caso la diagnosi è certa) o dal tampone rettale o faringeo; 2) una corrispondente sierconversione specifica (incremento di almeno 4 volte del titolo degli anticorpi neutralizzanti).

In particolare nella recente bibliografia internazionale un lavoro di Sabin (1) rivede i criteri diagnostici della polio osservando la frequenza di alcuni segni in casi di paralisi sicuramente non poliomielitica. La rigidità nucale nei casi di non polio studiati era sempre assente ed è quindi considerata come segno caratteristico specifico per la polio. Inoltre in ordine di specificità decrescente seguono la febbre al momento della paralisi o dell'indebolimento muscolare, la pleiocitosi (>10 leucociti/mm³) entro una settimana dall'insorgenza della paralisi, e un modesto aumento della concentrazione proteica nel liquor (successivamente il numero di leucociti nel liquido cerebro-spinale si normalizza e la concentrazione di proteine può aumentare gradualmente).

Per contro una serie di segni clinici vengono riconosciuti come incompatibili con una diagnosi definitiva di poliomielite paralitica (tabella 1).

Le malattie paralitiche, che nei casi studiati da Sabin erano state erroneamente identificate su base clinica come poliomielite, sono riportate in tabella 2 e dovrebbero essere tenute presenti per una diagnosi differenziale accurata.

Quindi in casi di paralisi in cui si sospetta un ruolo eziologico del virus polio i sintomi clinici vanno rigorosamente osservati e verificati e vanno eseguite ricerche del virus e/o degli anticorpi neutralizzanti corrispondenti.

In particolare dove non c'è possibilità di eseguire gli esami di laboratorio i campioni, prelevati sterilmente, dovranno essere inviati all'Istituto Superiore di Sanità e ove esistano laboratori opportunamente attrezzati tutti i prelievi vanno eseguiti in doppio, inviando un campione di ogni prelievo all'ISS.

I campioni inviati all'ISS dovranno essere corredati dai dati anagrafici, anamnestici con particolare riferimento alla storia vaccinale anche degli eventuali contatti conviventi e dalle prime notizie cliniche.

Segue uno schema di comportamento pratico:

- prelievo sterile di tampone rettale, faringeo al momento del ricovero o della visita domiciliare; non è consigliabile eseguire una puntura lombare per il prelievo di liquor;
- prelievi sterili di sangue, il primo al momento del ricovero il secondo e il terzo rispettivamente a distanza di uno e due mesi dall'insorgenza dei sintomi.

○ I campioni di siero vanno inviati all'ISS in ghiaccio secco, quelli di sangue intero a 4 C°.

Tabella 1: elenco dei segni clinici incompatibili con una diagnosi certa di poliomielite paralitica, dal lavoro di Sabin (1).

- Numero di leucociti nel liquido cerebro-spinale $<10/mm^3$ entro i 7 giorni dall'inizio della paralisi.
- Bassa concentrazione di glucosio (<40 mg/100ml) e cloruri (<700 mg/100ml) nel liquor in presenza di pleiocitosi.
- Marcata diminuzione o perdita di sensibilità.
- Persistenti disturbi urinari
- Sonnolenza, disorientamento o coma.
- Riflessi tendinei profondi normali o esagerati.
- ca Segni di Babinski persistenti positivi.
- Assenza di febbre al momento della paralisi.
- Assenza di rigidità nucale-spinale al momento dell'inizio della paralisi.
- Completa remissione di una paralisi estesa entro 2-4 mesi.
- Completa guarigione dalla paresi o paralisi entro 7-10 giorni.
- Progressione della paralisi ad altre parti del corpo dopo una settimana dall'insorgenza della prima paralisi.

Tabella 2: malattie paralitiche erroneamente diagnosticate sulla base di criteri clinici come poliomielite paralitica, dal lavoro di Sabin (1).

- Sindrome di Guillain-Barré (poliradiculite).
- Neuronopatie citoplasmatiche o nucleari non infiammatorie.
- Mielite post-infettiva.
- Mielite trasversa di eziologia ignota.
- Polineurite post-difterica.
- Mielite da parotite epidemica o mielite trasversa post-parotite.
- Encefalomielite di varia eziologia.
- Malattia paralitica estesa con perdita di sensibilità e liquor normale
- Meningite tubercolare.
- Paresi con liquor normale e rapida, completa guarigione.
- Neuropatia diabetica.
- Tetraplegia persistente progressiva con pleiocitosi, ma senza contemporanea infezione da poliovirus.

CASI SEGNALATI IN ITALIA NEL 1981-82

I casi notificati tra il 1966 e il 1980 sono riportati sul BEN 54. I casi vengono riportati di seguito in ordine cronologico, in parentesi viene indicato dove sono stati conseguiti i risultati riportati.

Aprile 1981

Caso G.S., età al ricovero: 6 mesi e 23 gg, provincia di residenza: Napoli, non vaccinato, diagnosi clinica: nevrassite, virologia: isolamento di poliovirus tipo II dal tampone faringeo e da quello rettale (ISS), sierologia: titolo anticorpale di 1:502 contro poliovirus tipo II (ISS).

Gennaio 1982.

Caso D.G., età al ricovero: 4 mesi e 20 gg, provincia di residenza: Napoli, non vaccinato, diagnosi clinica: esiti di p.a.a., virologia: nessun isolamento (Napoli), sierologia titoli anticorpali contro polio I <1:4, polio II <1:4, polio III 1:32, a distanza di 14 giorni dal primo prelievo i titoli anticorpali sono rimasti invariati per i virus polio I e II e sono saliti a 1:64 per il polio III (Napoli). Altri accertamenti sono in corso.

Febbraio 1982.

Caso C.F., età al ricovero: 1 anno e 11 mesi, provincia di residenza: Napoli, non vaccinato diagnosi clinica: sospetta polio. Accertamenti in corso.

III CORSO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA

3-21 MAGGIO 1982

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Il presente Corso, alla sua terza replica, è organizzato sui seguenti temi: applicazioni epidemiologiche alla pianificazione e valutazione dei servizi sanitari, studi epidemiologici su malattie croniche, indagini epidemiologiche su malattie acute, uso delle metodiche della statistica descrittiva ed inferenziale di base, tecniche di insegnamento in Sanità Pubblica.

Il Corso è indirizzato ad operatori in campo epidemiologico, con diploma di laurea in medicina o biologia, impegnati nelle USL o a livello regionale, comunque operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Corso è limitato a 50 partecipanti.

Le domande di ammissione dovranno essere inviate, compilando gli appositi moduli disponibili presso gli Assessorati Regionali alla Sanità, alla Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 Roma, telefono (06) 4990 int. 436.

Le domande dovranno pervenire entro il 15 aprile 1982.

PROGRAMMA

LUNEDI' 3 MAGGIO 1982

- 9.00- 9.15: Apertura del Corso (Prof. Pocchiari)
9.15- 9.30: Orientamento (Prof. Zampieri)
9.30-10.00: Uso della calcolatrice (Dott.ssa Stazi)
10.00-10.30: Pre-esame
10.30-11.00: Pausa
11.00-13.30: 1^a Esercitazione: Banchetto di nozze (Dott.ssa Salmaso - Dott. Rosmini)
13.30-15.00: Pranzo
15.00-16.00: Tassi, rapporti e proporzioni (Dott. D. Greco)
16.00-17.00: Tabelle, grafici e diagrammi (Dott.ssa Stazi)

MARTEDI' 4 MAGGIO 1982

- 9.00-10.00: Principi di Epidemiologia (Prof. Zampieri)
10.00-10.30: Pausa
10.30-11.00: Sintesi 1^a esercitazione
11.00-13.00: 2^a Esercitazione: Caratteristiche epidemiologiche delle Malattie Trasmissibili Acute: grafici (Dott.ssa Stazi - Dott.ssa Salmaso)
13.00-14.30: Pranzo
14.30-15.30: 2^a Esercitazione (conclusione)
15.30-17.00: Contenuto informativo dei dati e standardizzazione dei tassi (Dott. Comba)

MERCOLEDI' 5 MAGGIO 1982

- 9.00-12.00: Misure di tendenza centrale e di dispersione (Dott. Taggi)
12.00-12.30: Pausa
12.30-13.30: Introduzione all'Epidemiologia delle Malattie Acute
(Dott. D. Greco)
13.30-15.00: Pranzo
15.00-16.00: Metodi di valutazione degli interventi di controllo delle
Infezioni Ospedaliere (Dott. Baine)
16.00-17.00: L'alimentazione infantile: metodi di studio (Dott. Polo)

GIOVEDI' 6 MAGGIO 1982

- 9.00-10.00: Introduzione all'Epidemiologia delle Malattie Croniche
(Prof. Menotti)
10.00-10.30: Pausa
10.30-13.30: 3^a Esercitazione: Cancro dei polmoni (agente/metodo
caso-controllo) (Dott.ssa Giampaoli - Dott.ssa Stazi)
13.30-15.00: Pranzo
15.00-16.00: 3^a Esercitazione: agente/metodo coorte (conclusione)
16.00-17.00: Una malattia a trasmissione ambientale: la legionellosi
(Dott. Baine)

VENERDI' 7 MAGGIO 1982

- 9.00-12.00: Probabilità, Distribuzione binomiale e Distribuzione di
Poisson (Dott. Taggi)
12.00-12.30: Pausa
12.30-13.30: Epidemiologia della tossicodipendenza (Dott. Avico)
13.30-15.00: Pranzo
15.00-17.00: 4^a Esercitazione: Polineuropatie periferiche (Dott. D. Greco
Dott. Belli)

LUNEDI' 10 MAGGIO 1982

- 9.00-12.00: Prove di significatività statistica (Dott. Grandolfo)
12.00-12.30: Pausa
12.30-13.30: Prove di significatività statistica (Dott. Grandolfo)
13.30-15.00: Pranzo
15.00-17.00: Inchieste sul campo: introduzione all'argomento
(Dott. Grandolfo - Dott.ssa Annesi)

MARTEDI' 11 MAGGIO 1982

- 9.00-10.00: Analisi dei dati longitudinali con programmi in BASIC
(Dott. Belli)
10.00-10.30: Pausa
10.30-13.00: 5^a Esercitazione: Infezioni Ospedaliere (Dott.ssa Stazi -
Dott.ssa Moro)
13.00-14.30: Pranzo
14.30-15.30: Costruzione di un questionario (Prof. Morosini)
15.30-17.00: Inchiesta sul campo: preparazione della scheda (gruppi)
(Dott. Grandolfo - Dott. Taggi - Dott.ssa Annesi)

MERCOLEDI' 12 MAGGIO 1982

- 9.00-12.00: Inchiesta sul campo: programmazione e realizzazione (gruppi) (Dott. Grandolfo - Dott. Taggi - Dott.ssa Annesi)
 12.00-12.30: Pausa
 12.30-13.30: Metodi epidemiologici in medicina del lavoro (Prof. Reggiani)
 13.30-15.00: Pranzo
 15.00-16.00: Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive e Bollettino Epidemiologico Nazionale (Dott.ssa Salmaso)
 16.00-17.00: Le Infezioni Ospedaliere: SNAIO e SIPIO (Dott.ssa Stazi)

GIOVEDI' 13 MAGGIO 1982

- 9.00-17.00: Inchiesta sul campo

VENERDI' 14 MAGGIO 1982

- 9.00-11.00: Inchiesta sul campo: sistemazione dei dati (gruppi) (Dott. Grandolfo - Dott. Taggi - Dott.ssa Annesi)
 11.00-11.30: Pausa
 11.30-13.30: Valutazione epidemiologica dell'esposizione ai farmaci: proposte di lavoro (Prof. Tognoni)
 13.30-15.00: Pranzo
 15.00-17.00: Inchiesta sul campo: analisi dei dati (gruppi) (Dott. Grandolfo - Dott. Taggi - Dott.ssa Annesi)

LUNEDI' 17 MAGGIO 1982

- 9.00-10.00: Introduzione alla Valutazione dei Servizi Sanitari (Prof. Morosini)
 10.00-10.30: Pausa
 10.30-11.30: Valutazione Epidemiologica dei Programmi per la Pianificazione Familiare (Dott. Taroni)
 11.30-12.30: Valutazione dell'attività dei reparti in un ospedale (Prof. Morosini)
 12.30-13.30: Valutazione dei servizi di una USL (Dott. Taroni)
 13.30-15.00: Pranzo
 15.00-16.00: Valutazione dell'applicazione della Legge 194 (Dott.ssa Tosi)
 16.00-17.00: Ottimizzazione di un consultorio (Dott.ssa Tosi - Dott. Grandolfo)

MARTEDI' 18 MAGGIO 1982

- 9.00-10.00: Introduzione all'Epidemiologia delle Malattie Cardiovascolari (Prof. Menotti)
 10.00-10.30: Pausa
 10.30-12.30: 6^a Esercitazione: Stima Multivariata del Rischio Coronarico (Dott.ssa Giampaoli - Dott.ssa Conti)
 12.30-13.30: Metodi Multivariati in Epidemiologia (Prof. Farchi)
 13.30-15.00: Pranzo
 15.00-16.00: 6^a Esercitazione (conclusione)
 16.00-18.00: Inchiesta sul campo: relazioni (gruppi) (Dott. Grandolfo - Dott. Taggi)

MERCOLEDI' 19 MAGGIO 1982

- 9.00-10.00: Epidemiologia e prevenzione dell'handicap (Dott. L. Greco)
10.00-10.30: Pausa
10.30-13.30: 7^a Esercitazione: Programmi di assistenza alla nascita
(Dott.ssa Mayer - Dott. L. Greco)
13.30-15.00: Pranzo
15.00-16.00: 7^a Esercitazione (conclusione)
16.00-17.00: Epidemiologia nello studio delle malformazioni congenite
(Dott. Mastroiacovo)

GIOVEDI' 20 MAGGIO 1982

- 9.00-11.00: Il ruolo dell'OMS nel Servizio Sanitario Nazionale Italiano
(Dott. Carter)
11.00-11.30: Pausa
11.30-12.30: Il Piano Sanitario Nazionale: lo stato attuale (Prof. Paderni)
12.30-13.30: Piani Sanitari Regionali (Dott. Perucci)
13.30-15.00: Pranzo
15.00-16.00: Didattica rinnovata: metodo d'insegnamento (Dott. D. Greco)
16.00-17.00: Docimologia (Dott. D. Greco)

VENERDI' 21 MAGGIO 1982

- 9.00-10.00: Epidemiologia dei Disastri Naturali (Dott. De Bruyker)
10.00-11.00: Post-esame
11.00-11.30: Pausa
11.30-12.00: Valutazione
12.00-13.00: Riassunto generale (Prof. Zampieri)

Casi importati. Caso M.V., età al ricovero: 1 anno e 9 mesi, paese di origine: Libia, vaccinato, venuto in Italia per curare la polio, diagnosi clinica: p.a.a., virologia: isolamento dal tampone rettale e da quello faringeo di poliovirus tipo III (ISS). Accertamenti sierologici in corso.

Altri due bambini, provenienti da Paesi stranieri, con paralisi flaccida sono stati osservati in Italia.

Entrambi i casi, alla luce dei risultati di accurate indagini svolte, non possono essere definiti casi importati, in quanto la fase acuta contagiosa era già terminata al momento del loro ingresso in Italia.

Il primo dei due, una bambina di 4 anni era stata ricoverata in un ospedale italiano nel luglio 1981. La paziente presentava paralisi dell'arto inferiore destro, iniziata due anni prima nel paese di origine. La paralisi era stata preceduta da febbre e stato di sopore. Lo stato vaccinale del paziente era ignoto e la ricerca degli anticorpi neutralizzanti i tre tipi di poliovirus (polio I 1:32, polio II 1:2, polio III 1:11) non ha permesso di accertare una pregressa malattia poliomielitica.

Il secondo, un bambino di circa tre anni di età, era venuto all'inizio del 1982 in Italia per praticare la fisioterapia dell'arto paralizzato. Non è stato possibile accertare l'epoca di inizio della malattia, né lo stato vaccinale. Le analisi sierologiche mettendo in evidenza un elevato titolo di anticorpi neutralizzanti il virus polio tipo I (polio I > 1:128, polio II < 1:4, polio III < 1:4) suggeriscono una pregressa infezione da poliovirus tipo I.

SORVEGLIANZA DELLA POLIOMIELETTA

Dall'introduzione della vaccinazione obbligatoria in Italia l'ISS sorveglia l'andamento della poliomielite, con l'obiettivo di prevenire e indagare i casi sporadici e i potenziali focolai epidemici, intervenendo su tre fronti:

- 1) controllo di stato dei vaccini usati in Italia;
- 2) indagini siero-epidemiologiche periodiche e su scala nazionale;
- 3) indagini epidemiologiche e di laboratorio su ogni caso sospetto segnalato.

Nella relazione annuale circa l'attività dell'ISS del 1980 (2) a commento dei primi risultati parziali ottenuti dalle indagini siero-epidemiologiche si sottolineavano i potenziali rischi derivanti da sospetti cali di vaccinazione in determinate aree italiane e si dichiarava l'assoluta necessità "di un pronto recupero e miglioramento dei livelli di immunizzazione precedenti da parte delle autorità sanitarie locali".

Nel BEN n° 54 del 24 dicembre 81 sono stati riportati i risultati preliminari relativi al completamento dell'indagine sierologico-epidemiologica di cui sopra che indicano una percentuale di soggetti immuni tra le più alte del mondo (3,4,5).

Va sottolineata anche l'efficacia del vaccino a virus vivi attenuati che non si limita alla protezione diretta del vaccinato ma assicura una circolazione di virus vaccinale competitivo con quello selvaggio provocando anche una immunizzazione indiretta nel resto della popolazione.

La rarità e la sporadicità dei casi osservati negli ultimi anni testimonia il successo della profilassi così come è stata realizzata dalla Sanità Pubblica.

A tale proposito è utile tuttavia riprendere quanto già riportato sul BEN 54:

"Si tratta di un patrimonio, anche in termini di esperienza, che non deve essere disperso ma mantenuto e potenziato soprattutto in questa fase di riorganizzazione dei servizi.

La più alta prevalenza di soggetti privi di anticorpi nelle classi di età più basse al sud potrebbe indicare la presenza di sacche di non copertura immunitaria. Negli ultimi anni si è assistito alla crescita di nuclei di immigrati provenienti dalle aree depresse del mediterraneo, accompagnata dalla accentuazione di forme di degrado in alcune aree suburbane; c'è inoltre il rischio che si sviluppi un calo di attenzione rispetto all'importanza della vaccinazione da parte degli strati più giovani della popolazione, che non hanno vissuto l'esperienza dell'epoca in cui la poliomielite rappresentava una vera e propria piaga."

Quindi è opportuno che le autorità sanitarie locali verificano periodicamente l'ottemperanza all'obbligo di vaccinazione anche mediante il confronto tra le dosi di vaccino effettivamente somministrate e il numero dei bambini in età vaccinale.

Riportato da: S. Salmaso e M. Grandolfo

Lab. Epidemiologia e Biostatistica

R. Santoro, F. Novello, F. Lombardi e N. Amato

Lab. Malattie Batteriche e Virali

Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena, 299

00161 ROMA

B. Notargiacomo

Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio

Nel BEN n° 54 del 24 dicembre 81 sono stati riportati i risultati preliminari relativi al completamento dell'indagine sierologico-epidemiologica di cui sopra che indicano una percentuale di soggetti immuni tra le più alte del mondo (3,4,5).

Va sottolineata anche l'efficacia del vaccino a virus vivi attenuati che non si limita alla protezione diretta del vaccinato ma assicura una circolazione di virus vaccinale competitivo con quello selvaggio provocando anche una immunizzazione indiretta nel resto della popolazione.

La rarità e la sporadicità dei casi osservati negli ultimi anni testimonia il successo della profilassi così come è stata realizzata dalla Sanità Pubblica.

A tale proposito è utile tuttavia riprendere quanto già riportato sul BEN 54:

"Si tratta di un patrimonio, anche in termini di esperienza, che non deve essere disperso ma mantenuto e potenziato soprattutto in questa fase di riorganizzazione dei servizi.

La più alta prevalenza di soggetti privi di anticorpi nelle classi di età più basse al sud potrebbe indicare la presenza di sacche di non copertura immunitaria. Negli ultimi anni si è assistito alla crescita di nuclei di immigrati provenienti dalle aree depresse del mediterraneo, accompagnata dalla accentuazione di forme di degrado in alcune aree suburbane; c'è inoltre il rischio che si sviluppi un calo di attenzione rispetto all'importanza della vaccinazione da parte degli strati più giovani della popolazione, che non hanno vissuto l'esperienza dell'epoca in cui la poliomielite rappresentava una vera e propria piaga."

Quindi è opportuno che le autorità sanitarie locali verificano periodicamente l'ottemperanza all'obbligo di vaccinazione anche mediante il confronto tra le dosi di vaccino effettivamente somministrate e il numero dei bambini in età vaccinale.

Riportato da: S. Salmaso e M. Grandolfo

Lab. Epidemiologia e Biostatistica

R. Santoro, F. Novello, F. Lombardi e N. Amato

Lab. Malattie Batteriche e Virali

Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena, 299

00161 ROMA

B. Notargiacomo

Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 16/3/82 AL 22/3/82

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MOBBILIO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPIDEMICA	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARLATINA	T.B.C. POLMONARE	T.B.C. EXTRAPOLM.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERIE	DISSENTERIA BACILL.	NEURASTENIA	SIFILIDE	POLIOMIELITTE	TETANO	
ABRUZZO																						
BASILICATA																						
CALABRIA	2			18	7							4										
CAMPANIA	63	9	4	18	7	92	5		1	3		47			4					1		
EMILIA ROMAGNA																						
FRIULI	25			10	2	47		92	18	11		80									3	
LAZIO	65	2	3	67	11	232	21	9	38	19	4	226	17		7					1	12	
LIGURIA																						
LOMBARDIA	87	1	4	13	39	418	215	106	142	19	2	653	6		6		2		1			
MARCHE	23			25	3	164	2	11	6		1	142			12							1
MOLISE	2			5	1	65	3	4		1		20			1							
PIEMONTE																						
PUGLIA	63	39	1	31	5	136	28	10	1	7	1	140	4	114						1	2	
SARDEGNA	19	1	2	8	4	30	11	7	5	4		16								1		
SICILIA	36	8	2	34	13	114	23	6	1	4	1	23		15	1	15					3	
TOSCANA																						
UMBRIA	7				4	42	1	4		1		39										
VAL D'AOSTA	3				2				1			1									2	
VENETO	56		2	36	19	154	13	40	60	17	2	318	5		4					1		
BOLZANO	11			6	2	28	7	4	9	1		42	1									
TRENTO	3	1				19	7	1	4	1		11	4									2
TOTALE	465	61	18	291	112	548	336	334	286	68	11	764	36	163	1	17	8	22				1

NOTE: i dati si riferiscono alle notifiche di casi sospetti o accertati, e quindi sono provvisori.

Lazio: 53/59 USL; Umbria: 10/12 USL; Friuli: 9/12 USL; Liguria: dati non pervenuti; Calabria: dati relativi alla prov. di Reggio Calabria.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario. Le Regioni per le quali riportiamo i dati sono quelle che partecipano al sistema.

Il SIRMI è parzialmente finanziato dal CNR/Progetto Finalizzato Informatica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Sabin A. B., Reviews of Infectious Diseases, 1981, 3:543
- 2) Relazione del Ministro per la Sanità al Parlamento sul programma dell'Istituto per l'esercizio finanziario 1981 e sui risultati dell'attività svolta nell'esercizio 1979. ISTISAN 1981/40 luglio 1981, pag.20.
- 3) Nathanson M. and Martin J. R., Am J Epidem, 1979, 110:672.
- 4) Burche D. S. et. al., J Infect Dis, 1979, 139:225.
- 5) Grist M. R. et. al., Br Med J, 1976, 10 July:107.

SUMMARY

A general overview of poliomyelitis is reported. Because of the decrease of number of cases registered since the introduction of compulsory vaccination in 1966, stricter criteria for the diagnosis of poliomyelitis are suggested. In 1981 a single case, in an unvaccinated boy, associated with polio virus type II infection, in the area of Naples, occurred. In 1982 two cases are suspected in the same area; virological and serological analysis are still in progress. This year an imported case from Libia has been registered. Two more foreign children with paralysis, one admitted in hospital and one seen by a general practitioner were reported in Italy. In one case the onset of paralysis occurred two years before she come to Italy and it has not been possible to ascertain a previous polio infection. In the other case the patient come to Italy one year after the onset of paralysis. Serological results for this case suggest an infection with polio virus type I.

NOTA BENE:

Il BEN è compilato nel Reparto Malattie Trasmissibili, Lab. Epidemiologia e Biostatistica (Direttore: Prof. A. Zampieri), Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 ROMA; telefono: 06/4950314 - 4954617 - 4950607, ed è riprodotto in proprio presso il Servizio Documentazione, dell'Istituto Superiore di Sanità.

Notizie ed informazioni da riportare sul BEN vanno segnalate alla Dr.ssa S. Salmaso, Reparto Malattie Trasmissibili, L.E.B., I.S.S.

Gli articoli e le notizie riportate sul BEN possono essere citate previo consenso dell'Editore, contattabile ai numeri telefonici diretti su riportati. Chiunque voglia ricevere il BEN può farne richiesta al suddetto indirizzo.