

**istituto superiore di sanita'**



**BOLLETTINO  
EPIDEMIOLOGICO  
NAZIONALE 82/15**

15 APRILE 1982

SETTIMANALE A CURA DEL LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIostatistica  
IN COLLABORAZIONE CON DIREZ. IGIENE PUBBLICA-MINISTERO DELLA SANITA'

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

Riportiamo un quesito e la relativa risposta su un problema di tempi di somministrazione della quarta dose di vaccino Sabin antipoliomielitico.

A seguito delle disposizioni emanate con Legge 27 aprile 1981, n° 166, le vaccinazioni obbligatorie attuano il primo ciclo entro l'undicesimo mese di vita. Poiché permane la normativa per la rivaccinazione (4<sup>a</sup>) antipolio al 3° anno di vita e la rivaccinazione (4<sup>a</sup>) antidifterica e antitetanica al 6° anno di vita (in apparente contrasto con la prescrizione che l'intervallo tra le vaccinazioni deve essere di quattro anni), non è possibile determinare una ulteriore unificazione della somministrazione del 4° richiamo antipolio, antidifterico ed antitetanico da 4° al 5° anno di vita?

L'intervallo è sicuramente compatibile immunologicamente con la prescritta vaccinazione antidifterica ed antitetanica al 10° anno di vita e permetterebbe un più attento controllo sul territorio con minore disagio per la popolazione e gli operatori di sanità. L'unico punto che può limitare questa proposta è l'intervallo tra la terza vaccinazione antipolio e la quarta

che non sono in condizioni di valutare con certezza se corrisponde ad un criterio scientifico corretto di validità.

Riportato da: Dott. Piergiorgio Ferrando  
Ufficio Igiene Pubblica e Ambientale  
Regione Autonoma Val d'Aosta

La risposta al quesito posto, se sia possibile attuare una ulteriore unificazione della somministrazione del 4° richiamo antipolio, antidifterico ed antitetanico dal 4° al 5° anno di età, richiede alcune considerazioni.

Sia in America (1, 2) che in Inghilterra (3), è proprio in tale età (4-6 anni), che viene indicata una dose di richiamo, 4<sup>a</sup> nell'ordine, rispettivamente per DPT e polio (4-6 anni) e DT e polio (5 anni).

Nella vaccinazione poliomielitica a virus vivi attenuati (ceppi di Sabin), la ripetizione delle dosi ha principalmente lo scopo di immunizzare quei soggetti nei quali uno o più dei tre tipi di virus che compongono il vaccino trivalente non abbia casualmente attecchito nelle somministrazioni precedenti (per es. a causa di altri enterovirus eventualmente presenti nell'intestino).

Le percentuali di sieroconversione trovate dopo la prima dose sono comprese tra 65-84% per tipo 1, 80-83% per il tipo 2 e 43-72% per il tipo 3; dopo la seconda dose le percentuali sono pari a 86-100%, 96-100% e 72-95% rispettivamente per i tre tipi di poliovirus (4).

L'immunità locale (mucosa intestinale: anticorpi neutralizzanti appartenenti alla classe IgA) è di più corta durata della immunità umorale in quanto concentrazioni molto basse di anticorpi sono capaci di neutralizzare i virus nel sangue ma non riescono ad impedire la colonizzazione di questi virus nell'intestino. Il titolo degli anticorpi nel sangue diminuisce di circa 5 volte nei primi due o tre anni che seguono alla vaccinazione.

La durata dell'immunità conseguente ad ingestione di vaccino poliomielitico a virus vivi attenuati è difficile da accertare in quanto sono possibili frequenti reinfezioni naturali clinicamente inapparenti; in pratica è considerata permanente a causa delle predette infezioni naturali che possono agire

da stimolo di richiamo prolungando o rinforzando la protezione per tutta la vita.

La circolazione dei virus selvaggi è ecologicamente contrastata ma non totalmente sostituita da quella dei virus vaccinali eliminati con le feci dai soggetti che hanno ingerito il vaccino orale. Quindi anche il virus vaccinale circolante può sostenere un'infezione che anch'essa rinforza la protezione e può assicurare indirettamente la vaccinazione per i pochi soggetti suscettibili ("herd immunity").

Per quanto la possibilità di infezione da virus selvaggio si vada riducendo, da cui la decisione negli altri Paesi del richiamo, tra il 4° e 6° anno, in Italia è stata mantenuta per il richiamo l'età di 3 anni, sia per un eccesso di cautela (per altro sempre giustificabile nel campo della prevenzione) sia per tener conto delle diverse condizioni igienico-sanitarie presenti sul territorio nazionale e di tutte le circostanze (per es. la scuola materna) in cui si hanno situazioni di affollamento.

Pertanto, non è scientificamente scorretto il modo di procedere da Lei proposto, tuttavia, la cautela del calendario di vaccinazione italiano non va sottovalutata, anche si ritiene che la semplicità delle procedure operative vada sempre ricercata, in quanto elemento fondamentale per il successo di una campagna di vaccinazione. Su questa problematica è in preparazione una circolare che verrà emanata dal Ministero della Sanità.

Riportato da: Laboratorio di Malattie Batteriche e Virali-ISS  
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica-ISS

#### Bibliografia

- 1) U.S. Advisory Committee on Immunization Practice: Poliomyelitis Prevention. "MMWR", 28, 510, 1979.
- 2) American Academy of Pediatrics: Report of the Committee on Infectious Diseases. 18th Ed., Evanston, Illinois, 1977.
- 3) Departmente of Health and Social Security: Immunization against infectious diseases. "HMSO", London, 1972.
- 4) Bull. Wld. Hlth. Org. 40, 925, 1969.

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 6/4/82 AL 12/4/82

REGIONI	IPATIA DALE	LEBBE TIBODE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	S. MAMONELLOSI	PAROTTE EPIDEMICA	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARLATINA	T.R.C. POLMONARE	T.R.C. ENTROPOLM.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERIE	DISSENTERIA BACILL.	NEURASSITIA BACILL.	SIFILIDE	POLIOBELITE	TETANO	
ABRUZZO																						
BASILICATA																						
CALABRIA	1		1				1	3		1												
CAMPANIA	46	4	1	29	4	92	9	1	1	3		27	1									1
EMILIA ROMAGNA																						
FRIULI	10			52		50		18	24	1		65										2
LAZIO	91	2	5	100	1	19	12	28	34	14	6	163	20									1
LIGURIA																						
LOMBARDIA	100	6	3	29	59	414	100	57	179	16	2	588	67			9						53
MARCHE	3		1	9		89	1	4	2			21				1						
MOLISE	7	1		6	2	68	2	2			2	22										1
PIEMONTE																						
PUGLIA	74	37		29	3	104	21	8	1	4	1	102	1				1					2
SARDEGNA	3	2		10	2	31	12	14	2	1		14										
SICILIA	16	3		4	2	64	4	1		1		13										1
TOSCANA																						
UMBRIA	4			6	76	2	6					24										
VAL D'AOSTA																						
VENETO	37	1	2	45	16	56	20	62	37	12	4	191	6			3						2
BOLZANO	2		1	5		4	2		5	1		9	1									1
TRENTO	1	6		1		14	4	3	15	1		13										
TOTALE	395	62	14	319	95	1256	190	373	300	55	15	1252	96		79		4	2	74			2

NOTE: i dati si riferiscono alle notifiche dei casi sospetti o accertati, e quindi sono provvisori.

Calabria: dati relativi alla Prov. di Reggio Calabria; Friuli: 9/12 USL; Lazio: 42/59 USL; Lombardia: mancano i dati relativi alla Prov. di Varese; Marche: mancano i dati relativi alla Prov. di Ascoli Piceno; Puglia: 53/55 USL; Sardegna: 11/22 USL; Sicilia: mancano i dati relativi alla Prov. di Messina; Umbria: mancano i dati relativi alla Prov. di Terni; Veneto: 34/35 USL; Liguria e Val d'Aosta: dati non pervenuti.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario. Le Regioni per le quali riportiamo i dati sono quelle che partecipano al sistema.

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

### ISOLAMENTI DI MICROORGANISMI

Virus Coxsackie B 5 è stato isolato dal tampone rettale prelevato ad un bambino di Foggia di 2 anni di età. Il bambino senza particolare patologia anamnestica, presentava tosse catarrale e febbre, motilità attiva limitata delle dita delle mani, tono muscolare diminuito ai quattro arti, riflessi osteotendinei degli arti bilateralmente assenti, riflessi addominali assenti. Il bambino era stato ricoverato in ospedale con sindrome poliosimile successivamente diagnosticata come infezione da virus Coxsackie (Prof. D. Curatolo, Divisione Pediatrica, Ospedali Riuniti di Foggia).

Le indagini sierologiche per la conferma dell'etiologia della sindrome sono tutt'ora in corso.

Riportato da: Laboratorio di Malattie Batteriche e Virali  
Istituto Superiore di Sanità

### DALL'ESTERO

#### FUMO E CANCRO

Il Dipartimento di Sanità e Servizi Sociali (Department of Health and Human Service) nel 1982 ha presentato al Congresso degli USA una relazione sulle conseguenze sanitarie dell'abitudine al fumo, valutando la relazione tra fumo di sigaretta e cancro. Questo studio identifica il fumo di sigaretta come la maggior singola causa di mortalità per cancro negli USA.

Fin dal 1937 il cancro è stata la seconda più frequente causa di morte negli USA e nel 1982 si stima che sarà responsabile per circa 430.000 morti. Il tasso di mortalità, diversamente dai tassi per le altre malattie croniche che sono in diminuzione, ha mostrato un piccolo incremento durante le ultime due decadi. Tale aumento è avvenuto nonostante un notevole miglioramento della sopravvivenza ad alcuni tumori maligni specifici, per i quali è possibile una diagnosi o un trattamento precoce o migliore. Sfortunatamente, tuttavia, questi progressi non sono serviti a bilanciare l'incremento della mortalità per cancro correlato al fumo. Correntemente viene stimato che il 30% delle morti per cancro sia causato dal tabacco. Questo indica che nell'anno in corso 129.000 statunitensi presumibilmente moriranno di cancro a causa del maggior tasso di mortalità per questa causa tra i

fumatori rispetto ai non fumatori. I fumatori hanno un tasso di mortalità totale per cancro doppio di quello dei non fumatori. Coloro che fumano più di un pacchetto di sigarette al giorno hanno un rischio 3-4 volte maggiore rispetto ai non fumatori di morire per tumore maligno.

#### Cancro al polmone e fumo.

Il fumo di sigaretta è la maggior causa di cancro al polmone negli USA. Il cancro al polmone da solo risponde per almeno il 25% di tutte le morti per cancro nel Paese; viene stimato che l'85% di tutti i casi di cancro al polmone è dovuto al fumo di sigarette. Le morti per cancro al polmone negli Stati Uniti sono aumentate da 18.313 nel 1950 a 90.828 nel 1977. L'American Cancer Society ha stimato che negli USA nel 1982 111.000 persone (80.000 uomini e 31.000 donne) moriranno per cancro al polmone. Il tasso di mortalità per questa causa sta aumentando più velocemente per le donne che per gli uomini, riflettendo la più recente abitudine al fumo per le donne. Al tasso di incremento attuale, la mortalità per cancro al polmone nelle donne supererà presto quella per cancro della mammella, che attualmente è la maggior causa di morte per cancro tra le donne. Il tasso di sopravvivenza a 5 anni per il cancro del polmone è meno del 10%. Questa proporzione non è cambiata apprezzabilmente negli ultimi 15 anni.

#### Cancro al polmone e esposizione involontaria al fumo.

Il rapporto del DHHS afferma che nel 1981 tre studi epidemiologici hanno esaminato l'esposizione passiva o involontaria al fumo e il cancro al polmone in non fumatori. Due studi hanno dimostrato una correlazione statisticamente significativa tra fumo "involontario" e rischio di cancro al polmone tra le mogli non fumatrici di uomini fumatori. Il terzo studio ha riportato un'associazione positiva, ma non statisticamente significativa. Mentre la natura di tale associazione non è ancora chiara, essa solleva il problema che il fumo "involontario" possa costituire un rischio di carcinogenesi tra i non fumatori.

Riportato su: MMWR, 1982, 31:37.

Nota bene: nelle stesso rapporto DHHS sono riportate anche altre note su fumo ed altri tipi di cancro. Tali note verranno riportate nei prossimi numeri del BEN.

I CORSO SU "LA PIANIFICAZIONE DELL'INSEGNAMENTO IN SANITA'  
PUBBLICA"

Data: 6-10 luglio 1982

Sede: I.S.S., Roma

Obiettivo del corso sarà la preparazione di un programma di formazione per i responsabili delle Unità Sanitarie Locali, da utilizzarsi nella programmazione delle tecniche di insegnamento in materia di Sanità Pubblica.

I gruppi di lavoro identificheranno le funzioni, gli obiettivi educazionali, i metodi ed i contenuti dell'insegnamento applicati all'obiettivo. I metodi di valutazione dell'apprendimento e dell'insegnamento saranno inclusi nell'ultima giornata di lavoro dedicata alla docimologia.

Il corso è rivolto ad operatori del Servizio Sanitario Nazionale, impegnati in attività didattica decentrata.

Il corso verrà coordinato dal Prof. J.J. Guilbert, Direttore Medico di Pianificazione e Metodologia dello Sviluppo del Personale di Sanità, Organizzazione Mondiale della Sanità.

La partecipazione al corso è gratuita. Saranno ammessi 30 partecipanti. Le schede di iscrizione, disponibili presso gli Assessorati alla Sanità Regionali dovranno pervenire entro il 15 maggio 1982 alla Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299 - 00161 Roma, telefono (06) 4990 int. 436.

# stampe

## INDICE

Vaccinazioni obbligatorie	<u>pag.1</u>
Tabella delle notifiche - settimana 6-12/4/82	<u>pag.4</u>
Isolamenti di microorganismi	<u>pag.5</u>
Dall'estero	<u>pag.5</u>
Corso sulla pianificazione dell'insegnamento in Sanità Pubblica	<u>pag.7</u>

## INDEX

Compulsory vaccinations	<u>pag.1</u>
Table of notifications - week 6-12/4/82	<u>pag.4</u>
Microorganism isolation	<u>pag.5</u>
From abroad	<u>pag.5</u>
Course on Teaching Planning in Public Health	<u>pag.7</u>

## NOTA BENE

Il BEN è compilato nel Reparto Malattie Trasmissibili, Lab. Epidemiologia e Biostatistica (Direttore: Prof. A. Zampieri), Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 Roma; tel.: 06/4950314-4954617 - 4950607, ed è riprodotto in proprio presso il Servizio Documentazione, dell'Istituto Superiore di Sanità.

Notizie di informazioni da riportare sul BEN vanno segnalate alla Dr. S. Salmaso, Reparto Malattie Trasmissibili, L.E.B., I.S.S.  
Gli articoli e le notizie riportate sul BEN possono essere citate previo consenso dell'Editore, contattabile ai numeri telefonici diretti su riportati.

Chiunque voglia ricevere il BEN può farne richiesta al suddetto indirizzo.