

Il Vademecum del Viaggiatore presentato a TGO mostra convegno della Tecnologia e Gestione Ospedaliera

Fiera di Cremona 2-5 aprile 2008

A cura del Gruppo Interdisciplinare SIMeL Malattie Infettive (MI) e Risk Management (RM)

M. Schinella^a, G. Casiraghi^b

^aLaboratorio di Chimica Clinica e Microbiologia, Ospedale di Rovereto (TN)

^bDipartimento prevenzione, ASL della provincia di Como

Hanno riscosso interesse anche “giornalistico” i temi trattati nella sessione scientifica “La malattia del Viaggiatore e del Migrante e Medicina di Laboratorio” che i GdS MI e RM hanno organizzato nel corso della mostra convegno TGO.

Di seguito una breve sintesi dei temi trattati

Malattie ricomparse in Italia a causa dei recenti flussi migratori

Sono aumentati i casi di malaria, ma sono tutti legati a soggiorni in paesi tropicali dove viene contratta la malattia. Particolari accorgimenti vengono riservati dai sanitari a forme resistenti ai farmaci generalmente utilizzati, come nel caso di Tubercolosi multiresistente o a varianti dell'AIDS. Ma l'attenzione è rivolta anche alla difterite segnalata nei paesi dell'Est. A tal fine è essenziale il mantenimento della copertura vaccinale nei bambini, attraverso il vaccino esavalente (per Haemophilus Influentiae, Tetano, Difterite, epatite B, Pertosse, Poliomielite) e il trivalente MMR (Morbilli, parotite - Mumps in inglese, Rosolia) da noi chiamato MPR che ha superato il 90 % di copertura nei bambini sopra i 15 mesi. In Europa la sorveglianza sanitaria è la migliore a livello internazionale e possiamo affermare di avere un sistema articolato, supportato anche dal sistema di sorveglianza dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) che ci permette di fornire le indicazioni e le

azioni giuste per proteggerci adeguatamente. Tale sistema non è conosciuto sufficientemente dalla popolazione che tende ad allarmismi ingiustificati. La sorveglianza in atto prevede interventi per evitare pandemie di diversa natura e fornisce indicazioni indispensabili per la produzione di vaccini specifici. Le vaccinazioni rappresentano uno dei più efficaci strumenti di prevenzione a nostra disposizione. L'attuazione di strategie preventive basate sulla vaccinazione di massa ha consentito di ottenere nella maggior parte dei paesi sviluppati il controllo e l'eliminazione di molte malattie infettive che un tempo provocavano un gran numero di vittime e non di rado gravi invalidità nei sopravvissuti. L'obiettivo è quindi conservare questa protezione mantenendo in essere anche nell'adulto i livelli anticorpali contro le principali malattie, con richiami vaccinali.

Un discorso a parte va fatto per particolari epidemie legate alla comparsa di nuovi vettori sul suolo italiano e che possono veicolare diverse malattie. E' il caso dell'Aedes albopictus, meglio conosciuta come zanzara tigre che è oramai presente su tutto il territorio italiano e che è il primo imputato nei casi “romagnoli” di Chikungunya. Nel mondo veicola anche Dengue ed altre patologie: contrariamente alle altre zanzare punge di giorno. Altro vettore “sotto tiro” per i sanitari è Ixodes ricinus, una zecca capace di trasmettere patolo-

gie sia all'uomo che agli animali (Borreliosi, febbre Q, Erlichia, Babesia, ecc), sorvegliata attentamente soprattutto in Trentino e nel veneto.

Le malattie infettive sono senza frontiera?

Le malattie sono legate agli esseri viventi e come loro si spostano nel mondo. Per tale motivo è in funzione un sistema di allarme rapido e reazione (EWERS) in tutta Europa, che coinvolgere anche i paesi che si affacciano sul mediterraneo sia mediorientali che africani. Vanno interpretate da specialisti: sono presenti le segnalazioni delle malattie che possono dare Pandemie e quindi vengono segnalati gli "avvistamenti" di germi anche molto particolari come SARS, Influenza aviaria, meningococco. Tali allarmi hanno prodotto vere e proprie epidemie "medianiche", paura diffusa nella popolazione senza un pericolo reale. Compito di tale sistema transnazionale (che utilizza internet) è segnalare tutti i casi suscettibili di condurre ad epidemie, utilizzando sia le reti per malattie specifiche che di routine, sia i dati relativi a zoonosi. L'attenzione deve essere rivolta non solo alle malattie, ma anche e soprattutto i loro vettori.

Ci sono e quali sono gli ospedali in Italia che curano queste malattie?

In Italia praticamente ogni provincia dispone di un reparto per malattie infettive, rete sviluppatesi per le necessità e con i finanziamenti legati all'AIDS, ma che oggi riceve i casi di malaria d'importazione e rappresenta il punto di arrivo di tutte le malattie del viaggiatore e del migrante. In alcuni di tali ospedali si affianca l'Università con gli istituti e le cattedre di Igiene e Malattie Tropicali, Virologia, Microbiologia, che costituisce un serbatoio di conoscenze oggi indispensabile. Esistono anche da noi realtà importanti, ponte con la cooperazione internazionale come l'ospedale Negrar di Verona, il "Lazzaro Spallanzani" di Roma, l'Amedeo di Savoia di Torino ed anche l'Istituto di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia, con alcuni dei medici che svolgono alternativamente la loro attività in Italia e ad esempio, in Africa, acquisendo una invidiabile competenza.

Cosa significa comunicare, cosa significa fare counselling

Abbiamo assistito a vere e proprie "epidemie mediatiche" come la SARS, l'influenza aviaria o la meningite. Sono esempi eclatanti di mancanza di informazione o di informazione parziale o poco chiara. Limitarsi ai numeri o ai risultati provoca smarrimento. In prevenzione è normale disporre dei numeri, difficile è imparare a darne il peso reale per la gente. Si scambia il rischio per il pericolo. Il rischio sono conseguenze potenziali, mal definito e variabile, soggettivo ed oggettivo. Il pericolo al contrario prevede conseguenze

certe, è reale e concreto, definibile ed oggettivo. Imparare a comunicare il rischio diventa il principale lavoro del medico. Il counselling racchiude le tecniche di comunicazione verbale e non verbale che il medico deve conoscere e utilizzare per fornire una consulenza personalizzata ed adeguata ad ogni singolo viaggiatore o migrante. La comunicazione si gioca anche sull'atteggiamento, la voce, lo sguardo, i gesti, i supporti visivi, tutti mezzi per fornire il contenuto di conoscenza utile alla persona che impara a conoscere i rischi delle malattie infettive in questione.

Cosa fare in caso di diarrea, malaria, febbre gialla, Dengue, Chikungunya, West Nile, Filariosi, Leishmaniosi

Per la Diarrea il discorso è difficile perché sono implicati un numero impressionante di microrganismi, dai batteri ai virus, dai protozoi ai parassiti di maggiori dimensioni. Vaccinarsi prima della partenza contro la febbre tifoide e contro l'epatite A diventa strategico proprio per una copertura contro queste due di discreta rilevanza. La vaccinazione orale contro il Colera va riservata alle zone in cui sappiamo essere in corso epidemie. La febbre gialla è una malattia mortale, che fa parte delle febbri emorragiche maligne, come Ebola, e quindi la soluzione è la vaccinazione con virus vivo attenuato. L'OMS ha una rete internazionale, che in Italia coincide con gli ambulatori delle ASL (settore prevenzione), proprio per evitare che dalle miniepidemie locali la febbre gialla si diffonda nel mondo. Tali Centri rilasciano un libretto internazionale di effettuata vaccinazione (giallo) che attesta la validità del vaccino per dieci anni. La lingua Swahili ha dato il nome a due febbri emorragiche "minori", Dengue – attacco di crampi – e Chikungunya – colui che cammina piegato. Sono malattie a bassa mortalità, per le quali non disponiamo ancora di vaccini, la terapia si basa su antinfiammatori e riposo. Per la Dengue (4 sierotipi) la gravità del decorso è correlata al ceppo virale, all'età e allo stato immunitario del soggetto colpito (predisposizione genetica). La Chikungunya, di cui non disponiamo di vaccino, è di grande attualità; in Francia nel 2006 ha causato allarme per l'epidemia che ha coinvolto più di 200.000 malati nelle isole di La Reunion. Isolata per la prima volta in Uganda nel 1953, è migrata nell'oceano indiano e nel sud est asiatico per poi ritornare nel 2006 nelle isole dell'oceano indiano (epidemia alle Seychelles circa 4000 casi) e dare una miniepidemia nell'agosto scorso in Romagna (circa 150 casi). West Nile è un quadro mal definito, anche perché in Italia non viene eseguita la ricerca nei Laboratori. Sappiamo che provoca encefalite negli equini, che vi sono stati casi nei cavalli in Toscana ed in Provenza. Gli statunitensi hanno creato una task force presso il CDC (Center for Diseases Control) di Atlanta per lo studio di tale patologia, veicolata dall'Aedes, che sta rivisitando le percentuali dell'infezione (80% asintomatica, 20%

febbre ed altri sintomi, 0,1-1 % fatale). Per le Filariasi, in particolare per le microfilarie e per le Leishmaniosi la probabilità di contagio per il viaggiatore è molto rara, mentre viene riscontrata più facilmente nei migranti. Per la malaria, bisogna fare un discorso a parte

Ci sono zone più a rischio nel mondo per diverse malattie?

Sicuramente l'Africa è da considerare la zona del mondo più a rischio, in particolare per la malaria ma anche per la maggior parte delle altre patologie. Vi è la cosiddetta "cintura della meningite" e, mentre da noi il timore per il meningococco è francamente irrazionale, non così nell'Africa centrale dove sono presenti la maggior parte dei sierotipi, con il Burkina Faso che detiene il non invidiabile primato di paese più colpito. A dispetto del rischio apparentemente basso, l'importanza della prevenzione della malaria è strategico. Non a caso National Geographic nel luglio del 2007 ha dedicato la copertina e la maggior parte del numero alla malaria: in uno degli articoli viene data una definizione eclatante "il male dei poveri". Ciò è tanto più vero se si pensa che ogni anno contraggono la malattia quasi mezzo miliardo di persone, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. Vi sono quattro diversi tipi di plasmodio (*falciparum*, *ovale*, *vivax* e *malariae*), il protozoo veicolato da molte specie di "mosquitos" nelle diverse zone del

globo. Il più temibile e principale in Africa è il *falciparum*, che rappresenta circa l'85% dei casi riscontrati tra viaggiatori e migranti in Lombardia. Per la malaria d'importazione (regione Lombardia 1996-2002) il 91% della provenienza riguarda l'Africa, il 7% l'Asia e il 2% l'America latina. La provenienza dall'Africa centrale rappresenta il 70 % di tutti i casi africani. Significativo il fatto che il Sudafrica, non riuscendo a contenere il diffondersi della malattia, dal 2000 si è tornati all'utilizzo del DDT come insetticida, pur se utilizzato solo in ambienti chiusi, ottenendo la riduzione da oltre 65.000 casi anno (2000) a meno di 8000 (2005) grazie anche ad un cocktail di farmaci che comprende l'Artemisina (estratto da una pianta, l'artemisia), non commercializzata in Italia.

Indirizzi utili internet

(data di consultazione: 2.4.2008)

- http://www.simvim.it/centri_medicina.asp
- <http://www.travmed.com/>
- http://www.firstminute.it/medicina_e_salute_in_viaggio.htm
- Ospedale Negrar - Verona [http://www.sacrocuore.it/area medica centro malattie tropicali](http://www.sacrocuore.it/area_medica_centro_malattie_tropicali)
- Ospedale Spallanzani - Roma <http://www.inmi.it/>
- Università Brescia: Malattie Infettive <http://www.infettivibrescia.it/TropMed/index.htm>
- Ospedale Amedeo di Savoia Torino <http://www.ilgirodelmondo.it/>