

Istituto superiore di sanita'



BOLLETTINO
EPIDEMIOLOGICO
NAZIONALE 82/24

17 GIUGNO 1982

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

LEGIONELLOSI

L'O.M.S. ha costituito un Gruppo di lavoro a livello europeo per approfondire gli aspetti epidemiologici ancora poco chiari di questa malattia e per fornire un quadro delle conoscenze acquisite allo stato attuale e dei possibili metodi di sorveglianza e controllo. Riportiamo i risultati del lavoro svolto dal Gruppo.

L'agente eziologico della malattia è la legionella, bacillo gram negativo, mobile, asporigeno, del quale a partire da Legionella pneumophila, isolata per la prima volta nel 1976, sono state successivamente descritte 6 specie: L. pneumophila, L. bozemanni, L. micdadei, L. dumoffii, L. gormanii (l'unica che non si associa a manifestazioni polmonari) e L. longbeach. Sono stati, quindi, identificati 6 diversi sierogruppi di L. pneumophila e 2 sierogruppi di L. longbeach.

Nell'infezione da L. pneumophila il quadro clinico è caratterizzato dalla polmonite, di solito segmentale o lobare, che può persistere per alcune settimane. Vi sono alcune manifestazioni cliniche che sembrano essere più frequenti nella polmonite da L. pneumophila e che permettono di differenziarla da polmoniti causate da agenti diversi. Fra queste vi sono i segni dell'interessamento del sistema nervoso centrale ed, in particolare, uno stato confusionale non proporzionato al rialzo termico, disturbi metabolici,

diarrea, alterata funzionalità epatica, iponatremia ed ematuria.

Vicino a questa, è stata descritta un'altra forma più rara, nota come "Pontiac fever", dovuta anch'essa alla L. pneumophila, ma in cui sono assenti le manifestazioni polmonari: si presenta con febbre elevata, brividi, mialgie e cefalea; la malattia ha un decorso breve e guarisce spontaneamente in 2-5 giorni circa.

La diagnosi di legionellosi può essere fatta facilmente isolando il microorganismo nell'aspirato tracheale, nel sangue o nel liquido pleurico, oppure mediante la dimostrazione, con l'immunofluorescenza diretta, dell'antigene specifico nelle secrezioni respiratorie e nelle urine. La diagnosi sierologica viene effettuata con l'immunofluorescenza indiretta (IFA): l'aumento del titolo anticorpale si ha dopo 2-6 settimane dall'inizio della sintomatologia e sembra non essere influenzato dalla terapia antibiotica. L'antibiotico di scelta sembra essere l'eritromicina (2-4 g/die, inizialmente e.v., successivamente per via orale); efficaci sono pure rifampicina ed alcune tetracicline.

Non si dispone ancora di dati accurati sull'incidenza della malattia, ma studi di prevalenza siero-epidemiologici eseguiti in diversi paesi europei indicano che la L. pneumophila sarebbe responsabile dell'1-3% delle polmoniti ricoverate in ospedale.

La malattia può manifestarsi sia sporadicamente che con focolai epidemici, sebbene la maggioranza dei casi sembrano essere sporadici. La malattia ha un andamento stagionale, caratterizzato dal verificarsi di pochi casi nei primi mesi dell'anno, mentre la maggioranza dei casi si manifestano nell'ultima parte dell'estate e in autunno. Gli uomini sono più colpiti rispetto alle donne con un rapporto di 2:1. L'età costituisce un importante fattore orientativo in quanto il rischio di contrarre la malattia aumenta con l'età.

I fattori di rischio identificati sono: il fumo di sigaretta, i viaggi, l'abuso di alcool, l'esposizione a lavori di scavo e, per i pazienti ospedalizzati, la dialisi, terapie immunosoppressive, la bronchite cronica o l'enfisema, il diabete mellito e il cancro.

L'infezione viene trasmessa all'uomo, per via aerea, da fonti ambientali; non è stata documentata la trasmissione interumana. Il batterio è presente nella polvere, nell'acqua di canali, stagni, fiumi o laghi, in impianti centralizzati di aria condizionata, in impianti di distribuzione idrica; spesso le epidemie si verificano in hotels con impianti di aria condizionata oppure in ospedali o edifici con grossi impianti di distribuzione idrica.

In occasione di focolai accertati di infezione da Legionella, è stata impiegata la clorazione degli impianti di distribuzione dell'acqua, individuati dalle indagini epidemiologiche come possibili fonti di contaminazione. Si deve però aggiungere che la clorazione non costituisce il procedimento ideale e sono necessarie indagini approfondite per valutare sistemi di controllo alternativi.

La ricerca e l'eradicazione di Legionella nell'ambiente, senza la presenza associata di casi clinici accertati, non costituisce un metodo di prevenzione della malattia. E' comunque sempre utile controllare che siano seguite le corrette norme per la manutenzione e l'esercizio degli impianti idraulici.

RACCOMANDAZIONI

1. Il genere Legionella è distribuito a livello mondiale l'infezioni con questo patogeno dovrebbe essere considerata nella diagnosi differenziale di ogni polmonite. La diagnosi può essere sospettata sulla base delle caratteristiche epidemiologiche, cliniche e biochimiche.
2. "Polmonite da Legionella" dovrebbe essere il termine per descrivere la polmonite dovuta al genere Legionella. Il termine "malattia dei Legionari" dovrebbe essere riservato per la malattia epidemica, mostrante le caratteristiche cliniche ed epidemiologiche della epidemia di Philadelphia dovuta a L. pneumophila, avvenuta nel 1976.
3. Il genere Legionella può provocare oltre alla polmonite anche una malattia febbrile (esempio: Pontiac Fever). Si raccomanda di continuare studi per determinare lo spettro delle diverse forme cliniche dovute a questi patogeni.
4. Ai fini della diagnosi precoce della polmonite da Legionella, si raccomanda la raccolta delle secrezioni respiratorie (del tessuto polmonare se è possibile) per la coltura del batterio. Attualmente sono stati messi a punto terreni di coltura che possono essere usati nella diagnostica di laboratorio di routine.
5. Il genere Legionella dovrebbe essere trattato in laboratorio, come organismo nella categoria di rischio 2 dell'OMS, ma si suggerisce che se nelle procedure sperimentali vengono generati densi aerosol la legionella dovrebbe essere inserita nella categoria di rischio 3.
6. C'è bisogno di un test immunologico non dispendioso, conveniente per la diagnostica di laboratorio di routine (esempio: mediante la dimostrazione di batteri o dei loro antigeni nelle secrezioni respiratorie e nelle urine) con sufficiente sensibilità, specificità e facilità di esecuzione.

7. C'è bisogno della standardizzazione dei tests sierologici. Il valore predittivo dei tests più importanti dovrebbe essere stimato in ogni popolazione.
8. C'è bisogno nelle Regioni Europee di addestramento, preferibilmente sponsorizzato dall'OMS, nella diagnosi di laboratorio di infezioni da Legionella.
9. Programmi di Sorveglianza Nazionale per l'infezione da Legionella devono essere incoraggiati. C'è bisogno di un centro di riferimento dell'OMS in Europa.
10. Le legionelle sono diffuse e sono state trovate comunemente in impianti idraulici per l'acqua potabile e scambiatori di calore per il raffreddamento. Adeguate norme ingegneristiche dovrebbero essere seguite per la manutenzione e il funzionamento degli impianti idraulici, ma in assenza di casi associati di infezione da Legionella non sembrano giustificati sforzi per eradicare gli organismi.

Da: Summary Report - Working Group on Legionnaires' disease
Baden, 10-21/10/1981

UN FOCOLAIO DI SOSPETTA TULAREMIA: NOTA PRELIMINARE

L'8.6.82 venivano segnalati al Reparto Malattie Trasmissibili del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, tre ricoveri avvenuti nei giorni precedenti alla Divisione Infettivi dell'Ospedale Careggi di Firenze, provenienti da un comune della Toscana ed accomunati da una diagnosi sospetta di Tularemia; dagli stessi pazienti i medici dell'ospedale ottennero informazioni che facevano sospettare altri casi nello stesso luogo.

Il giorno successivo è stata segnalata una sierodiagnosi positiva per Tularemia per i tre casi.

L'Osservatorio Epidemiologico della Regione Toscana ha avviato un'indagine epidemiologica con la collaborazione di medici dell'Ospedale Careggi, di personale della locale USL, dei Veterinari locali e del personale del Reparto Malattie Trasmissibili del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità.

Da una prima riunione tenuta in loco il giorno 11 giugno con i medici ed i tecnici coinvolti nell'indagine, sono state ottenute ulteriori informazioni dai medici curanti; da queste informazioni preliminari, non ancora conferma-

te, si può dedurre che, dal febbraio a circa due settimane or sono, sono stati visti trentotto casi caratterizzati da febbre ed una grave linfangite a prevalente localizzazione cervicale, così come i tre casi ricoverati a Firenze.

Trentaquattro di questi casi abitano nella stessa piccola frazione del comune coinvolto. Per tutti il trattamento terapeutico è stato efficace e non si sono avute complicanze gravi.

Non sono ancora emerse evidenze utili ad identificare la fonte ed il modo di trasmissione.

Nota editoriale

La Tularemia è malattia acuta benigna causata dalla *Pasteurella tularensis*; scoperta nel 1911 da Mac Coy negli Stati Uniti, essa colpisce alcune centinaia di persone all'anno ed è presente in forma endemica nell'Europa Centro Orientale; si tratta di una zoonosi prevalente nei roditori selvatici che si infettano grazie alla presenza di zecche vettori; l'uomo si contagia con il contatto con animali infetti prevalentemente tramite la puntura di zecche o con alimenti infettati da animali. Non è noto un contagio da uomo a uomo.

In Italia la Tularemia è praticamente sconosciuta. Gli ultimi casi riportati in letteratura sono del 1962 in provincia di Pavia. In quell'occasione furono incriminate della trasmissione lepri importate dall'Europa Orientale.

Riportato da: Reparto Malattie Trasmissibili

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

Istituto Superiore di Sanità

Roma

Summary

Tularemia outbreak in Tuscany: preliminary report.

On three persons hospitalized in the infectious diseases department of an hospital in Florence a serological diagnosis of Tularemia was made. From preliminary informations other 34 cases occurred in a small village of Tuscany; further investigation is in progress.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 8/6/82 AL 14/6/82

| REGIONI | EPATITE VIRALE | FEBBRE TIFOIDE | MENINGITE MENING. | MORBILLO | SALMONELLOSI | PAROTITE EPIDEMICA | PERTOSSE | ROSOLIA | SCARLATINA | T.B.C. PNEUMONARE | T.B.C. EXTRAPOLM. | VARELLA | BLENNORRAGIA | BOTULISMO | BRUCELLOSI | DIFTERIE | DISSENTERIA BACILL. | NEVRASSITI VIRALI | SIFILIDE | POLIOMIELITE | TETANO- | |
|----------------|----------------|----------------|-------------------|----------|--------------|--------------------|----------|---------|------------|-------------------|-------------------|---------|--------------|-----------|------------|----------|---------------------|-------------------|----------|--------------|---------|---|
| ABRUZZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASILICATA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CALABRIA | | | | | | 2 | 1 | | | | | 2 | | | | | | | | | | |
| CAMPANIA | 23 | 6 | 1 | 46 | 3 | 48 | 1 | 6 | | 3 | | 17 | | | 13 | | | | | | | |
| EMILIA ROMAGNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRIULI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAZIO | 87 | 2 | | 207 | 27 | 182 | 37 | 84 | 18 | 30 | | 1226 | 9 | | 9 | | | | 8 | | 1 | |
| LIGURIA | 21 | | | 12 | 4 | 121 | 13 | 7 | 29 | 3 | | 1119 | | | | | | | 1 | 2 | | 1 |
| LOMBARDIA | 101 | 1 | 2 | 123 | 46 | 392 | 24 | 292 | 93 | 8 | | 1561 | 7 | | 1 | | | 1 | 5 | | | 2 |
| MARCHE | 2 | 1 | | 11 | 1 | 13 | | 6 | | 1 | | 11 | | | | | | | | | | |
| MOLISE | 5 | | | 2 | | 14 | 1 | 5 | 1 | 1 | | 17 | | | | | | | | | | |
| PIEMONTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PUGLIA | 165 | 32 | 1 | 19 | 7 | 125 | 37 | 24 | | 8 | | 114 | 2 | | 18 | | | | 1 | | | |
| SARDEGNA | 17 | 7 | | 26 | 6 | 65 | 16 | 22 | 7 | 2 | 1 | 47 | | | 2 | | | | | | | |
| SICILIA | 32 | 4 | | 7 | 3 | 54 | 19 | 10 | 3 | 4 | | 30 | 1 | | 9 | | | | | | | |
| TOSCANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UMBRIA | | | | 10 | 4 | 74 | | 5 | 5 | 2 | 1 | 20 | 1 | | 1 | | | | | | | |
| VAL D'AOSTA | | | 1 | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | | 1 | | | | | | | |
| VENETO | 54 | 1 | | 76 | 19 | 109 | 19 | 105 | 42 | 17 | 1 | 225 | 2 | | 2 | | | | 2 | | | |
| BOLZANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRENTO | 2 | | | 26 | | 18 | 3 | 4 | 10 | | | 21 | | | | | | | | | | |
| TOTALE | 509 | 54 | 5 | 584 | 120 | 1217 | 172 | 570 | 209 | 80 | 6 | 1410 | 22 | | 56 | | | 2 | 18 | | | 4 |

NOTE: Calabria: dati reattivi alla prov. di Reggio Calabria; Campania: dati mancanti per la prov. di Napoli; Lazio: 47/59 USL; Liguria: 17/20 USL; Marche: 3/24 USL; Sardegna: 14/22 USL; Umbria: 7/12; Friuli e Bolzano: 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.

PIANO PER LA ERADICAZIONE DELLA PESTE SUINA AFRICANA NELLA REGIONE SARDA.

La legge regionale (G.U. n°132, del 15.5.1982 pubblicata il 10 febbraio 1982 nel bollettino n°6 della Regione Sardegna), che disciplina in Sardegna l'intervento contro la peste suina africana, deve essere valutata sotto due profili diversi: da una parte per misurarne la capacità a far fronte ad un fenomeno sanitario di casi ad alta pericolosità e di difficile controllo; dall'altra per metterne in risalto le finalità più generali non solo di carattere sanitario, ma soprattutto di carattere economico e sociale.

Quanto al primo gruppo di problemi è da dire che la legge, approvata solo nel febbraio scorso ma utilizzata di fatto nella sua impostazione nel corso dell'ultimo anno e mezzo, disciplina un piano di intervento che non si limita all'abbattimento ed alla distruzione dei suini infetti, ma che si articola in varie fasi - fra di loro interagenti - che privilegiano la prevenzione, con l'intento di giungere rapidamente ad una profonda modificazione di tipo zootecnico.

L'abbattimento infatti è seguito dal divieto di ripopolamento con nuovi suini per sei mesi, dal depistage sierologico per l'accertamento dei portatori sani, dallo studio delle varietà di zecche esistenti in Sardegna.

Queste iniziative sono in piena fase di attuazione e hanno dato risultati assai concreti consentendo la "liberazione" di gran parte del territorio dell'isola (in particolare le Province di Cagliari, Sassari ed Oristano) e richiamando il massimo di concentrazione dello sforzo sul territorio della Provincia di Nuoro, che presenta particolari difficoltà di approccio per le sue caratteristiche geo-morfologiche e per le modalità di allevamento (pascolo brado).

Questa è solo, ovviamente, la prima fase del piano di eradicazione della peste suina africana; su di essa si innestano altre due fasi che sono caratterizzate:

- a. dalla ristrutturazione della rete pubblica dei macelli, con la costruzione di strutture di dimensioni idonee al servizio di bacini di utenza del raggio medio di 25-30 Km e l'adeguamento di quelli esistenti compresi nel piano regionale; dalla consorziazione delle strutture al fine di aumentare la produttività; dalla chiusura dei macelli pubblici fatiscenti o inadeguati e di tutti i macelli privati; dal controllo delle discariche di rifiuti solidi urbani mediante recinzione e appropriati trattamenti di disinfezione e disinfezione dei rifiuti accumulati; dallo studio e dalla definizione di un piano regionale per lo smaltimento dei rifiuti solidi, ai fini di determinare i trattamenti applicabili in Sardegna ed accertare la loro soglia di convenienza economica;
- b. dalla ricostituzione delle scorte vive condizionata alla ristrutturazione degli allevamenti mediante la realizzazione di 13.000 posti-scrofa a ciclo integrale, 10.000 posti-scrofa a ciclo aperto e la ricostituzione di 23.000 fattrici.

Appare chiaro a questo punto - è questo il secondo gruppo di questioni alle quali si è fatto riferimento in premessa - che un piano così congegnato non può essere identificato esclusivamente come un piano specialistico di settore.

I problemi della zootecnia sarda, che versa da qualche anno in condizioni oggettive di grave degrado, sono tali e tanti che per la Sardegna la lotta contro la peste suina africana si presenta come una importante occasione storica per ricondurre ad un'impostazione unitaria tutto l'intervento di miglioramento zootecnico, del quale la salute animale è solo un aspetto per quanto importante.

Il dibattito che si è svolto in Sardegna a vari livelli ha posto in risalto che esiste la coscienza necessaria a compiere questo salto di qualità. La riuscita del piano infatti è affidata non solo alla sua ineccepibile definizione tecnico-scientifi-

stampe

ca (che ha avuto in sede CEE unanime apprezzamento), ma soprattutto alla partecipazione degli allevatori e degli operatori come alternativa alla passiva accettazione del servizio che, nel corso di questi anni, ha fatto fallire più di una iniziativa.

Le dimensioni economiche del problema, e conseguentemente quelle dell'intervento (130 miliardi nel triennio), qualificano infine il piano come un'iniziativa di valore nazionale, per l'apporto che il suo successo può dare sia al riequilibrio della bilancia agricolo-alimentare, sia al consolidamento in Sardegna del settore produttivo agro-pastorale destinato a recuperare il suo ruolo primario in una politica generale di sviluppo economico dell'Isola.

Riportato da: Severino Delogu - Membro del Comitato Tecnico-Scientifico -
Assessorato Igiene e Sanità Regione Autonoma Sardegna

INDICE

| | |
|--|--------------|
| Legionellosi | <u>pag.1</u> |
| Un focolaio di sospetta Tularemia: nota preliminare | <u>pag.4</u> |
| Tabella delle notifiche - settimana 8-14/6/82 | <u>pag.6</u> |
| Piano di eradicazione della peste suina africana nella Regione Sarda | <u>pag.7</u> |

INDEX

| | |
|---|--------------|
| Legionellosis | <u>pag.1</u> |
| A suspect outbreak of Tularemia: preliminary news | <u>pag.4</u> |
| Table of notications week 8-14/6/82 | <u>pag.6</u> |
| Eradication plan of African swine fever in Sardinia | <u>pag.7</u> |

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; tel.: 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. 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.