



REGIONE SICILIA



Università degli Studi di Messina

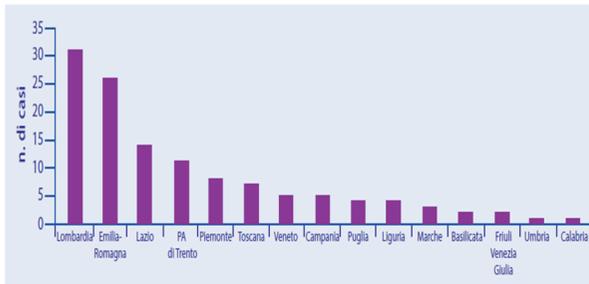
DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE, ODONTOIATRICHE E DELLE IMMAGINI MORFOLOGICHE E FUNZIONALI

Laboratorio Regionale di Riferimento per la Sorveglianza ambientale e clinica della Legionellosi Sede di Messina

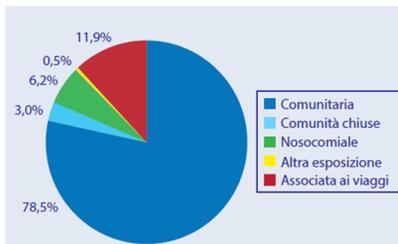
Istituito con D.D.G. n° 01689 del 29 agosto 2012 del D.A.S.O.E. (Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico)



Numero di casi e tasso di incidenza della Legionellosi in Italia dal 2000 al 2017*.



Casi nosocomiali notificati per Regione nel 2017*.



Distribuzione percentuale dei casi per potenziale esposizione all'infezione*.

*Ultimi dati disponibili: Notiziario ISS, 2018; 31(9): 7-12.

Link utili:

www.salute.gov.it
www.iss.it
www.epicentro.it

www.ewgli.org
www.ecdc.europa.eu
www.eurosurveillance.org



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali



Note cliniche sulla Legionellosi per Strutture Sanitarie e Medici di Medicina Generale

A cura del Laboratorio Regionale di Riferimento per la Sorveglianza ambientale e clinica della Legionellosi Sede di Messina
Direttore: Prof.ssa P. Laganà

Sede: A.O.U. Policlinico "G. Martino"
Torre Biologica 3° p. - Via C. Valeria
98125 MESSINA
Laboratorio: 090-221.7096
Segreteria: 090-221.3625
E-mail: plagana@unime.it



Nosologia: Pneumopatia (al 2° posto dopo la pneumococcica) con il 10-15% di mortalità.

Eziologia: Famiglia *Legionellaceae*. Batteri Gram negativi, asporigeni, aerobi, mobili, non fermentanti, non ossidanti. *Legionella pneumophila 1* è la specie più patogena (96% dei casi in Europa nel 2011). Altre specie isolate da casi clinici: *L. micdadei* (10-15%), *L. bozemanii*, *L. longbeachae*, *L. dumoffii*, *L. anisa*.

Diffusione: Malattia ubiquitaria, sporadica o epidemica, circoscritta; più frequente nei mesi estivi ed autunnali. Associata a Infezioni Ospedaliere e viaggi.



Sorgente di infezione: Le *Legionelle* sono presenti negli ambienti acquatici naturali e artificiali: si riscontrano nelle sorgenti, comprese quelle termali, nei fiumi, nei laghi, vapori, terreni. Da questi ambienti

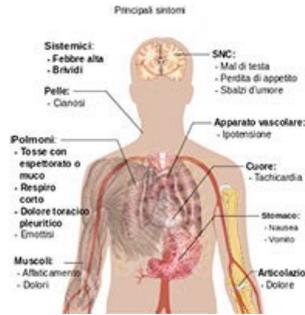
esse risalgono a quelli artificiali come condotte cittadine e impianti idrici degli edifici, quali serbatoi, tubature, fontane e piscine (sono state rilevate anche in fanghi di fiume o torrente), impianti idraulici e di condizionamento dell'aria, acqua stagnante, terreni umidi, impianti sportivi.

Modalità di trasmissione: inalazione di aerosol contaminato da *Legionelle*.

Dose infettante: non nota

Periodo di incubazione: 1-2 giorni per la Febbre di Pontiac; 2-10 giorni per la Malattia dei Legionari.

Fattori di Rischio: fasce estreme dell'età; sesso maschile (rapporto 3:1); abitudine al fumo o all'alcool; ospedalizzazione; lungodegenza; immunodepressione; frequenza di Stabilimenti termali, alberghi, navi di linea e di crociera, aeroporti, centri benessere, impianti sportivi, ambienti affollati (cinema, teatri, ecc.).



Quadri Clinici: **Febbre di Pontiac:** decorso asintomatico oppure quadro febbrile (38 °C) benigno di tipo influenzale, con malessere generale, cefalea, mialgie. Guarigione spontanea, rare altre manifestazioni.

Malattia dei Legionari: tipica polmonite, prevalentemente alveolare, con esordio brusco, caratterizzata da febbre elevata (39°-40 °C), brividi, dolore toracico, tosse secca o scarso espettorato mucoso, tachi-dispnea, cui ben presto si aggiungono **sintomi gastrointestinali** (nausea, vomito, diarrea, dolori addominali), **neurologici** (confusione, disorientamento, letargia), **cardiaci** (bradicardia relativa). Fatale nel 10-20% dei malati immunocompetenti, nell'80% degli immunodepressi.

Dati di laboratorio: aumento di VES, transaminasi, azotemia, creatinemia e bilirubinemia. Leucocitosi neutrofila. Diminuzione di fosfatemia e sodiemia. Ematuria, proteinuria, mioglobinuria.



Esami strumentali: Rx torace (quadro tipo polmonite lobare o segmentale o broncopolmonite).



Materiali da analizzare: l'isolamento del germe può avvenire dall'esame colturale dei seguenti materiali: aspirato tracheale, lavaggio bronchiale, espettorato, liquido pleurico, biopsia di tessuto polmonare, frammenti autoptici polmonari, ferite infette (rari casi).

Sierologia: ricerca di anticorpi specifici (ELISA, microagglutinazione, immunofluorescenza). Immunofluorescenza diretta sugli stessi campioni saggiati per coltura. Controllo delle emocolture negative per altri germi. PCR. Assai utile è la ricerca dell'antigene urinario.



Ricorso al Laboratorio: Il materiale da analizzare può essere immesso in un recipiente sterile per urino-coltura. Se scarso, oppure asciutto, aggiungere dell'acqua distillata sterile e consegnare

in laboratorio entro 30 minuti. Se si prevede un tempo superiore a 30', mantenere il campione refrigerato (5 °C ± 3) e analizzarlo entro tre giorni. In mancanza di recipiente, il materiale può essere raccolto in provetta o siringa sterile. Per la ricerca degli anticorpi è importante poter disporre di 2 o più campioni di siero prelevati nella fase acuta e convalescente della malattia (a circa due settimane dall'esordio della sintomatologia). Riferire tutti i dati utili del paziente.

Terapia specifica: macrolidi (azitromicina, claritromicina) associati a fluorochinoloni (levofloxacina). In alternativa, tetracicline, rifampicina, cotrimossazolo.

Notifica: obbligatoria (inserita nella Classe seconda del DM 15/12/1990).

Isolamento: non necessario.

Contagio interumano: non dimostrato.

Disinfezione continua: nessuna.

Disinfezione terminale: non indicata.

Misure di prevenzione: Ricerca di *Legionella* nelle Strutture Sanitarie e, nei casi di contaminazione, effettuare disinfezione delle acque e degli impianti di condizionamento dell'aria, riservando particolare attenzione ai degenti immunocompromessi.

