BENIAMINO CONDINI

LA PROBLEMATICA ODIERNA DELLE MALATTIE INFETTIVE

Considerazioni in tema di malattie infettive

Negli ultimi decenni si è verificato in Italia una notevole riduzione della mortalità per malattie infettive, dovuta solo in parte alla diminuzione della morbosità, ma soprattutto si deve alla introduzione ed al massiccio uso degli antibiotici, alla realizzazione di programmi di immunizzazione specifica (vaccinazioni) nei confronti di alcune malattie, e l'attuazione di bonifica ambientale. Ma certamente non è che le malattie infettive siano ormai in via di estinzione per l'impiego degli antibiotici, dei vaccini e della bonifica ambientale. Non è assolutamente vero anche se le malattie infettive hanno subìto, nel tempo, una profonda modificazione sul piano epidemiologico e su quello della mortalità e morbosità.

Dobbiamo riconoscere a Paolo Ehrlich il merito di avere scoperto i primi chemioterapici (1905), ma è necessario arrivare al 1935 con la scoperta di Domagk relativa ai sulfamidici (prontosil), con la successiva scoperta di Fleming (1942) della penicillina, e di Wacksmann (1947) della streptomicina. Altri potenti antibiotici sono stati scoperti e studiati, fino ai più recenti e la ricerca scientifica continua. In pratica oggi conosciamo chemioantibiotici efficaci contro quasi tutti gli agenti infettivi noti, ad esclusione dei virus. Per i virus, c'è un vuoto terapeutico e solo alcuni di essi, come i virus herpetici, sembrano sensibili ai chemioterapici. Per molti altri di essi esiste però la possibilità di prevenzione mediante la vaccinazione: poliomielite, morbillo, rosolia, parotite, ecc.

Le vaccinazioni rappresentano l'esempio più classico degli interventi di medicina preventiva. Esse permettono di ottenere risultati che un secolo fa era difficile immaginare. L'epidemiologia di alcune malattie infettive (tubercolosi, difterite, tetano, pertosse, morbillo, ecc.) è ormai molto modificata dalle vaccinazioni corrispondenti.

È ben noto che per le malattie infettive, la profilassi deve essere doppia: *aspecifica* e *specifica*. La prima è basata su provvedimenti di ordine generale che potranno incidere globalmente sulla diffusione delle malattie infettive; quindi è sempre necessaria l'educazione sanitaria, con una capillare informazione nelle scuole, da continuare nelle fabbriche e sul territorio, e con la razionalizzazione dell'impiego degli antibiotici. La seconda, *la specifica*, è basata: sulle vaccinazioni correttamente eseguite e «richiamate» (le vaccinazioni provocano una immunizzazione attiva che si instaura lentamente, ma duratura, se correttamente eseguite e periodicamente richiamate, con vaccini antibatterici e antivirali); sulle «immunoglobuline» che danno una difesa temporanea; sulla «chemio-antibiotico profilassi» che è possibile per alcune malattie, da mettersi in atto nella eventualità di un contagio, tenendo presente che i chemioantibiotici proteggono dall'infezione, limitatamente al periodo di assunzione (malaria, peste, tubercolosi, infezioni meningee, scarlattina ecc.). La ricerca scientifica continua, sia per la ricerca di nuovi vaccini, chemio-antibiotici, e nel campo della immunologia. Le tabelle 1, 2, 3, che seguono, servono a meglio chiarire quanto abbiamo, in sintesi, riassunto:

Tab. 1 - MALATTIE PROTETTE DA VACCINO SECONDO IL PERIODO DI INTRODUZIONE DELLA VACCINAZIONE RELATIVA

da De Bac

Periodo	Malattie protette	
1798-1950	Vaiolo, febbre gialla	Colera
	Rabbia	Febbre tifoidea
	Influenza	Difterite
	Tifo	Tubercolosi
	Encefalite giapponese B	Pertosse
	Encefalite russa primaverile-estiva	Tetano
1950-1980	Morbillo	Adenovirosi
	Parotite	Polmonite pneumococcica
	Rosolia	Meningite menigococcica A e C
	Poliomielite	Rabbia (vaccino migliorato)
1980 e oltre	Epatite B	Infezione da parainfluenza 1, 2 e 3
	Epattie A	Gastroenterite da rotavirus
	Epatite nonA-nonB	Gastroenterite da agente di Norwalk
	Herpes simplex 1 e 2	Infezione da *Haemophilus influenzae B*
	Mononucleosi	Infezione da *Streptococcus B*
	Varicella	Sepsi da gram-negativi
	Infezione da citomegalovirus	Gonorrea
	Infezione da virus respiratorio sinciziale	Carie dentale (in corso)

Tab. 2 - COMPOSIZIONE DEI DIVERSI VACCINI IN COMMERCIO

da De Bac

Antibatterici	Germi uccisi	Tifo	Pertosse
		Colera	
	Germi attenuati	Tubercolosi	
	Anatossine	Difterite	
		Tetano	
	Polisaccaridi capsulati	Meningococco	
		Pneumococco	
Antivirali	Virus uccisi	Influenza	Salk-Polio
		Rabbia	
	Virus attenuati	Vaiolo	Febbre gialla
		Influenza	Polio
		Morbillo	Parotite
		Rosolia	Rabbia
	Subunità virali	Influenza	
		Epatite B	

Tab. 3 - L'IMMUNITA' DOPO LE VACCINAZIONI

da Moroni

VACCINI	INIZIO DELL'IMMUNITÀ DOPO	DURATA DELL'IMMUNITÀ
Colera	8 giorni dalla 2ª dose	6 mesi
Difterite	5 giorni dalla 2ª dose	3 anni
Febbre gialla	8 giorni	10 anni
Febbre tifoide (per via par.)	8 giorni dalla 2ª dose	3 anni
Febbre tifoide (per os)	3 giorni dalla 3ª dose	6 mesi
Influenza	8 giorni	6 mesi
Lebbra (B.C.G.)	1 mese	permanente
Lebbra (*marianum*)	dopo la 3ª dose	5 anni
Leptospirosi	8 giorni dalla 2ª dose	1 anno
Morbillo	15 giorni	permanente
Paratifi	8 giorni dalla 2ª dose	3 anni
Parotite	12 giorni	permanente
Pertosse	8 giorni dalla 2ª dose	2 anni
Peste	10 giorni dalla 1ª dose	6 mesi
Polio tipo Sabin trivalente	8 giorni	permanente
Rabbia	15 giorni dalla 1ª dose	5 anni
Rosolia	15 giorni	almeno 5-10 anni
Tetano	5 giorni dalla 2ª dose	5-10 anni
Tifo esantematico	8 giorni dalla 2ª dose	1 anno
Tracoma	10 giorni	9 mesi
Tubercolosi (B.C.G.)	1 mese	permanente
Vaiolo	15 giorni	3-5 anni

Oggi il problema principale è quello di estendere all'intera umanità i benefici delle vaccinazioni più utili. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O. = O.M.S.) si è prefissa, come ha fatto per il vaiolo, l'eredicazione, e quindi «Il Programma Allargato di Vaccinazioni», che consiste nel rendere accessibile a tutti i bambini del mondo, entro l'anno 1990, le vaccinazioni disponibili contro le 6 malattie tra le più mortali e invalidanti: difterite, tetano, pertosse, morbillo, poliomielite e tubercolosi.

«Abbastanza paradossalmente, la letteratura consacrata alle vaccinazioni, è modesta, non approfondita ed inadeguata, rispetto al valore della loro applicazione» (M. Rey, Paris 1980).

Come abbiamo precedentemente fatto osservare, la chemio-antibiotico-terapia è sempre in continua evoluzione e perfezionamento, come le vaccinazioni, ed ha permesso di combattere efficacemente le malattie infettive. Però l'esistenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, la possibile infezione dipendente da microrganismi finora non noti, o ritenuti innocui, la comparsa di temibili forme infettive da «importazione», stanno a dimostrare la complessità che investe il problema odierno delle malattie infettive. La patologia infettiva ha subìto negli ultimi decenni sensibili modificazioni. Sono «mutati» non solo gli agenti più frequentemente in causa e non pochi aspetti epidemiologici, ma pure numerose ed importanti espressioni cliniche! Ciò ha ingenerato, anche in ambienti scientifici, il convincimento che le malattie infettive fossero destinate a estinguersi rapidamente. Ma osservazioni di ogni giorno, purtroppo, costringono a considerare come una simile opinione derivi esclusivamente dall'avere confuso la patomorfosi delle infezioni con la loro scomparsa. Swartz (1979) acutamente avanza il sospetto che il «famoso vaso di Pandora» della mitologia, non sia ancora vuoto e che nuove, sconosciute forme morbose continuino ad uscirne! E infatti, «l'infettivologia» si occupa della prevenzione di un gruppo di malattie materno-fetali detto «Complesso Torch», che dalle iniziali, significa: Toxoplasmosi-Rosolia, Citomegalovirus, Herpes: nonché, con minore frequenza, di altri agenti etiologici che possono, tramite una infezione materna, provocare gravi malformazioni e la morte del feto.

Nel settore delle malattie infettive, per la loro incidenza e per le difficoltà che si incontrano nella prevenzione, una particolare attenzione meritano le «infezioni ospedaliere». È un fenomeno progressivo quello delle infezioni che vengono acquisite all'interno dei reparti di degenza, da soggetti con deficienti difese immunitarie (neonati immaturi, pazienti anziani con neoplasie, o indotte dalla stessa terapia). Esistono infatti delle infezioni che aggrediscono i pazienti sottoposti ad indagini invasive o a

trattamenti medici o chirurgici (trapianti) che finiscono per aprire nuove vie all'aggressione di agenti infettivi che possono diventare pericolosi. Infatti la varietà dei microrganismi coinvolti, i proteiformi quadri clinici e la necessità di monitoraggio diagnostico-terapeutico, esigono disponibilità di strutture di laboratorio (virologia, microbiologia, parassitologia, micologia, microscopia elettronica) che siano di adeguato supporto al clinico.

Nella valutazione del problema attuale delle malattie infettive, si evidenzia con preoccupante frequenza il «ritorno» ed il «diffondersi» di infezioni che si credevano domate, come ad esempio la «*tubercolosi*» (1) e la comparsa di infezioni ed epidemie di forme finora da noi poco note o sconosciute. È il caso della «Legionella pneumophila» o Malattia dei Legionari, e della «Yersinia enterocolitica», la cui frequenza come agenti patogeni è enormemente aumentata (2).

Un'altra malattia altrettanto tendente alla diffusione è la «*yersinia enterocolitica*» data da un bacterio Gram-negativo, stretto parente del bacillo della peste (Yersinia pestis) e di quello della pseudotubercolosi

---

(1) «La *tubercolosi*» (malattia un po' lontana dalla routine diagnostica, purtroppo!) che assume aspetti importanti per la sua diffusione e per il frequente arrivo sul nostro territorio – e senza controlli –, di numerosissime persone provenienti da Paesi con larga presenza di questa malattia: turisti, persone delle ambasciate, lavoratori clandestini, specialmente personale che entra nelle famiglie per la collaborazione ai servizi domestici, e molti altri. L'Unione Internazionale contro la Tubercolosi (1977) ritiene che nel mondo vi siano circa 4 milioni di casi di tbc polmonare positivi all'esame dell'espettorato, più altre forme di tbc. La tubercolosi polmonare, da noi guaribile nel 90% dei casi, purché tempestivamente diagnosticata e curata, è a sua volta entrata in una nuova fase di diffusione. Le cifre segnalano che in Italia e negli altri Paesi Occidentali, sono aumentati i ricoveri per tbc polmonare ed extrapolmonare e le indagini statistiche denunciano un ritardo nella diagnosi, con forme più gravi (anche se oligosintomatiche) e in età più giovani; tutti segni che ci richiamano alla necessità di più rigorosi accertamenti diagnostici. Le cifre emerse alla XXXV Conferenza Mondiale della Tubercolosi e delle Malattie respiratorie (febbraio 1983), ci dicono che le persone con tbc attiva sono circa 20 milioni, di cui almeno la metà sono casi di tbc polmonare batteriologicamente positiva e quindi, contagiante. Ogni anno i nuovi casi di tbc contagiante sono almeno 4 milioni, per lo più in Asia, Africa, America Latina, ove vivono i due terzi della popolazione mondiale e dove ogni anno si riversano milioni di turisti provenienti da ogni parte del mondo. Sono tutti elementi che dovrebbero fare ricordare che certe patologie non si sono estinte, ma che invece colpiscono ancora, anche in modo subdolo. Non dimentichiamo la chemio-antibiotico profilassi e la vaccinazione, specie in età ad alto rischio!

(2) «*Legionella pneumophila*» nota col nome di «Malattia dei Legionari o Legion Disease o Legionär Krankheit», agente patogeno di gravi forme di broncopolmonite, è data da un bacterio Gram negativo, che non ha ancora una definitiva classificazione (forse Ricketsie?). L'infezione avviene per via aerogena. La prima comparsa di questa forma epidemica si manifestò nell'estate 1976 a Philadelphia (U.S.A.) con 179 casi dei quali 28 mortali, in un Hotel ove si erano radunati dei Legionari Veterani, da cui il nome di questa malattia. Attualmente si sono avuti anche in Europa focolai epidemici con ancora alta mortalità (30%). Dagli esperimenti in vitro sembra che la Legionella pneu. sia sensibile alla eritromicina e alla tetraciclina.

(Yersinia pseudotubercolosis). Dal punto di vista microbiologico, accanto alla Yersinia pestis, ci sono ancora due Yersinie importanti e patogene anche per l'uomo, e sono la «Yersinia pseudotubercolosis» (diffusa tra roditori e uccelli) e la «Yersinia enterocolitica» (conigli, maiali e cani) e che nel 1981 sono da molti autori classificate nella famiglia delle «Enterobatteriacee». Tutte tre erano prima classificate nel «genere Pasteurella» (fam. Brucelle). Alcuni caratteri però le differenziano dal gen. Pasteurella. La yersinia enterocolitica è nota da mezzo secolo come agente di rare infezioni enterocolitiche nell'uomo. Detta infezione in questi ultimi anni ha raggiunto una diffusione epidemica enormemente aumentata: dalle poche decine di casi segnalati nel 1966, alle molte migliaia registrate nel decennio 1970-81. Inoltre, mentre la sua diffusione era limitata e in forma sporadica al Nord Europa e Nord America, ora, non solo è molto diffusa in quell'area, ma ha ormai invaso tutto il mondo, indipendentemente dalla latitudine. Ed in fine, risulta che l'azione patogena della Y. E., pure localizzandosi nell'intestino e nei gangli mesenterici, può dar luogo a sintomi extradigestivi (eritema nodoso, artrite, sepsi, osteiti, infezioni urinarie, oculari e broncopolmonari) in funzione dell'età del paziente, del sesso, del fenotipo, o di tare ereditarie o viscerali, in forma primaria, o come superinfezione secondaria. La sua presenza è stata riscontrata in portatori sani e in molte forme criptogenetiche di enterocolite. L'infezione si contrae probabilmente per via digestiva: sono stati descritti episodi epidemici in comunità scolastiche da latte infetto, da alimenti congelati ecc. La diagnosi è batteriologica (tipizzazione). È sensibile a molti antibiotici (strepto, tetracicl, caf e molti altri).

Patologia da «importazione».

Il fenomeno attuale più appariscente è senza dubbio l'aumento in Italia e negli altri Paesi Europei e negli U.S.A., delle «*parassitosi di importazione*» (detta anche patologia tropicale da importazione).

Nei Paesi Europei gli operatori sanitari sono sempre più spesso chiamati ad affrontare patologie tropicali d'importazione. Queste malattie si vanno diffondendo sia per il maggior numero di immigrati di colore, sia per l'aumento degli scambi commerciali, per le importazioni di materie semilavorate, sia per gli spostamenti in Paesi tropicali per motivi di lavoro e per turismo. Infatti il grande sviluppo degli scambi commerciali, i lunghi soggiorni all'Estero per lavoro o per turismo, le rapide vie di comunicazione, hanno praticamente annullato le barriere sanitarie.

La prevenzione di tali malattie è un problema complesso e difficile. A differenza di molte malattie batteriche e da virus, per le malattie parassitarie non sono ancora disponibili efficaci vaccini. L'intensificarsi degli scambi turistico-commerciali con i Paesi tropicali e subtropicali, accanto al riproporsi di patologie il cui iter diagnostico terapeutico è ancora forse sconosciuto a molti medici – è il caso della «*malaria da importazione*» ([3]) che miete vittime tra i viaggiatori internazionali, o della pericolosa «amebiasi» – favorisce sempre il rischio di introduzione anche in Italia di temibili «nuove» malattie emorragiche virali, febbri provocate da nuovi virus ad altissima diffusibilità e letalità, anche tra il personale medico e paramedico che, non dotato delle opportune strutture «ad alto isolamento» avvicini questi pazienti con tutti i rischi che è dato immaginare. Oltre la malaria e l'amebiasi (a torto ritenuta malattia esclusivamente tropicale) accenniamo alla «schistosomiasi» (bilharziosi) diffusa in molte regioni dell'Africa, in Medio e Estremo Oriente, in America-Centro meridionale, dovuta a diverse specie di «*Schistosomi*», piccoli vermi le cui larve vivono nell'acqua dolce e infettano l'uomo, penetrando attraverso la pelle e per ingestione di acque infette ([4]).

Gli episodi epidemici che queste malattie provocano sono, a volte, clamorosi. Molteplici sono, come è noto, le etiologie: protozoarie, batte-

---

([3]) *La malaria* «da importazione»: un altro preoccupante segno di ripresa di una patologia considerata ormai estranea al mondo occidentale è la «malaria»! La malaria si pone oggi come evento remoto che in fase di diagnosi sembra difficile oggi ipotizzare a meno che il medico non ne abbia osservato direttamente le manifestazioni del Plasmodium malariae nelle sue tre varietà: Pl. vivax (terzana), Pl. malariae (quartana) e Pl. falciparum (tropicale) e del suo ospite intermedio, la zanzara Anopheles. I successi della prevenzione e della lotta antimalarica, fecero gradualmente dimenticare la malaria! Oggi sappiamo che la malaria ha ripreso a mietere vittime anche al di fuori delle regioni dell'America Centro Meridionale e dell'Africa Centrale ove è sempre allo stato endemico. Ma anche in molte zone dell'Asia, dell'Estremo Oriente e in particolare ora anche nella zona di Singapore, di Hong-Kong dove questa malattia è assai diffusa. Nonostante ciò poco o nulla si fa a livello sanitario di informazione, di documentazione turistica per mettere in guardia contro questo rischio, che masse di turisti italiani, ed anche altri, corrono quando si recano nelle regioni ove la malaria è endemica. In tutti i casi il medico deve seriamente consigliare la chemio-profilassi «prima» «durante» e «dopo» il viaggio e per qualche settimana, con i medicamenti già noti, efficaci e collaudati (clorochina ecc.), e altri *nuovi* (Pirimetamina, Sulfadossina: Maloprima, Fanasil, Fansidar, ecc.) per le forme resistenti tropicali.

([4]) *Schistosomiasi* o *bilharziosi*: sono parassitosi diffuse particolarmente in Africa (Egitto, Sudan, Zaire, Etiopia, Rodesia), in Asia (Arabia, Irak ed Iran; in Medio ed Estremo Oriente), in Sud-America ecc., causate da «trematodi del genere schistosoma» e caratterizzate, a seconda della specie, da sintomatologia clinica a carico degli apparati urinario, digestivo, polmonare, milza, sistema artero-venoso. Gli schistosomi interessanti la patologia umana (*ospite definitivo l'uomo*) sono: *Schistosoma Haematobium* che determina la schistosomiasi vescicale, molto diffuso in Africa ed Asia, con «*ospite intermedio*» un gasteropodo di acqua dolce del gen. bolinus e si trasmette con le

riche, virali, micotiche ecc. Così molti casi di «diarree» sono causati da un folto gruppo di agenti virali o similvirali, sindromi febbrili emorragiche trasmesse da insetti, da diffusione di tipo pandemico dello «Enterovirus 70», agente etiologico che ha già provocato in Asia e in Africa decine di migliaia di casi ecc.

Da tutto questo, appare evidente la necessità che il problema delle «infezioni da importazione», specie tropicali, venga affrontato con serietà e maggiore attenzione e che anche in Italia vengano individuati dei «Centri» da abilitare al ricovero di tali pazienti, stabilendo anche i mezzi ed i collegamenti per il loro immediato trasporto «in alta sicurezza» dalle principali stazioni aereo-portuali nazionali al luogo di cura.

I notevoli successi ottenuti nei confronti delle malattie infettive non autorizzano però a desistere dalle provvidenze messe in atto per debellarle in modo definitivo; emergono di contro elementi che evidenziano una tendenza alla loro ripresa e alla importazione di forme endemiche in altri Paesi, segnalati anche negli ultimi Congressi di Esperti (1982 e 1983). Le cause molteplici e complesse di queste riprese si possono riassumere con: l'abuso dei chemioantibiotici e la sopravvenuta resistenza batterica; il permanere a lungo in ambienti «confinati» (locali pubblici, raduni, ambienti chiusi e affollati) contribuisce all'incremento delle malattie aerodiffusibili; l'uso non corretto dei pesticidi in agricoltura, l'organizzazione a carattere industriale della produzione di alimenti di origine animale, che comporta l'allevamento in ambienti di dimensioni ridotte, mangimi non controllati, creando così la base per la maggiore incidenza di salmonellosi minori, tossicosi, e la comparsa di nuove specie di microrganismi enteritogeni; la facilità di movimento delle persone e l'incremento dei trasferimenti (turismo, lavoro, viaggi in comitiva), soprattutto per via aerea e quindi con tempi di spostamento assai brevi, frequenti nei Paesi o Zone

---

urine; *Schistosoma Mansoni*, che determina la schistosomiasi intestinale, diffusa come lo Sch. Haemat. in Africa ed Asia, con «ospite intermedio» il genere «biomphalaria» e si trasmette con le feci ed acque infette; *Schistosoma Japonicum* determina la schistosomiasi arterovenosa (colon, fegato, milza, mesentere), molto diffuso in Estremo Oriente (Giappone, Formosa, Filippine) con «ospite intermedio» un gasteropodo, genere «oncomelania», con trasmissione fecale. Sono 3 specie di trematodi parassitanti i vasi sanguigni, con ospite definitivo l'uomo ed ospite intermedio un mollusco gasteropodo. Brevemente: il «*ciclo biologico*» inizia con la eliminazione delle uova con le orine, feci, dell'uomo infestato; raggiungono l'acqua dolce (20°) e schiudendosi, liberano una *larva completa*, il «*miracidio*» che, trovato un mollusco idoneo (ospite intermedio) si trasforma in «*cercaria*», e che per via transcutanea o digestiva (acqua infetta), infesta l'uomo (ospite definitivo) guadagnando successivamente, per via ematica, il sistema arterovenoso si trasferisce nei territori elettivi, nei vasi sanguigni nei quali avviene la maturazione in vermi bisessuali che, dopo l'accoppiamento, producono le uova; queste verranno poi eliminate all'esterno con le urine o le feci dell'uomo infestato.

con assai diversi livelli di incidenza delle malattie infettive; l'estesa permissività in campo sessuale, che porta al rapporto con più partners, peraltro non più protetto dall'uso della vecchia barriera meccanica (condom), essendo stati introdotti e preferiti gli anticoncezionali ormonali, comportamento che, unitamente ad una carenza di igiene individuale, ha provocato in tutto il mondo l'aumento delle cosiddette malattie veneree, fra le quali vanno inserite, oltre alle classiche (sifilide, gonorrea, ulcera molle), le infezioni da virus herpes, da cytomagalovirus, da clamidiae, da micoplasmi, da tricomonas, da candida albicans, ed altre! Tra le varie cause segnaliamo l'impiego da farmaci immunodepressivi nella terapia di molti stati morbosi. I principali agenti sono i Raggi X, gli antimetaboliti, gli alchilanti, i corticoidi, il siero antilinfocitario, ecc. Ricordiamo che gli immunodepressori o immunoinibitori, sopprimono o riducono le reazioni immunologiche specifiche dell'organismo contro un antigene, bloccando il sistema di difesa umorale o cellulare.

E non come ultimo: «*lo smembramento della rete difensiva della Sanità pubblica Italiana, dovuto ad una malintesa applicazione del decentramento, in un campo che richiede invece una stretta sorveglianza Nazionale!*».

Come abbiamo già in precedenza accennato, in tempi relativamente recenti, si è sperato, e spesso erroneamente ritenuto, che la diffusione sempre più vasta di nuovi potenti e specifici chemio-antibiotici, le vaccinazioni profilattiche di massa e la bonifica ambientale, potessero relegare in secondo piano il problema delle malattie infettive. Ma questa ipotesi non si è verificata, malgrado i grandiosi successi della moderna profilassi internazionale, e al contrario, negli ultimi anni, anche nei Paesi Occidentali, si è verificata una recrudescenza di molte infezioni, nonché la comparsa di nuovi ceppi batterici più difficilmente aggredibili con i mezzi a nostra disposizione.

La patologia infettiva, sotto l'azione di diversi fattori, sta mutando continuamente, sia qualitativamente che quantitativamente.

Concludendo queste considerazioni sulla «problematica odierna delle malattie infettive» possiamo dunque affermare che è necessario e doveroso porre vigile attenzione a forme morbose che sembravano debellate sia a forme di importazione, che a forme nuove, e non disarmare mai con oculata terapia e prevenzione.

Inoltre è dovere dei medici e degli «operatori sanitari», l'aggiornamento costante con il progresso scientifico, e la intensificazione ad ogni livello di una severa, ma serena, «Educazione Sanitaria».

BIBLIOGRAFIA

AIUTI F. e AA., *Su alcune malattie infettive*, Stampa Medica, 343, n. 9, ESI, Roma, 1983.

ALEXANDER M., RAETTIG H., *Infektionskrankheiten*, 2 Aufl. Thieme Verl, Stuttgart-New York, 1981.

AA. vari, *In tema di malattie infettive*, Minerva Medica, 74, n. 8, Torino, 1983.

AA. vari, *Malattie infettive*, Informazione Medica, n. 3, 1983, ESAM, Roma.

BARBEY L., *Tuberkolosebekämpfung*, Bundesgesundheitsblatt, 18, 349, 1975.

BIFFI M. R. e AA., *La malaria. Attuali problemi di epidemiologia e profilassi*, Tecnica Sanitaria, A. XXI, n. 2, 101, 1983, Bologna.

BORIES P., MICHEL H., *Yersinia Enterocolitica*, Rassegna Clin. Scientific, a. 59, n. 1-2, 1983, Roma.

BROWN E. H., *Enterovires infections*, Brit. med. J. I., 169, 1973, London.

CONDINI B., *I grandiosi successi della moderna profilassi internazionale. Eradicazione del vaiolo*, Atti Accademia Agiati, Rovereto, a. 232 (1981-82) s. VI, vol. 21-22, f. B.

DE BAC C., *Le vaccinazioni negli anni 80*, Il Polso, 8, 6, 13, 1983, Milano.

ESPOSITO, MORONI, DE LELLA, *Malattie infettive*, Masson-Italia, Ed. Milano, 1982.

KUCH U. H., JUNG M., *Cytomegalovirus infections of man*, Karger, Basel, 1971.

LECHAT P. e coll., *Farmacologia medica*, Masson Ed., Paris-Milano, 1982.

LENZ W., *Medizinische Genetik*, 5 Aufl. Thieme Verlag, Stuttgart, 1981.

NAUK E. G., *Lehrbuch der Tropenkrankheiten*, 4 Aufl. Thieme Verl., Stuttgart, 1975.

PASINI G., *Malattie infettive*, Minerva Medica, 74, n. 19, 1983, Torino.

PONTECORVO M., *Vaccini, Sieri, ecc.*, Minerva Medica Ed., 4, Torino, 1981.

RAMSAY A. M., EDMOND T. D., *Malattie infettive*, Cortina Ed., Verona, 1983.

REY M., *Vaccinations-Vaccinazioni*, Masson Ed., Paris-Milano, 1982.

SPIESS H., *Impfkompendium*, Thieme Verl. 2 Aufl., Stuttgart, 1976.

WIESMANN E., *Medizinische Mikrobiologie*, 4 Aufl. Thieme Verl. Stuttgart, 1978.

WINKLE ST., *Mikrobiologische und Serologische Diagnostik*, Fischer, Stuttgart, 1979.

W.H.O., *Rischi di malattia e vaccinazioni internazionali*, Genf, Stampa Medica, 345, 11, n. 6, 1983.

W.H.O., *Malaria Control-A reoriented Strategy*, WHO Chronicle, 32, 226, 1978.

RIASSUNTO – I successi veramente notevoli ottenuti nei confronti delle malattie infettive mediante la chemioantibiotico terapia, le vaccinazioni preventive, la bonifica ambientale ecc., non autorizzano, però, a considerarle vinte in modo definitivo; emergono al contrario, elementi che evidenziano una tendenza alla loro ripresa, sia con recidive, sia con forme resistenti o nuove. A questo si aggiungono le «malattie da importazione», provenienti da Zone o Paesi ove dette malattie sono endemiche, importate, di solito per via aerea, da persone (turisti, tecnici, lavoratori ecc.) e da animali, che hanno la malattia in incubazione o che presentano recidive.

SUMMARY – The present day problems of infectious diseases. *The really remarkable successes achieved in the treatment of infectious diseases by means of chemoantibiotictherapy, protective vaccinations, sanation of environment, etc., do not howerer justify to consider them as finally overcome; on the contrary there are emerging elements, which show a tendency to their revial either through relapses or new resistant forms. To them are added the «imported diseases» proceeding from Zones or Countries where the said diseases are endemic, usually imported by travellers on airlines (tourists, technicians, workmen) and animals who are either carriers or suffer from relapses.*

ZUSAMMENFASSUNG – Heutige Problematik der Infektionskrankheiten. *Heute sind die bakteriellen Erkrankungen zum grossen Teil, einer gezielten und sehr effektvollen Therapie zugänglich; aber auch hier ist die weitere Entwicklung noch keineswegs zum Stillstand gekommen: Rezidive und neue Erscheinungen vorkommen können. Für erregerbedingte Krankheiten, die in fernen Länder endemisch sind, haben wir uns mehr als früher zu interessieren, da ihre Einschleppung durch Menschen (Touristen, Arbeiter u.A.); und Tiere, die im Inkubationstadium der Krankheiten auf dem Luftweg hierher befördert werden, dauernd im Bereich des Möglichen liegt. Solche Infektionen mussten auch als Rezidive bei hier tätigen Gastarbeiten nicht selten beobachtet werden.*

Indirizzo autore: dott. Beniamino Condini - Via Setaioli, 26 - 38068 Rovereto (TN) - Italy