

Istituto superiore di sanità



BOLLETTINO
EPIDEMIOLOGICO
NAZIONALE 82/37

16 SETTEMBRE 1982

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

LEGIONELLOSI I PARTE

SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI A LIDO DI SAVIO (RAVENNA) 1981.

Tra il giugno ed il settembre 1980 fu accertata a Lido di Savio un'epidemia di malattia dei Legionari. L'epidemia, costituita da 23 casi, di cui 2 ad esito fatale, colpì gli ospiti di un albergo (vedi BEN 16 del 1981).

Nel luglio del 1981 il Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC) del Public Health Laboratory Service di Londra notificò l'accertamento di un nuovo caso di polmonite da Legionella associato con un altro albergo di Lido di Savio. Fu allora deciso di attuare un programma, proposto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), per la sorveglianza della legionellosi a Lido di Savio. La USL di Ravenna (n35) si incaricò della gestione, mentre per la parte tecnico-scientifica si resero disponibili lo stesso ISS e l'Istituto di Microbiologia dell'Università di Bologna.

Il programma di sorveglianza prevedeva tra l'altro:

- 1) di rilevare tutti i primi casi di legionellosi che insorgessero nei 52 alberghi di Lido di Savio;
- 2) di ricercare attivamente casi ulteriori tra gli ospiti degli alberghi che avessero soggiornato 10 giorni prima o dopo la data di insorgenza di un caso di cui al punto 1, e che, a causa dei tempi di incubazione della malattia (2-10 giorni), fossero partiti dal Lido di Savio prima di

ammalarsi.

Gli obiettivi che si volevano raggiungere erano i seguenti:

- a) fornire dati di natura epidemiologica al medico per una tempestiva diagnosi della malattia;
- b) descrivere l'incidenza e l'andamento dei casi di legionellosi nella popolazione a più alto rischio di Lido di Savio e cioè gli ospiti degli alberghi;
- c) evitare alle autorità sanitarie di essere prese alla sprovvista da avvenimenti connessi alla legionellosi.

Il 12 agosto 1981 per iniziativa del medico provinciale e dell'ufficiale sanitario di Ravenna fu organizzato un incontro per presentare i temi della sorveglianza. Erano rappresentati la Direzione Sanitaria dell' Ospedale civile di Ravenna, il Dispensario antitubercolare, il Servizio di medicina di base della USL, l'ufficiale sanitario di Cervia. Tra le altre cose, fu stabilito che per ogni cliente d'albergo con un'affezione diagnosticata come polmonite sospetta, si sarebbe dovuto riempire un questionario informativo ed eseguire un prelievo di sangue, allo scopo di individuare i primi casi. L'ISS si sarebbe incaricato delle ricerche successive per rintracciare i casi ulteriori.

Durante i rimanenti mesi del 1981 furono così rilevati 3 focolai epidemici associati ad altrettanti alberghi di Lido di Savio (tab. A).

Il punto 1 fu attuato più facilmente del previsto perché la maggior parte dei primi casi ebbe bisogno di cure ospedaliere sul posto.

Ammettendo che i giorni di incubazione (tra 2 e 10) fossero equiprobabili e che la distribuzione dei periodi di soggiorno della clientela fosse simile per tutti gli alberghi, si poté stimare del 57% la quota dei casi direttamente rilevabili a Lido di Savio (primi casi), i casi restanti dovevano quindi essere rilevati mediante il punto 2 della sorveglianza.

Su 3 epidemie identificate nel 1981, solo per una (albergo C) fu possibile procedere come previsto dal punto 2 perché la popolazione a rischio era costituita da 3 gruppi di persone riunite da un Circolo aziendale di Torino, e fu quindi possibile ottenere gli elenchi col nome e domicilio dei componenti dei gruppi. Per quel che riguarda le altre due epidemie, una (albergo A) si verificò in un albergo dove erano alloggiati prevalentemente gruppi di turisti inglesi per cui non si ritenne necessario intervenire, essendo questi ultimi coperti dal sistema di sorveglianza sulla legionellosi del CDSC inglese; l'altra in un albergo (B) il cui registro delle presenze non fu disponibile. Al riguardo si deve ammettere comunque, che quasi

sempre è estremamente difficile reperire delle persone mediante i dati del registro di albergo, in quanto nei registri sono riportati solo gli estremi di un documento di identità e per gli italiani la località di residenza.

Tabella A Sorveglianza sulla legionellosi a Lido di Savio, 1981.

Dati sulla legionellosi negli alberghi.

| n. caso | periodo del soggiorno | data di insorgenza | data di ricovero | sierodiagnosi * | | categoria |
|-----------|-----------------------|--------------------|------------------|-------------------------------------|------------|-------------|
| | | | | I titolo | II titolo | |
| Albergo A | | | | | | |
| 1 ** | 7-21/6 | NC | 22/6 | 32 ⁺ (22/6) ^o | 512(3/7) | accertato |
| 2 ** | 29/6-10/7 | 20/7 | NC | 256 | | presuntivo |
| 3 ** | 29/6-17/7 | NC/7 | NC | <64 | | compatibile |
| 4 ** | 29/6-18/7 | NC/7 | NC | 64 | | compatibile |
| 5 | 31/7-14/8 | 12/8 | 14/8 | 512(20/8) | | presuntivo |
| 6 ** | 31/7-14/8 | 16/8 | NC | 512 | | presuntivo |
| Albergo B | | | | | | |
| 1 | NC | 8/8 | 14/8 | 256 | | presuntivo |
| 2 | 3-15/8 | 12/8 | - | 2048 | | presuntivo |
| Albergo C | | | | | | |
| 1 | 20-27/9 | 24/9 | 27/9 | 128(16/10) | | presuntivo |
| 2 | 4-13/10 | 8/10 | 13/10 | <64(16/10) | 256(26/10) | accertato |
| 3 | 4-10/10 | 8/10 | 11/10 | ND | | compatibile |
| 4 | 4-17/10 | 9/10 | 19/10 | ND | | compatibile |
| 5 | 4-17/10 | 13/10 | - | ND | | compatibile |
| 6 | 4-15/10 | 14/10 | 23/10 | ND | | compatibile |
| 7 | 18-25/10 | 23/10 | 25/10 | 128 | 256 | presuntivo |
| 8 | 18-NC/10 | NC | NC | 128 | 256 | presuntivo |
| 9*** | 18-26/10 | 22/10 | 27/10 | 64 | 128 | presuntivo |
| 10*** | 18-28/10 | 27/10 | 28/10 | <64 | | compatibile |

+ Reciproco del titolo di anticorpi per L. pneumophila sierogruppo 1 (IFA test).

o Data del prelievo.

NC non conosciuto.

ND non determinato

* Determinazioni effettuate dal Laboratorio di malattie batteriche e virali dell'ISS.

** Dati forniti dal Communicable Diseases Surveillance Centre del Public Health Laboratory Service per l'Inghilterra e il Galles.

*** Determinazioni sierologiche effettuate dall'Istituto di microbiologia dell'Università di Bologna.

Commento alla tabella A

Si è definito caso una persona che si è ammalata con febbre ed interessamento polmonare (richiesta di accertamenti radiologici) durante e due settimane dopo il soggiorno in un albergo di Lido di Savio.

Si è definito accertato un caso con un aumento di 4 volte, per un valore massimo > 128 , del reciproco del titolo di anticorpi indirettamente fluorescenti (IFA test).

Si è definito presuntivo un caso epidemico con un reciproco del titolo minore o uguale a 128.

Si è definito compatibile un caso epidemico con un titolo minore di 128. L'albergo B era già stato associato all'epidemia di malattia dei Legionari del 1980.

L'età dei casi andava da 12 a 69 anni con un valore mediano di 52 anni, tutti i casi hanno avuto esito positivo.

Riportato da: Reparto Malattie Infettive
Laboratorio Epidemiologia e Biostatistica
Istituto Superiore di Sanità

V CONGRESSO INTERNAZIONALE DI PARASSITOLOGIA

Dal 7 al 14 agosto 1982 si è svolto a Toronto (Canada) il Quinto Congresso Internazionale di Parassitologia. Vi hanno partecipato 1400 congressisti di 81 nazioni. I lavori si sono articolati in ben 105 lezioni, gruppi di lavoro, seminari ed esposizioni di posters. I temi principali trattati sono stati i seguenti: 1) Immunologia; 2) Morfologia e Ultrastrutture; 3) Fisiologia e Biochimica; 4) Evoluzione e Rapporti Tassonomici; 5) Meccanismi Patogenetici; 6) Ecologia; 7) Epidemiologia e Zoonosi; 8) Terapia e Tossicologia; 9) Parassitologia Clinica e Diagnostica; 10) Economia e Amministrazione Sanitaria.

Speciali seminari sono stati dedicati alla Coccidiosi, alla Biologia e Controllo degli Artropodi negli Animali, alla Biochimica dei Parassiti, alla Trichinellosi, alla Giardiasi, ai Parassiti dei Pesci, alle Simbiosi Parassitarie, alle Raccolte dei Parassiti dei Musei.

La caratteristica principale emersa in questo Congresso è stata il passaggio da un atteggiamento di "difesa" ad un atteggiamento che definiremmo "aggressivo". Infatti negli ultimi decenni si era notato, da parte dei parassitologi (ma lo stesso deve essere notato da parte di tutti coloro che si interessano di malattie trasmissibili, con poche eccezioni) un atteggiamento "difensivo" conseguente al fatto che sembrava che le malattie parassitarie (e trasmissibili in genere) fossero in netto declino, e la loro importanza sociale ed economica stesse gradualmente riducendosi. Negli ultimi anni si è invece registrata una netta inversione di tendenza, sia nei Paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. Nei Paesi sviluppati si registrano, nell'uomo, sia problemi dovuti alla presenza di artropodi ed a malattie da essi trasmesse, sia problemi dovuti a parassiti intestinali, ed in particolare le amebe, la giardia, e l'emergente criptosporidio; in aumento pure le zoonosi da elminti, e sempre di grande attualità la toxoplasmosi. In aumento pure la teniasi (soprattutto da Taenia saginata ma anche da T. solium). La echinococcosi-iatidiosi costituisce un grave problema sia per la sanità dell'uomo che per il reddito della zootecnia in molti paesi: nelle zone settentrionali va emergendo la forma multiloculare. Gravissimi sono poi i danni causati alla zootecnia dalle parassitosi animali: s'è parlato di sottrazioni che (parliamo ancora di Paesi sviluppati) arrivano sino al 30% per certi tipi di allevamento.

Più grave è la situazione dei Paesi emergenti. Malattie come la malaria, la filariosi, la tripanosomiasi, la acilostomiasi, le schistosomiasi, l'amebiasi ed altre ancora continuano a colpire centinaia di milioni di persone, causando malattie, povertà e morte. Pure le malattie degli animali provocano danni tali da limitare lo sviluppo di questi Paesi: la FAO calcola perdite da malattie degli animali che spesso superano il 60%. L'incidenza delle parassitosi dell'uomo e degli animali costituisce pertanto uno dei fattori che distinguono il "Nord" dal "Sud" del mondo (stiamo usando una terminologia cara all'Organizzazione Mondiale della Sanità).

Da rilevare, infine, il fatto che i grandi spostamenti di masse per lavoro, turismo, disastri e guerre, trasportano spesso grandi parassitosi in Paesi che ne sono indenni, ed i cui servizi sanitari non sono preparati alla diagnosi ed alla profilassi.

Come si è detto, al Congresso Mondiale di Parassitologia è emersa una posizione chiaramente "aggressiva" dei parassitologi, per dare alla propria materia quello che essi ritengono sia il ruolo che le compete, in

difesa della salute e del benessere degli uomini e degli animali. Riteniamo che un siffatto atteggiamento non sia dettato solamente dal risalto obiettivo che i problemi parassitologici stanno avendo su scala mondiale, ma anche dalla necessità di difendersi dai tagli imposti dalla crisi economica: ad esempio negli Stati Uniti sono stati fortemente ridotti o chiusi Laboratori di ricerca che costituivano un vanto per quel Paese ed un punto di riferimento per le autorità sanitarie ed i parassitologi di tutto il mondo. Orbene, la risposta "aggressiva" dei ricercatori si è evidenziata presentando una vasta messe di lavori basati su tecnologie di citologia, di immunologia, di genetica, di biochimica cellulare, di biomatematica, di economia, di epidemiologia, ecc., avanzatissime, tali cioè non solo da far sospettare un rapidissimo sviluppo delle scienze parassitologiche, ma anche da proporre lo studio dei parassiti come un modernissimo e valido modello per lo studio di tutti i problemi biologici.

Di grande rilievo la presenza italiana. Come al solito ha fatto spicco il contributo del Prof. Mario Coluzzi, dell'Istituto di Parassitologia dell'Università di Roma, che ha presentato lavori e presieduto una Sezione sugli antropodi vettori. Validi contributi sono venuti pure dall'Istituto Superiore di Sanità, e dalle Facoltà di Medicina di Cagliari, Pavia e Perugia.

In occasione del Congresso si è riunita pure la Federazione Mondiale dei Parassitologi, che annovera 54 società di tutti i continenti. Presidente della Federazione è stato eletto Pedro Morera, professore di Parassitologia presso la Facoltà di Medicina del Costa Rica, laureatosi a Pavia. Segretario della Federazione è stato confermato Adriano Mantovani, che ha già ricoperto l'incarico per i quadrienni 1970-74, 1974-78 e 1978-82.

Riportato da: A. Mantovani
Professore di Malattie Infettive
Facoltà di Medicina Veterinaria
Università di Bologna

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 7/9/82 AL 13/9/82

| REGIONI | EPATITE VIRALE | FEBBRE TIFOIDE | MENINGITE MENING. | MORBILLO | SALMONELLOSI | PAROTITE EPIDEMICA | PERTOSSE | ROSOLIA | SCARLATINA | T.B.C. POLMONARE | T.B.C. EXTRAPOLM. | VARICELLA | BLENNORRAGIA | REDUCCISMO | BRUCELLOSI | DIPTERIE | DISENTERIA BACILL. | NEVIRASSIA VIRALI | SIFILIDE | POLIOMIELIT. | TETANO |
|----------------|----------------|----------------|-------------------|----------|--------------|--------------------|----------|---------|------------|------------------|-------------------|-----------|--------------|------------|------------|----------|--------------------|-------------------|----------|--------------|--------|
| ABBIAZZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASILICATA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CALABRIA | 2 | 2 | | | 1 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | | | | | | | | | | |
| CAMPANIA | 10 | 17 | 2 | 24 | 9 | 1 | 5 | | | 1 | | | 6 | | 2 | | | | | | |
| EMILIA ROMAGNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRIULI | 8 | 1 | | | 18 | 2 | 4 | 3 | | 5 | | 3 | | | | | | | 8 | | |
| LAZIO | 39 | 2 | | 10 | 13 | 15 | 50 | | 2 | 5 | 2 | 19 | 34 | | 1 | | | | 1 | 9 | 1 |
| LIGURIA | 36 | 1 | 2 | 2 | 16 | 6 | 11 | | 1 | 11 | | 8 | 1 | | | | | 2 | | | |
| LOMBARDIA | 65 | | 3 | 5 | 32 | 10 | 37 | | 7 | 17 | | 7 | 26 | 10 | | 3 | | | 1 | 3 | 1 |
| MARCHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOLISE | 6 | 1 | 2 | | 3 | | 7 | | | | | 1 | 3 | | | | | | | | |
| PILMONTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PUGLIA | 6 | 12 | 1 | | 1 | 5 | 9 | 38 | 1 | 7 | 3 | 7 | 2 | 2 | 5 | | | | | | |
| SARDEGNA | 17 | 9 | | 26 | 1 | 14 | 12 | | 3 | 2 | | 23 | 3 | | 1 | | | | 1 | | |
| SICILIA | 23 | 19 | 1 | 5 | 14 | 4 | 22 | | 4 | 1 | | 4 | 8 | 1 | 2 | | 12 | | | 2 | |
| TOSCANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UMBRIA | 5 | 3 | | 3 | 10 | 3 | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 2 | |
| VAL D'AOSTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VENETO | 43 | 3 | | 7 | 70 | 9 | 36 | | 3 | 15 | 1 | 9 | 2 | | 3 | | | | 1 | 2 | |
| BOLZANO | 3 | | | | 9 | | 1 | | 1 | | | 2 | 2 | | | | | | | 1 | |
| TRENTO | 2 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | |
| TOTALE | 411 | 70 | 11 | 84 | 208 | 85 | 226 | 19 | 24 | 57 | 6 | 112 | 62 | 3 | 19 | | 14 | 4 | 37 | | 2 |

NOTE: Calabria: dati relativi alla prov. di Cosenza; Friuli: 6/12 USL; Lazio: 41/59 USL; Liguria: 10/20 USL; Lombardia: mancano i dati relativi alla prov. di Brescia; Puglia: 53/55 USL; Sardegna: 15/22 USL; Sicilia: mancano i dati relativi alle prov. di Caltanissetta e Catania; Umbria: 8/12 USL; Veneto: 34/35 USL.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario, parzialmente finanziato dal CNR/Progetto Finalizzato Informatica.