

25. Augusto CORRADETTI. — I focolai italiani di kala azar e il problema della leishmaniosi nel Sud Europa. (*)

Riassunto. — Si riferiscono i dati essenziali sulla epidemiologia della leishmaniosi nella regione appenninica dalla Liguria al Gargano, quali risultano dalle indagini compiute dall'A. negli ultimi dieci anni. Si mettono in rapporto i risultati italiani con quelli di altri paesi del Sud Europa per dedurne l'importanza rivestita dal problema del kala azar nella Regione Mediterranea e la necessità di approfondire gli studi su questo argomento.

Summary. — The outstanding data of ten years of epidemiological investigations on Leishmaniasis in the Appennin region from Liguria to the Gargano peninsula are referred. These results are correlated with those of other southern European countries to demonstrate both the importance of the kala azar problem in the Mediterranean area, and the need for further study.

Nell'Istituto Superiore di Sanità io ed alcuni miei collaboratori ci stiamo occupando del problema della leishmaniosi. Le ricerche si iniziarono con il primo esperimento compiuto nel mondo di interruzione della trasmissione del bottone d'oriente mediante la distribuzione di DDT nelle case e nelle stalle. L'esperimento, che fu eseguito negli anni 1948-53 in una zona altamente endemica della provincia di Teramo, ebbe per risultato l'eliminazione totale della trasmissione, per cui in quegli anni, non si ebbe la comparsa di casi nuovi di leishmaniosi cutanea.

Successivamente la mia attenzione si è concentrata sullo studio epidemiologico della leishmaniosi nella regione appenninica, dal Gargano alle Alpi Marittime, comprendente il Nord delle Puglie, il Molise, l'Abruzzo, le Marche, l'Umbria, la Toscana, l'Emilia e la Liguria. Questa grande regione, tranne le zone d'Abruzzo e di Romagna, non era mai stata studiata da un punto di vista epidemiologico, e si avevano solo scarse sporadiche notizie su casi isolati comparsi qua e là, e descritti soprattutto da clinici.

Da qui un breve resoconto dei risultati ottenuti dal 1948 ad oggi mediante la ricerca sistematica dei casi e dei flebotomi, sia nei luoghi

(*) Lavoro presentato al I Congresso Nazionale della Società Italiana di Parassitologia (Sassari, 22-26 settembre 1959).

d'origine dell'infezione che in numerose zone indenni. (I dati sui flebotomi si riferiscono quasi esclusivamente ad esemplari catturati nelle case e nelle stalle).

Abbiamo potuto determinare che il bottone d'oriente è endemico lungo tutta la regione Adriatica dal Molise a Rimini, con zone di alta endemia nelle provincie di Chieti, Pescara, Teramo, Ascoli, Ancona, Pesaro. Mentre lungo il mare la zona endemica si arresta all'altezza di Cervia, essa invece prosegue sul versante nord dell'Appennino, lungo le colline emiliane, producendo una zona di alta endemia nella provincia di Forlì, per diminuire d'intensità, a mano a mano che si procede a Nord, fino a spegnersi nella zona tra Modena e Reggio Emilia. Per dare un'idea dell'intensità dell'endemia nelle sue punte massime, ricordiamo che nella zona di Teramo che fu oggetto dell'esperimento con il DDT, circa il 23% della popolazione risultava essere stato colpito dal bottone d'oriente.

Il kala azar invece si osserva sporadicamente in varie parti di tutto il territorio studiato, dal Gargano a Ventimiglia. Abbiamo tuttavia rilevato che vi sono particolari zone in cui negli ultimi 30 anni si sono verificati casi in numero notevole. Tali zone sono: a) Il Gargano, con 97 casi dal 1930 al 1953; b) L'Argentario con 20 casi tra il 1943 e il 1952; c) Pienza con 8 casi tra il 1940 e il 1953; d) Le zone di Genova e Imperia con 89 casi complessivi dal 1925 al 1955.

Nel 1956 io, in collaborazione con Saccà e la Neri, ho introdotto il metodo dell'esame faringeo per distinguere con certezza assoluta le femmine di *Phlebotomus perfiliewi* da quelle di *Ph. perniciosus*, le due specie italiane maggiormente incriminate come vettori. Classificando con l'esame faringeo gli 8.109 flebotomi da noi catturati nella zona di studio nell'ultimo decennio, ci è stato agevole mettere in rapporto la distribuzione geografica delle specie di flebotomi con quella del kala azar e del bottone d'oriente.

Ph. perniciosus è presente ovunque, lo si trova in popolazione pura (tranne rari esemplari dell'ubiquitario *Ph. papatasi*) sia all'Argentario che in Liguria, e in notevoli proporzioni al Gargano e a Pienza.

Ph. perfiliewi è presente dal Molise alla regione Parmense, mentre risulta assente sul Gargano, all'Argentario e in Liguria, regioni in cui il bottone d'oriente non si verifica. Questa specie predomina di gran lunga su tutte le altre nella regione endemica di bottone d'oriente della zona Adriatico-Emiliana.

E' evidente quindi che la distribuzione geografica indica *Ph. perfiliewi* come trasmettitore del bottone d'oriente e *Ph. perniciosus* come vettore del kala azar.

Non entro nei dettagli scientifici di queste mie ricerche, che possono venir letti nelle diverse note già pubblicate e nel lavoro di estenso in preparazione. Desidero invece richiamare l'attenzione sul fatto che i sopra notati focolai di kala azar si aggiungono ai già noti, e ritenuti a lungo unici, del Napoletano, della Sicilia e della Sardegna. Inoltre, essendo *Ph. perniciosus* presente praticamente ovunque in Italia a sud della Valle Padana, ovunque si ha la possibilità della comparsa di casi sporadici di kala azar, come infatti si verifica. Le città non vengono escluse poichè, oltre Genova e Imperia, posso citare casi verificatisi a Bologna, Firenze, Siena e altri centri.

Questi fatti pongono il kala azar in primo piano all'attenzione nazionale. Questa malattia colpisce quasi esclusivamente i bambini e se il numero dei casi che si verificano può sembrare basso rispetto alla popolazione italiana, non dobbiamo dimenticare che quasi la metà dei bambini colpiti sono morti. Inoltre il kala azar è scarsamente noto ai medici pratici, per cui la diagnosi viene spesso fatta troppo tardivamente, e, presumibilmente, un imprecisato numero di casi giunge alla morte senza che la diagnosi venga fatta mai.

Il problema del kala azar in Italia era rimasto finora allo stadio di comunicazione di casi da parte di clinici e pediatri. Esso è entrato solo ora, con le nostre ricerche, nella fase di studio epidemiologico. Questa fase è ancora lungi dall'esser compiuta e soddisfacente. Occorre intensificare la ricerca attiva dei casi di kala azar nell'uomo, e soprattutto occorre la ricerca della *Leishmania* del kala azar nel cane, ospite naturale del parassita. E' vero che ricerche su quest'ultimo campo sono già state iniziate: citiamo quelle di Battelli nella zona di Foggia, e, in questo stesso convegno, vediamo quelle di Tasselli e Colella per la zona di Matera. Ma occorre portare le investigazioni su ampia scala nazionale, come si è fatto in altri paesi: citiamo ad esempio la Cina, dove, in 7 provincie, si è recentemente esaminato per il kala azar il midollo osseo di 113.393 cani.

Resta poi ancora da iniziare lo studio dei ceppi di *Leishmania* esistenti in Italia, delle loro proprietà dai punti di vista patologico ed immunologico, e della biologia dei flebotomi trasmettitori in laboratorio e nel loro ambiente naturale. Tali studi sono necessari, onde poter giungere a determinare una linea di profilassi efficace ed economicamente eseguibile. Per il kala azar, infatti, campagne statali di eradicazione con gli insetticidi difficilmente possono trovare applicazione per la sporadicità estrema dei casi accoppiata all'enorme estensione della zona in cui la trasmissione può verificarsi.

In Europa il problema del kala azar non riguarda soltanto il nostro

paese. Sulla riva Nord del Mediterraneo focolai endemici sono presenti nel Sud della Francia (specie nelle zone di Nizza e Marsiglia, che costituiscono l'evidente continuazione del focolaio ligure), nella Spagna, nel Portogallo, in Jugoslavia, Grecia, Romania e Turchia. Quest'anno, facendo parte della Delegazione Italiana all'Assemblea Mondiale della Sanità dell'O.N.U. a Ginevra, ho richiamato l'attenzione su questo problema ottenendo il consenso generale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità si occuperà quindi ben presto del kala azar. Probabilmente l'Italia è la zona d'Europa che meglio si presta all'approfondimento degli studi sulla Leishmaniosi. Sarebbe pertanto opportuno che in campo nazionale si lavorasse coordinatamente a questo problema da parte di clinici, protozoologi, entomologi e veterinari, affiancando lo sforzo che si è fatto e che si continuerà a fare da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

Roma — Istituto Superiore di Sanità - Laboratori di Parassitologia.
