

Istituto superiore di sanita'



BOLLETTINO
EPIDEMIOLOGICO
NAZIONALE 82/21

27 MAGGIO 1982

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

LEISHMANIOSI CUTANEA IN ITALIA

La leishmaniosi cutanea umana, endemica nell'Italia centro-meridionale, ha avuto nell'immediato dopo guerra-episodi epidemici con circa 3000 casi annui; attualmente essi sono notevolmente diminuiti e sono limitati ad alcuni focolai i principali dei quali si trovano in Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Molise, Calabria e Sicilia.

I dati ufficiali nazionali sono quelli delle notifiche delle malattie infettive raccolti dall'ISTAT. In tabella sono riportati i casi notificati in Italia dal 5 al 1979. Tali dati, però, non trovano riscontro con quelli desunti dalla bibliografia. In Toscana ad esempio dal 1965 al 1975 sono stati notificati solo 10 casi, mentre nello stesso periodo ne sono stati riportati in letteratura 19 (1).

L'agente eziologico è ritenuto essere Leishmania tropica. In realtà il parassita, isolato in Italia da lesioni cutanee, non è stato ancora mai inquadrato tassonomicamente a causa della mancata tipizzazione enzimatica dovuta alla difficoltà di ottenere colture stabili (2-4).

Il quadro epidemiologico è ancora poco chiaro in quanto non è noto a tuttoggi il serbatoio naturale del parassita: in tal senso sono state condotte numerose indagini in alcuni focolai di leishmaniosi cutanea nelle provincie di Teramo e Grosseto, miranti ad isolare il parassita da animali selvatici (sono

Istituto superiore di sanita'



BOLLETTINO
EPIDEMIOLOGICO
NAZIONALE 82/21

27 MAGGIO 1982

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

LEISHMANIOSI CUTANEA IN ITALIA

La leishmaniosi cutanea umana, endemica nell'Italia centro-meridionale, ha avuto nell'immediato dopo guerra-episodi epidemici con circa 3000 casi annui; attualmente essi sono notevolmente diminuiti e sono limitati ad alcuni focolai i principali dei quali si trovano in Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Molise, Calabria e Sicilia.

I dati ufficiali nazionali sono quelli delle notifiche delle malattie infettive raccolti dall'ISTAT. In tabella sono riportati i casi notificati in Italia dal 1955 al 1979. Tali dati, però, non trovano riscontro con quelli desunti dalla bibliografia. In Toscana ad esempio dal 1965 al 1975 sono stati notificati solo 10 casi, mentre nello stesso periodo ne sono stati riportati in letteratura 19 (1).

L'agente eziologico è ritenuto essere Leishmania tropica. In realtà il parassita, isolato in Italia da lesioni cutanee, non è stato ancora mai inquadrato tassonomicamente a causa della mancata tipizzazione enzimatica dovuta alla difficoltà di ottenere colture stabili (2-4).

Il quadro epidemiologico è ancora poco chiaro in quanto non è noto a tuttoggi il serbatoio naturale del parassita; in tal senso sono state condotte numerose indagini in alcuni focolai di leishmaniosi cutanea nelle provincie di Teramo e Grosseto, miranti ad isolare il parassita da animali selvatici (sono

stati esaminati circa 1000 animali, principalmente roditori) e domestici (circa 300 cani), ma senza nessun risultato positivo (4).

Per quanto riguarda il vettore, contrariamente a quanto riportato in letteratura (5) non esistono ancora prove inconfutabili sul ruolo di Phlebotomus perfiliewi che è la specie più abbondante reperibile nei focolai di leishmaniosi cutanea.

Recentemente in Francia una variante enzimatica di L. infantum (agente eziologico della leishmaniosi viscerale nel bacino del mediterraneo) isolata da una forma cutanea di leishmaniosi è stata imputata quale agente eziologico della leishmaniosi cutanea nei Pirenei (6). Il problema non può essere risolto che coltivando e tipizzando il parassita dalle lesioni umane, quindi studiandone l'epidemiologia.

La mancata identificazione, dopo vari tentativi, di un serbatoio naturale della leishmaniosi cutanea in Italia, potrebbe indurre a classificare la malattia tra le antroponosi; ma ciò è difficilmente accettabile, specie oggi che i casi umani sono rari e ricorrenti, a distanza di anni, negli stessi focolai.

L'attuale stato di ipoendemia rende difficile il reperimento precoce di individui da cui prelevare il parassita per la coltivazione in vivo e/o in vitro e per la successiva tipizzazione enzimatica. A tale proposito il Laboratorio di Parassitologia dell'ISS, che da vari anni si occupa di questa malattia, sarebbe interessato a ricevere segnalazioni (telefoniche) da parte dei medici di pazienti affetti da leishmaniosi cutanea (e non ancora trattati), in maniera che nel giro di 1-2 giorni si possa tentare l'isolamento del parassita in appositi terreni di coltura.

Tabella 1: casi di leishmaniosi cutanea notificati in Italia, 1965-79 (ISTAT).

Anno	N. casi	Anno	N. casi
1965	55	1972	41
1966	58	1973	26
1967	42	1974	37
1968	39	1975	41
1969	41	1976	55
1970	21	1977	48
1971	29	1978	48
		1979	27

Riportato da: Reparto di Protozoologia
Laboratorio di Parassitologia - ISS.
tel. 06/4990-304

Bibliografia.

- 1) Bettini S et al. Trans Roy Soc Trop Med Hyg, 1981, 75:338
- 2) De Carneri I, Parassitologia, 1980, 22:300
- 3) Lissia G, Studi Sassaresi, 1948, 26:3
- 4) Pozio E et al. Acta Mediterranea di Patologia Infettiva e Tropicale, 1982, in stampa
- 5) Vanni V, Annali d'Igiene, 1939, 49:65
- 6) Rioux JA, Acta Mediterranea di Patologia Infettiva e Tropicale, 1982 in stampa

SUMMARY

The situation of cutaneous leishmaniasis in Italy is reported. Every year, between 1965 and 1979, an average of 40 cases was notified. The epidemiological picture of human cutaneous leishmaniasis in Italy offers still many unsolved problems. The aetiological agent has not been identified yet. The host reservoirs of the parasite has not been discovered. The probable vector of the parasite is thought to be Phlebotomus perfiliewi. but not substancial proofs indicate this.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 18/5/82 AL 24/5/82

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPIDEMICA	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARLATINA	T.B.C. POLMONARE	T.B.C. EXTRAPOLM.	VARICELLA	BEVORRAGIA	ROTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERIE	DISSENTERIA BACILL.	NEVRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO	
ABRUZZO																						
BASILICATA																						
CALABRIA	5			6	1	7	2	4			1	15			10							
CAMPANIA	66	11	2	67	10	105	5	6	1	5		44			18							
EMILIA ROMAGNA																						
FRIULI																						
LAZIO																						
LIGURIA		31	1	9	5	116	12	7	46	9	2	39	1							2		
LOMBARDIA	58	1	1	14	47	384	62	158	107	16		420	1		7			1	1			
MARCHE	2			8	1	23	1	3	1			17										
MOLISE	3		2	5		32	2		1		1	20			2							
PIEMONTE																						
PUGLIA	99	43	2	12	7	144	32	12	1	8		110			14					2		
SARDEGNA	8	3	1	49	10	76	21	38	6	6		31			4						2	
SICILIA	27	4		16	4	58	9	4	5	2		24			18		2			2		
TOSCANA																						
UMBRIA	4			4	18	3	1	1	1	1		20			3							
VAL D'AOSTA										1		6										
VENETO	40	1	3	103	28	92	38	114	44	18	1	262	2		5					5		1
BOLZANO	2			9	1	6	2	17	8			21	1							1		
TRENTO	1			14	1	21	1	1		1		9	9		1					3		
TOTALE	315	94	12	312	119	1082	190	365	221	67	5	1038	14		82		2	1	16		1	

NOTE I dati si riferiscono alle notifiche dei casi sospetti o accertati, e quindi sono provvisori.

Calabria: dati relativi alla Prov. di Reggio Calabria; Liguria: 18/20 USL; Marche: 3/24 USL; Puglia: 53/55 USL; Umbria: 8/12 USL; Friuli e Lazio: dati non pervenuti.

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.

SITUAZIONE DELLA RABBIA SILVESTRE APRILE 1982

In tabella sono riportati i risultati delle analisi effettuate dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali delle Venezie (Padova) della Lombardia e della Emilia Romagna (Brescia), del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta (Torino).

Istituto Zooprofilattico Sperm.			Istituto Zooprofilattico Sperm.		
PADOVA			BRESCIA		
Specie animale	Animali esaminati	Diagnosi* positive	Specie animale	Animali esaminati	Diagnosi* positive
<u>Domestici</u>			<u>Domestici</u>		
Cane	16		Cane	32	
Gatto	26		Gatto	12	
Bovino	4		Pappagallo	1	
Coniglio	2		Coniglio	1	
Ovino	2		Ovino	1	
<u>Selvatici</u>			<u>Selvatici</u>		
Volpe	182	15	Volpe	130	15
Capriolo	21		Capriolo	4	
Tasso	16	2	Tasso	7	1
Martora	7				
Faina	19		Faina	12	
Lepre	14		Lepre	3	
Camoscio	2		Camoscio	5	
Cervo	1		Cervo	4	
Ratto	2		Topo	2	
Criceto	1		Criceto	1	
			Scoiattolo	1	

*Le diagnosi positive sono state effettuate con immunofluorescenza. Presso l'Istituto Zooprofilattico di Torino sono stati analizzati e sono risultati negativi: 1 cane, 1 gatto, 62 volpi, 1 ghio e 1 martora.

Le province di provenienza degli animali positivi sono: Bolzano, Udine, Gorizia, Sondrio, Brescia.

PROTOCOLLO DI ANALISI PRE-IVG

Il 29 gennaio u.s. si è tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità un Convegno sul tema "Gli esami clinici e di laboratorio pre-IVG". Le prescrizioni di questi esami alle donne che chiedono l'interruzione volontaria di gravidanza variano, non solo nelle diverse regioni italiane ma anche all'interno di ogni regione.

Da un'analisi degli elenchi inviati dagli Assessorati competenti, risulta che le prescrizioni variano da un minimo di 5 (Regione Puglia) ad un massimo di 29 (Regione Lazio, Clinica Villa Gina, Roma).

Se nel primo caso si è potuta constatare una richiesta di esami non strettamente necessari (ECG), nel secondo caso le prescrizioni sono tali da imporre alla donna lunghi tempi di attesa ed un incremento insensatamente elevato del costo della spesa pubblica.

Il Ministro della Sanità, di fronte alla illogica disomogeneità rilevata, ha richiesto un parere ufficiale all'Istituto Superiore di Sanità per poter formulare un protocollo essenziale omogeneo per tutto il territorio nazionale.

L'Istituto ha chiesto alle Associazioni Scientifiche di Ostetricia e Ginecologia, di Anestesiologie e Rianimazione e di Patologia Clinica e agli Assessorati Regionali di inviare loro rappresentanti ed esperti per discutere il problema specifico, onde proporre un testo concordato con gli operatori responsabili di questo particolare settore.

La discussione ha messo in luce che lo scopo principale delle analisi si identifica nella sicurezza per la donna, dando garanzia agli operatori del corretto supporto strumentale.

E' stata inoltre analizzata l'esperienza condotta in altri paesi su questo problema specifico (Stati Uniti* e Gran Bretagna**) e la raccomandazione del Servizio di Human Reproduction dell'OMS.

Gli esperti, dopo aver valutato attentamente la significatività dei vari esami richiesti nelle diverse situazioni, sono giunti alla conclusione che, nel caso di IVG entro le prime 12 settimane, sono da prescrivere come obbligatori:

- 1) Visita ginecologica (completa di test per la gravidanza) e visita anestesio-
logica.

- 2) Esame delle urine completo.
- 3) Esame emocromocitometrico (senza formula) con conteggio delle piastrine.
- 4) Gruppo sanguigno ed Rh.
- 5) Glicemia.
- 6) Prove emogeniche PT e PTT.

Si è raccomandato inoltre che durante gli interventi di IVG sia presente l'anestesista dell'ospedale o del servizio sanitario del territorio.

Questo protocollo di massima concordato con gli esperti, lascia, ovviamente, alla decisione degli specialisti la prescrizione di eventuali altri esami legati a particolari e motivate situazioni diagnostiche ove, in seguito ad una anamnesi e visita medica accurate, si ritengano necessari.

Gli esperti auspicano che questo protocollo abbia la massima diffusione a livello di presidi ospedalieri pubblici e convenzionati, Consultori e Poliambulatori, in modo da ottenere una più razionale applicazione delle analisi mirate alla sicurezza della donna. Si è ritenuto anche opportuno indire una riunione con gli stessi esperti per la verifica dell'uso di questo protocollo a un anno di distanza dalla sua applicazione.

Riportato da: Alfredo Zampieri

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica - ISS

Simonetta Tosi

Laboratorio di Biologia Cellulare - CNR

* Committee on Maternal Health Care, American Public Health Association

** Institute of Obstetrics and Gynecology, University of London

stampe

INDICE

Leishmaniosi cutanea in Italia	<u>pag.1</u>
Tabella delle notifiche - settimana 18-24/5/82	<u>pag.4</u>
Aggiornamento rabbia silvestre - Aprile 82	<u>pag.5</u>
Protocollo di analisi pre-IVG	<u>pag.6</u>

INDEX

Cutaneous leishmaniasis in Italy	<u>pag.1</u>
Table of notifications - week 18-24/5/82	<u>pag.4</u>
Rabies update - April 82	<u>pag.5</u>
Protocol for pre-IVG analysis	<u>pag.6</u>

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.