

ANDAMENTO DELLA MENINGITE IN ITALIA

La Figura 1 riporta il numero dei casi di meningite meningococcica notificati in Italia nel periodo 1974-1983 che risulta oscillare intorno ai 700 per anno. Questi casi si concentrano soprattutto nel periodo invernale ed inizio primavera (Figura 2).

I casi notificati nelle prime 10 settimane dell'84 sono leggermente inferiori a quelli dell'analogo periodo dell'83 (125 contro 136), come risulta dalla Figura 3.

Non si può parlare pertanto di epidemia. L'andamento del tasso di letalità si è pressoché dimezzato dal 1960 al 1977 (Figura 4); ogni anno comunque ci aspettiamo circa 30 morti per meningite meningococcica.

Profilassi

Si richiama l'attenzione nel sottoporre a chemio-antibiotico profilassi solo coloro che hanno avuto un contatto diretto con un caso di meningite meningococcica.

Qualora il sierogruppo isolato risulti sensibile ai sulfamidici il farmaco di scelta è la Sulfadiazina al dosaggio di 1 gr. ogni 12 ore per 4 dosi.

Purtroppo è segnalato un sempre maggior numero di resistenze ai sulfamidici non solo per il sierogruppo C, ma anche per quello B.

FIGURA 1. CASI DI MENINGITE MENINGOCOCCICA IN ITALIA

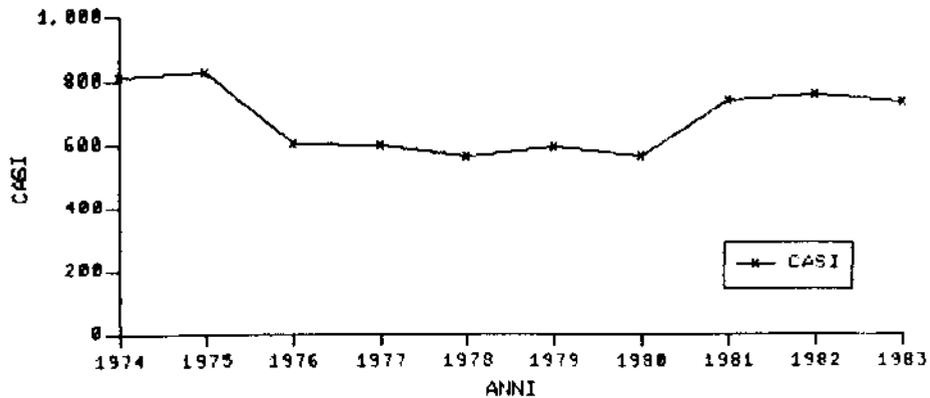
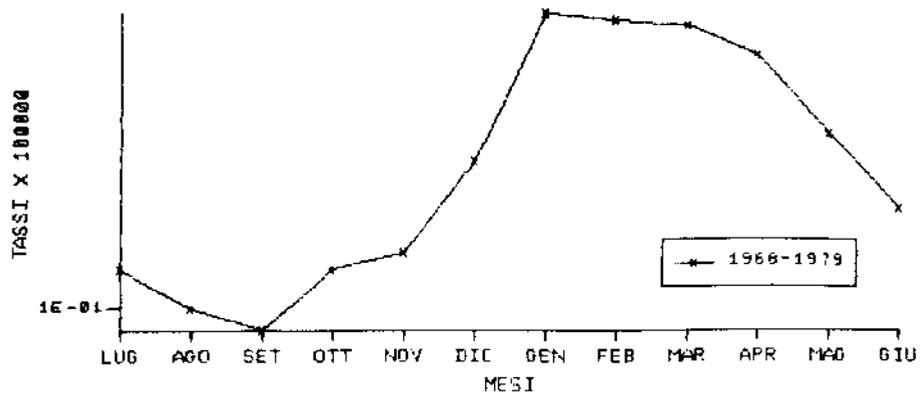


FIGURA 2. ANDAMENTO MENSILE DEI CASI DI MENINGITE MENINGOCOCCICA



Qualora l'agente causale sia resistente ai sulfamidici, è allora consigliabile la Rifampicina al dosaggio di 600 mg. ogni 12 ore per 4 dosi nell'adulto e 10 mg/proKg. ogni 12 ore per 4 dosi nel bambino.

L'uso di tale antibiotico presenta il seguente problema: il non corretto criterio di utilizzare per la profilassi di una malattia un antibiotico che è fondamentale per la terapia di altre malattie infettive (esempio T.B.C.).

Ulteriore alternativa è costituita dalla minociclina al dosaggio di 100 mg. ogni 12 ore per 5 giorni; può comunque comportare disturbi vestibolari.

E' altresì consigliabile la spiramicina al dosaggio di 1 capsula ogni 12 ore per 5 giorni.

Per quanto riguarda il vaccino vanno sottolineati i seguenti punti:

- 1) il vaccino è raccomandato dall'O.M.S. solo in caso di epidemia;
- 2) esiste solo per i sierogruppi A e C;
- 3) conferisce una risposta immunitaria valida solo dopo 10-14 giorni mentre il periodo di incubazione della malattia è inferiore a 10 giorni (in genere 6-7 giorni), per cui la chemioprophilassi è più opportuna in corso di normoendemia con casi sporadici.

Sulla base di questi elementi non è pertanto consigliabile la vaccinazione quale misura profilattica nell'attuale situazione epidemiologica.

FIGURA 3. CASI DI MENINGITE MENINGOCOCCICA IN ITALIA NELLE PRIME DIECI SETTIMANE

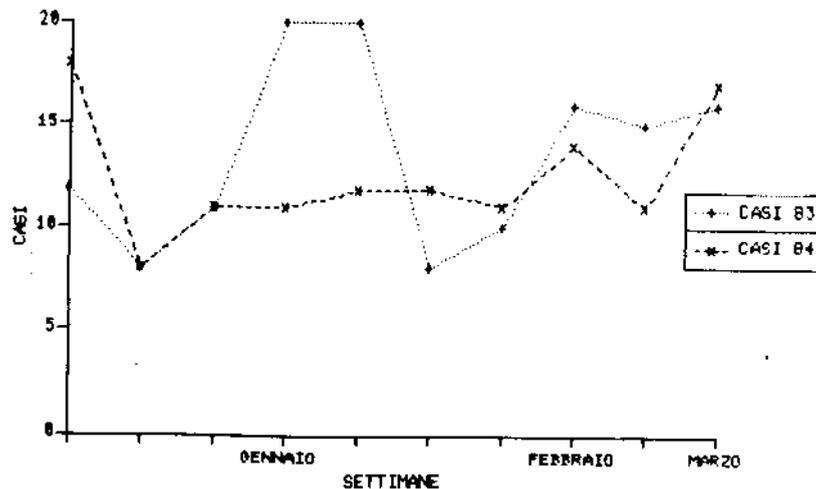
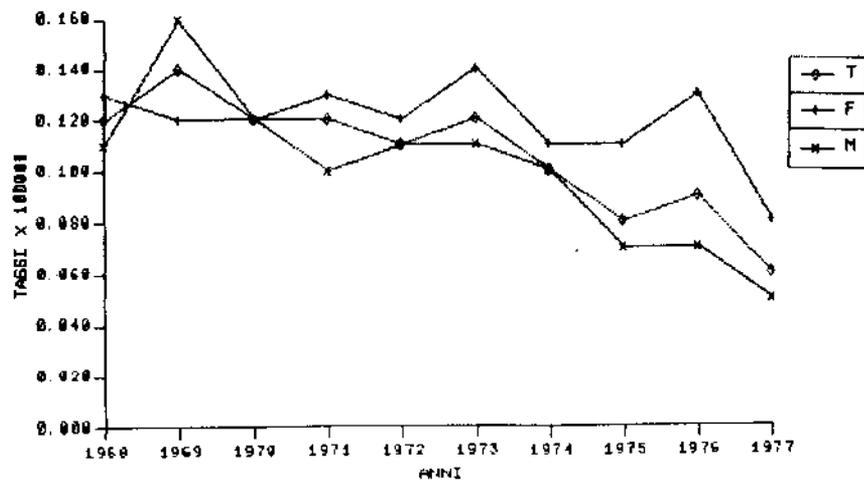


FIGURA 4. ANDAMENTO DEL TASSO DI MORTALITA' MASCHI
FEMMINE TOTALE INFEZIONE MENINGOCOCCICA
(ICD 036) ITALIA 1968-1977



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

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 13/3/84 AL 19/3/84

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPID.	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARlattINA	T. B. C. POLMONARE	T. B. C. EXTRAPOL.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERITE	DISSENTERIA BAC.	NEVRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO	
ABRUZZO																						
BASILICATA	5			26	6	15	7		1	1		25			2							
CALABRIA	8				1	5	1					3			1							
CAMPANIA	53	9	2	69	10	10	7	16	1	6	2	32			2			1				
EMILIA R.	56	1	2	154	12	116	28	63	47	4	4	612	9		2				24			
FRIULI	9		1	117	2	59	4	36	32	4		200						1				
LAZIO	72		8	626	4	95	19	77	38	6	5	423	36		7			2	23			2
LIGURIA	38		1	21	2	2	1	11	35	2		137	1									
LOMBARDIA																						
MARCHE	2			30		2	2	44				44										
MOLISE	1		1	1		14	3	4				13										
PIEMONTE																						
PUGLIA	151	48	4	185	1	159	16	20	3	3		143			6		3	1	3			
SARDEGNA	12		1	148		10	36	50	1			59						1	1			
SICILIA	44	3		39	20	14	10	3	1	1		43			7			1				
TOSCANA	33	2		28	8	100	25	103	37	2	1	337	2		3							
UMBRIA	4			8	3	15	8		4	1		46										
VAL D'AOSTA						1	3					4										
VENETO	51	1	3	257	18	109	23	53	91	13		320		12					5	2		1
BOLZANO	6			7	1	2	4	5	1			23										
TRENTO	4			4	2	1		4	3			4	10						2			

NOTE: Calabria: manca R.C; Emilia Romagna: 40/41 USL; Friuli: 9/12 USL; Lazio: 55/59 USL; Liguria: 12/20 USL; Marche: 7/24 USL; Sardegna: 19/22 USL; Toscana: 39/40 USL; Umbria: 8/12 USL.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario.

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

SORVEGLIANZA AIDS: ITALIA

I primi casi di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) furono notificati dai Centers for Disease Control (CDC) nel giugno 1981 (1).

Da allora le segnalazioni si sono continuamente moltiplicate sino a raggiungere, negli USA, un totale di 3.000 casi nel dicembre 1983 (2).

In Europa i casi accertati fino all'ottobre 1983 sono stati 268, di cui 94 in Francia che risulta il Paese più colpito (3).

In Italia, un Sistema Nazionale di Sorveglianza viene gestito dal Laboratorio di Epidemiologia dell'ISS e dal Centro Epidemiologico dell'Ospedale Specializzato per le Malattie Infettive "L. Spallanzani" di Roma.

I criteri utilizzati per la definizione di caso sono quelli dei CDC statunitensi, pubblicati su un precedente BEN (4), e diffusi dal Medico d'Italia, organo della Federazione dell'Ordine dei Medici.

Sono stati direttamente contattati gli specialisti considerati potenziali osservatori dei casi ed una messa a punto sull'argomento è stata curata sul BEN (5) e su organi di stampa ad elevata tiratura e capillare diffusione (6).

La scheda per la segnalazione di un caso, prodotta dai CDC è stata tradotta e diffusa a tutti i richiedenti.

Le segnalazioni, pervenute direttamente dai clinici o dagli Assessorati Regionali alla Sanità, sono state vagliate circa la rispondenza di segni e sintomi presenti in ogni singolo caso, con quelli indicati come propri della AIDS dai CDC.

I casi registrati in Italia, e riportati al Sistema di Sorveglianza al 31/1/84, sono sintetizzati in Tabella 1.

La ricerca dei contatti è stata eseguita con successo in tre dei quattro casi diagnosticati in Italia.

Sono inoltre pervenute numerose segnalazioni di sindrome linfadenopatica (LAS), considerata stadio prodromico dell'AIDS conclamato.

La scheda finora utilizzata ha dimostrato di consentire una rapida discriminazione dei casi sospetti, spesso anche senza un ulteriore supporto informativo da parte dei clinici curanti.

I responsabili delle singole strutture di diagnosi e cura sono invitati a trasmettere informazioni sull'evoluzione dei casi clinici conclamati.

TABELLA 1.

CASI⁽¹⁾ DI AIDS NOTIFICATI IN ITALIA AL SISTEMA
DI SORVEGLIANZA FINO AL 31.1.1984

Sesso	Età	Preferenza sessuale	Anno di esordio	Luogo di residenza	Diagnosticato	Viaggio o permanenza in	Tipo di malattia
M ⁽²⁾	?	Omosessuale	?	Milano/ /New York	USA	USA	?
M ⁽²⁾	51	Omosessuale	1981	Milano/ /New York	USA	USA	KS ⁽³⁾
M	27	Omosessuale	1983	Roma	Italia	Londra	Polmonite interstiziale/ /candidiasi muco-cutanea
.	42	Eterosessuale	1983	Roma	Italia	USA	KS orofaringeo
M	39	Omosessuale	1983	Roma	Italia	USA/ /Francia	KS disseminato
M	32	Omosessuale	1983	Roma	Italia	Venezuela	PCP ⁽⁴⁾ /candidiasi disseminata

(1) Tutti i pazienti sono viventi.

(2) Casi notificati al CDC, USA.

(3) KS: sarcoma di Kaposi.

(4) PCP: polmonite da *Pneumocystis carinii*.

Bibliografia

1. CDC. Pneumocystis pneumonia - Los Angeles. MMWR 1981; 30:250.
2. CDC. Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - United States. MMWR 1984; 32:688.
3. WHO. AIDS in Europ, Status quo 1983. European Journal of Cancer Clinical Oncology. In Press.
4. Sistema Sorveglianza AIDS. Sorveglianza della sindrome da immunodeficienza AIDS. BEN 1983; 27:1.
5. G. Ippolito, G. Rezza. Sindrome da immunodeficienza acquisita. BEN 1983; 12:1.
6. G. Ippolito. AIDS: una nuova sindrome infettiva. Sanità Telex 1983; 5:35.

Riportato da: Centro Epidemiologico - Ospedale Specializzato
per le Malattie Infettive "L. Spallanzani" - Roma

Reparto Malattie Infettive

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

Istituto Superiore di Sanità - Roma

STAMPE

In caso di mancato recapito restituire al mittente:
Bollettino Epidemiologico Nazionale
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299
00161 Roma

INDICE

ANDAMENTO DELLA MENINGITE IN ITALIA
TABELLA DELLE NOTIFICHE-SETTIMANA 13-19/3/1984
SORVEGLIANZA AIDS: ITALIA

INDEX

TRENDS OF MENINGOCOCCAL MENINGITIS IN
ITALY
TABLE OF NOTIFICATIONS-WEEK 13-19/3/1984
AIDS SURVEILLANCE: ITALY

Direttore Responsabile: Prof. Francesco Pocchiari
Reg. Trib. Roma 154/83 del 22/4/83

Il *Bollettino Epidemiologico Nazionale* è redatto presso il Reparto Malattie Infettive, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (Direttore: Prof. A. Zampieri) dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma, ed è riprodotto in proprio presso il Settore Editoriale dello stesso Istituto.

Relazioni scritte su casi, epidemie, rischi ambientali e del lavoro, o altri problemi di igiene pubblica, interessanti per gli operatori sanitari sono benaccette, e possono essere indirizzate, come qualsiasi altra comunicazione o richiesta, a:

Bollettino Epidemiologico Nazionale - Istituto Superiore di Sanità
- Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma.

Citazioni possono essere ammesse solo dietro richiesta.