

13 SETTEMBRE 1984

BEN 84/37-38 BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE 20 SETTEMBRE 1984

SETTIMANALE A CURA DEL LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' IN COLLABORAZIONE CON IL MINISTERO DELLA SANITA'

SPED. ABB. POST. GRUPPO I BIS 70%

PROGRAMMA OMS PER IL CONTROLLO DELLE TOSSINFEZIONI ALIMENTARI IN EUROPA.

Il programma è stato intrapreso dall'OMS nell'autunno del 1980 per fornire informazioni finalizzate alla prevenzione e al controllo delle malattie dovute ad alimenti in Europa. I principali obiettivi sono:

- identificazione delle cause e studio della epidemiologia delle tossinfezioni alimentari (TA) nelle varie regioni europee;
- diffusione delle informazioni pertinenti, raccolte e confrontate tra di loro;
- cooperazione con le autorità nazionali per attuare la prevenzione e il controllo delle TA in Europa.

Uno degli scopi principali del programma è di mettere in grado tutti i paesi partecipanti di istituire rapidamente appropriate misure di controllo dei rischi di tossinfezione alimentare.

Saranno inviate informazioni ai paesi partecipanti al Programma per segnalare rapidamente:

- episodi di TA di grave natura;
- episodi di TA inusuali in una certa zona;
- episodi di TA dovuti ad alimenti distribuiti a livello internazionale;
- episodi di TA connessi con trasporti internazionali o ai relativi servizi di mensa;
- episodi tra turisti ed immigranti;

- in generale tutti gli eventi riguardanti le TA che provocano una situazione di emergenza.

Queste segnalazioni dovrebbero essere inoltrate all'OMS tramite un referente ufficiale per ogni Paese.

Attualmente 21 Paesi partecipano al programma e dal maggio '64 anche l'Italia ha aderito al programma. Il referente italiano è il Reparto Malattie Infettive del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità presso il quale è stato organizzato, in collaborazione con il Ministero della Sanità, un sistema di sorveglianza delle TA (vedi BEN 83/48).

Riportato da: Reparto Malattie Infettive
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica
Istituto Superiore di Sanità - Roma

EPIDEMIOLOGIA DEGLI INCIDENTI STRADALI

INFORTUNISTICA STRADALE A FIRENZE, CONFRONTATA CON LA SITUAZIONE ITALIANA.

Frequenza degli incidenti. Nel triennio 1952-81 si sono verificati in Italia 7.873.374 incidenti, di cui 241.043 a Firenze, con una media annua rispettivamente di 262.445,8 e 6.034,7 (massimi: in Italia nel 1963 con 350.015 incidenti, e nel 1969 a Firenze, con 12.280); l'andamento è stato diverso: mentre in Italia si verificarono ancora nel 1981 circa il triplo dei casi registrati nel 1952, a Firenze invece da qualche anno siamo tornati all'incirca ai livelli del 1952.

Decessi. Fatte le dovute riserve sia per quanto riguarda la fonte dei dati (è noto che nella "Statistica degli incidenti stradali", fonte dei dati utilizzati in questo lavoro, vengono riportati i morti entro il settimo giorno dell'incidente), e sia per il fatto che l'avere o meno un incidente causa di decesso dipende da numerose circostanze, anche fortuite (per es. possibilità di immediato soccorso), si rileva che nello stesso periodo si sono verificati: in Italia 252.799 morti, a Firenze 1.829, con medie annuali di 8.426,2 e di 60,9. Quanto all'andamento, in Italia c'è stato un aumento abbastanza lento e graduale, fino a raggiungere un massimo nel 1972 con

11.078 morti, seguito da un calo altrettanto lento, per cui nel 1981 si sono registrati quasi il doppio dei morti del 1952. A Firenze si sono avute invece brusche impennate nel 1958 e nel 1962-63, con successivo rapido e irregolare calo, talché già dal 1975 il numero dei decessi si mantiene al di sotto del livello di partenza.

Feriti. Totale italiano: 6.026.751, fiorentino 174.181 (medie annuali rispettivamente 200.841,7 e 5.806); l'andamento riproduce grosso modo quello degli incidenti, e cioè: in Italia, siamo ancora nel 1981 a valori quasi tripli di quelli del 1952, a Firenze già dal 1976 si oscilla intorno ai valori iniziali, con un leggero incremento nel 1981 (n° indice 112,06, fatto=100 il 1952).

Quozienti di derivazione. I dati si riferiscono al periodo 1952-79. Incidenti per 1.000 abitanti. I dati confermano che Firenze, considerato anche il flusso turistico e il notevole pendolarismo dai Comuni vicini, è città ad alta sinistrosità; anche se già dal 1975 sono recuperati i valori di partenza, con ulteriore calo negli anni successivi, partiti da 137,47 incidenti/10.000 residenti, e raggiunto un massimo di quasi 286 nel 1966, si era ancora, nel 1979 a oltre 114‰; mentre in Italia il massimo valore è stato registrato nel 1963 con 68,61‰, e nel 1979 è stato pari a 47,53 incidenti per 10.000 residenti.

Il quoziente di infortunati (morti+feriti) per 10.000 abitanti ha un andamento che riflette quello precedentemente descritto: in Italia valori bassi, con tendenza a lento, graduale aumento; a Firenze valori di partenza alti, superiori a quelli nazionali, con tendenza alla flessione.

Morti per milione di abitanti. All'inizio del periodo considerato si ebbero in Italia 89,7 morti per milione di residenti, a Firenze 126,4; mentre a Firenze dopo i massimi del 1958 e del 1962 (275,4 nel 1962) la curva è andata, sia pure irregolarmente calando, ben oltre i valori del 1952, sul territorio nazionale siamo invece ancora nel 1979 a valori sensibilmente superiori a quelli di partenza, anche se diminuiti rispetto al massimo del 1972 (204,4). Interessante è anche l'esame comparativo del "peso" della mortalità per incidente stradale sulla mortalità generale.

In Italia, partiti nel 1952 da quasi 9 morti per incidente stradale, su 1.000 morti in totale, dopo aver toccato un massimo nel 1972, con 21,14‰, il quoziente si è andato stabilizzando intorno al 15‰ negli ultimi anni. A Firenze, ovviamente, le oscillazioni sono state più ampie, e dopo aver toccato il 22,25‰ nel 1958, dal 1974 in poi i valori sono scesi a livelli sensibilmente inferiori a quelli di partenza (6,09‰ nel

1979).

Poiché non sempre l'incidente comporta infortunati, è stata indagata la "gravità" dell'incidente, mediante il calcolo del tasso di infortunati per 1.000 incidenti, e inoltre, dei morti per 1.000 incidenti, e dei morti per 1.000 infortunati.

Per quanto riguarda il primo quoziente, si può dire che è in genere assai elevato, sia sul territorio nazionale che a Firenze, per cui circa $\frac{3}{4}$ degli incidenti sono funestati da morti e/o feriti; a Firenze si è registrato un minimo nel 1967 (a città alluvionata) con 558,7 infortunati per 1.000 incidenti, e un massimo nel 1960 quando, con 955,8‰, si può dire che ogni incidente causò infortunati; in Italia il quoziente si è mantenuto costante e i dati del 1979 non differiscono praticamente da quelli del 1952 (minimo nel 1963, con 687,3‰, massimo nel 1956 con 895,6‰).

Il numero di decessi per 1.000 incidenti, in Italia ha oscillato intorno ad un valore medio di 33,6 morti‰ incidenti, mentre a Firenze è stato più basso, e negli ultimi anni di poco più del 6‰, dopo aver toccato un massimo di 16‰ nel 1958.

Infine, per la letalità (morti ‰ infortunati), i valori nazionali sono assai più elevati che a Firenze, a parte il massimo del 1958 (18,14 morti ‰ infortunati, già dal 1964 registriamo valori inferiori a quelli di partenza, e nel 1979 il quoziente è stato di 8,93‰).

E' in corso ulteriore analisi comparativa, per quanto riguarda il sesso, l'età e il tipo di utenza della strada.

Riportato da: A. Sciacca, Direttore Sanitario
Ospedale A. Meyer - Firenze

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 11/9/84 AL 17/9/84

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPID.	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARlattINA	T.B.C. POLMONARE	T.B.C. EXTRAPOL.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERITE	DISSENTERIA BAC.	NEVRASSITI VIRALE	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO
ABRUZZO	4	1	1	1	24		5					3									
BASILICATA	12				1	1	5					5			1						
CALABRIA	11	1		2	3	4	4					4			2						
CAMPANIA	18	2			5		2					1			4						
EMILIA R.	69	3		34	46	13	34	4	1	2		47	7		2				7		
FRIULI	15			16	10	10	1	8		1		15	2								
LAZIO	48	2	3	5	15	19	20	9	2	8	2	31	18				1		30		
LIGURIA	16				5	1	1			2		1			3				3		
LOMBARDIA																					
MARCHE	3			1	2	2	1			1		4						5			
MOLISE																					
PIEMONTE																					
PUGLIA	77	11	1	5	11	7	9	1		4		14			1						
SARDEGNA	18	3	1	3	7	4	5	2				13	1					2			
SICILIA	41	9		6	4	8	10	2		1		15			4				1		
TOSCANA	17			21	31	10	13	6		2		22							1		
UMBRIA	2			7	4		1	2	2	1	1	1	1						1		1
VAL D'AOSTA				3		2						1									
VENETO	28	1	2	8	58	32	12	9	2	11	4	26	2			4	1	3		1	
BOLZANO					2	2	7			2											
TRENTO	3			7	4	1	1					3									

NOTE: Abruzzo: 7/15 USL; Basilicata: 6/7 USL; Campania: 35/61 USL; Emilia Romagna: 40/41 USL; Lazio: 45/59 USL; Liguria: 16/20 USL; Puglia: 53/55 USL; Sardegna: 15/22 USL; Toscana: 36/40 USL; Umbria: 5/12 USL; Veneto: 35/36 USL.

Il SIRMI è parzialmente finanziato dal progetto finalizzato CNR "Controllo delle Malattie da Infezione"

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario.

SIRMI RIEPILOGO CUMULATIVO NOTIFICHE MALATTIE

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MEINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPIDEMIC.	PERTOSSE	ROSOLIA
	8 3	8 8 4 3	8 8 4 3	8 8 4 3	8 8 4 3	8 8 4 3	8 8 4 3	8 8 4 3
ABRUZZO	134	13	4	220	65	99	104	684
BASILICATA	175 231	27 32	1 3	19 388	16 27	169 262	203 119	25 50
CALABRIA	315 331	34 22	8 12	325 703	39 37	375 170	314 149	86 113
CAMPANIA	3414 1945	443 449	53 46	370 1195	256 217	335 252	890 277	410 1118
EMILIA R.	1352	12	30	6919	701	2900	834	3644
FRIULI	278 296	1 3	9 10	4531 3079	103 143	531 1120	704 59	378 1823
LAZIO	1849 2227	86 85	80 107	966 14022	338 370	1610 3620	2357 791	704 5926
LIGURIA	675 684	17 11	17 20	898 1624	160 152	719 285	430 118	221 420
LOMBARDIA								
MARCHE	117 141	6 5	9 4	332 658	47 46	126 171	183 92	147 1717
MOLISE	65 125	9 10	9 12	21 353	22 14	55 258	103 97	173 426
PIEMONTE								
PUGLIA	3685 7024	976 1023	39 44	1251 5244	119 121	1311 2568	1803 740	430 1116
SARDEGNA	368 546	109 115	19 36	328 2966	100 77	1008 631	737 377	92 1100
SICILIA	1055 1692	197 227	36 26	231 1316	201 222	810 567	779 509	129 293
TOSCANA	950 1011	32 24	17 26	967 2953	636 491	3101 2744	2077 946	1096 4298
UMBRIA	150 154	3	5 5	1244 668	202 200	670 369	334 116	474 291
VAL D'AOSTA	24 14	1	6	8 148	10 14	77 121	19 16	2 22
VENETO	1274 1294	32 47	49 51	6443 7882	840 816	716 4176	2187 629	2652 4185
BOLZANO	199 189	1 2	12 16	411 436	145 88	119 29	254 133	226 178
TRENTO	82 94	14 4	2 4	205 198	38 36	152 24	219 49	71 162

INFETTIVE FINO ALLA 36^a SETTIMANA DELL'ANNO

SCARLATINA	T.B.C. POLMONARE		T.B.C. EXTRAPOL.		VARICELLA		BLENNORRAGIA		BOTULISMO		BRUCELLOSI		DIFTERIE		DISSENTERIA BACILLARE		NEVRASSITI VIRALI		SIFILIDE		POLIO		TETANO		% U.S.L. NOTIFICANTI		
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
5	2	2			213			3				43					10		7							34	
13	55	52	9	3	249	272		1			69	61	1		2	1	2	4	1				1		93	79	
4	16	17		5	306	202			12	2	136	141			1		4	4	2	2	1		1		62	80	
24	101	98	3	4	840	1126	5	3	1		279	341	1	2		2	3	14	15	27			6		92	95	
621	160			23		9039		169				48	2			3	44		445				3			99	
522	103	131	10	22	1791	4396	36	51			13	4					1	3	21	41			3	6	56	79	
607	299	382	93	94	4604	8850	532	388	2		243	185			8	4	55	22	349	400			4	5	77	88	
810	119	152	24	26	1927	2250	39	22			23	34			2	2	3	9	45	59			6	3	76	77	
51	13	18	2		338	769	5	5			22	35			1		10	13	13				1	2	19	25	
14	9	12	2	8	310	250	3	4			70	76			1		4	3	1	9				1	91	93	
7	30	158	7	10	2016	3031	25	26	4		292	300	1		30	27	10	9	33	33			4	3	99	98	
87	102	76	9	8	839	1311	10	31			25	23				21	6	10	8	34			2		79	79	
43	53	48	4	4	802	961	86	84			361	350	1		32	7	14	14	43	64			4		96	91	
501	79	98	6	9	4494	8410	43	37	1		99	79	1		9	3	7	12	74	43			8	6	69	90	
76	20	27		7	613	1111	10	15			15	12					2	1	5	1			7	6	63	66	
5	26	17	2	2	20	128		2			7	6			2		11	13	15					1	100	100	
1395	340	343	54	56	5763	9273	96	91	2		42	113			14	8	21	13	146	181			10	10	89	99	
230	54	52	1		537	937	49	54			1	20	1			6	1		27	26						100	100
245	17	22			311	417	93	53			1	2			1				39	26			1	2	98	100	

DALL'ESTEROREAZIONI SISTEMICHE ALLERGICHE IN SEGUITO A VACCINAZIONE ANTIRABBICA CON HDCV

Il vaccino a cellule umane diploidi (HDCV) è disponibile negli USA fin dal giugno 1980. Da allora fino al marzo 1984 sono state somministrate circa 400.000 dosi a circa 100.000 persone. La maggior parte di queste vaccinazioni è stata eseguita come trattamento in seguito ad un'esposizione. Le informazioni sulle reazioni collaterali HDCV sono state ottenute dai Centers for Disease Control dal personale sanitario che somministra la vaccinazione a gruppi di numerosi soggetti con una stessa esposizione, quali gli studenti in veterinaria e coloro che lavorano nel campo della prevenzione animale. Durante i passati 46 mesi, sono state ricevute dai CDC segnalazioni cliniche di reazioni allergiche sistemiche, varianti dall'eritema alle reazioni anafilattiche (11 casi per ogni 10.000 vaccinati). Per pochi casi è stato necessario il ricovero in ospedale e non è stato segnalato nessun decesso dovuto alla reazione al vaccino.

Tra i casi segnalati ci sono stati 9 casi di presunta reazione da ipersensibilità immediata di Tipo I (1/10.000), 87 casi di presunta reazione da ipersensibilità di Tipo III (9/10.000), e 12 casi di reazioni di tipo indeterminato. Queste reazioni sono state classificate in base alla sola osservazione clinica. L'ipersensibilità di Tipo I si riferisce alle reazioni immediate dovute a immunoglobuline E (IgE), quali reazioni anafilattiche e atopia, mentre l'ipersensibilità di Tipo III si riferisce alle immunoglobuline G (IgG) o M (IgM) ed è dovuta alla deposizione nei tessuti di immunocomplessi circolanti antigene-anticorpo, all'attivazione del complemento e alla flogosi che ne consegue.

Le presunte reazioni di Tipo III si sono verificate 2-21 giorni dopo una o più dosi di HDCV, i pazienti hanno presentato esantema generalizzato o orticaria, talvolta accompagnata da artralgia, angioedema, febbre, nausea, vomito e senso di malessere. Tutte le 9 reazioni di presunto Tipo I sono avvenute sia in seguito alla somministrazione pre-esposizione (vaccino somministrato nei giorni 0, 7 e 21 o 28) o post-esposizione (vaccino somministrato nei giorni 0, 3, 7, 14, e 28 con somministrazione di immunoglobuline il giorno 0). Invece 81 (93%) delle 87 presunte reazioni di Tipo III sono state osservate in seguito a dosi di richiamo.

Le vaccinazioni di richiamo con HDCV sono raccomandate, per persone con costante rischio di esposizione, ogni due anni.

All'aumentare del numero di persone a cui veniva somministrata la prima dose di richiamo, anche le segnalazioni di reazioni allergiche di Tipo III sono aumentate di frequenza.

In circa metà delle coorti, di cui è nota la somministrazione di dosi di richiamo, tra gennaio '82 e marzo '84, 67 persone (il 7% di 962 in totale) sono state classificate come casi di reazione da ipersensibilità di Tipo III.

Nei casi in cui sono state eseguite, le analisi delle urine, l'azotemia e la creatininemia sono risultate nei valori normali. In due casi è stata riportata leucocitosi tra 14.000 e 24.000 (per lo più polimorfonucleati). In due pazienti a cui fu eseguito un prelievo di sangue nella fase più acuta della reazione clinica furono riscontrati bassi valori di complemento sierico. Raramente fu registrata difficoltà respiratoria. La maggior parte dei pazienti è migliorata in 2-3 giorni quando è stata trattata con antistaminici, ma in alcuni casi si è dovuto ricorrere a somministrazione sistemica di corticosteroidi e di epinefrina.

Un'analisi preliminare delle caratteristiche epidemiologiche della malattia in numerose coorti ha indicato un rischio relativo nel rapporto maschi/femmine di 2.3 (limiti di confidenza al 95% : 1.2 - 4.4). Non è stata dimostrata alcuna differenza significativa tra l'insorgenza di reazioni di Tipo III e l'età, via di somministrazione primaria o di richiamo (intramuscolo o intradermico), intervallo tra dose primaria e richiamo, anamnesi di episodi allergici o di precedenti vaccinazioni antirabbiche con prodotti differenti da HDCV. Sia i prodotti del Merieux Institute che quelli del Wyeth Laboratories sono stati associati con reazioni. In 2 gruppi, per i quali sono disponibili dati sierologici, non è stata riscontrata alcuna differenza nel titolo anticorpale, misurato prima del richiamo, tra coloro che hanno avuto reazione e tra quelli che non l'hanno avuta, mentre i titoli anticorpali, dopo il richiamo, erano significativamente più elevati in coloro in cui è insorta una reazione allergica.

Poiché l'immunizzazione primaria con HDCV sembra provocare una sensibilizzazione in alcuni soggetti, l'uso del vaccino antirabbico per dosi di richiamo deve essere valutato prudentemente, soprattutto per quei soggetti che hanno già avuto episodi di reazioni allergiche di Tipo III.

SIRMI: MORBILLO

Riportiamo il grafico dei casi di morbillo notificati al SIRMI dalle varie Regioni fino alla 36° settimana dell'anno '84. Per confronto è riportato anche il numero dei casi raccolti dal SIRMI per il medesimo periodo dell'anno precedente (1983). Per l'Abruzzo e l'Emilia Romagna non sono disponibili i dati del 1983.

La scala delle ordinate è logaritmica.

I dati originali sono quelli tabulati nel riepilogo 1-36 (pag.6-7).

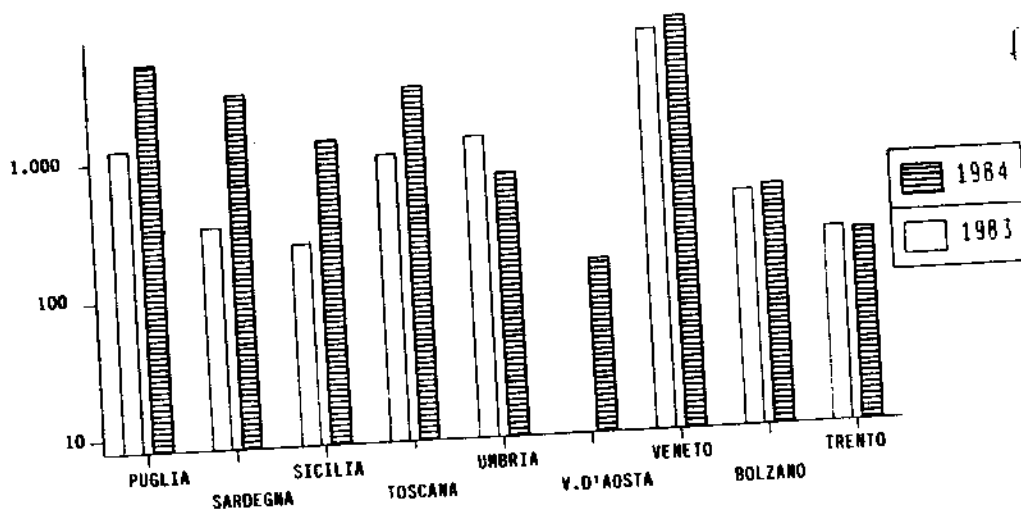
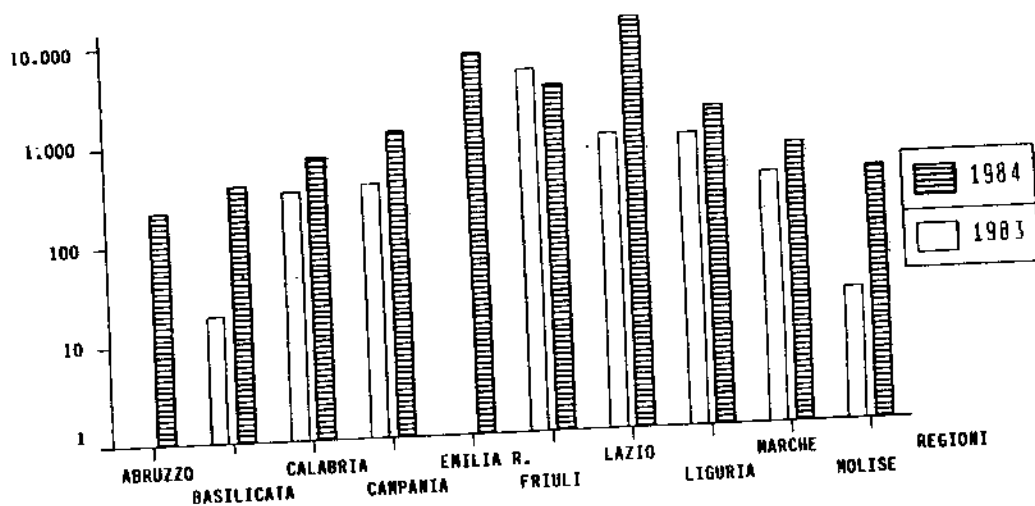


TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 4/9/84 AL 10/9/84

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPID.	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARlattINA	T.B.C. POLMONARE	T.B.C. EXTRAPOL.	VARICELLA	BLENNORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERITE	DISSENTERIA BAC.	NEVRASSITI VIRALI	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO
ABRUZZO	5	1		1	1	1	3					7			1			1			
BASILICATA	9			1	2	1	6	1		1											
CALABRIA	7	1	2	1		3	2			1					5						
CAMPANIA	81	21		3	8	1	7			3		7			14						
EMILIA R.	49			25	43	15	41	6	3	3		33	12		1			2	10		
FRIULI	5			5	11	4		6		2	1	12							3		
LAZIO	58	5		9	15	10	30	8	3	25	5	40	3					1	19		
LIGURIA	24		4	39	8	3	4	11		7		29					2		3		
LOMBARDIA																					
MARCHE	3			1	5		1	1		1		2						3			
MOLISE	5			6	1		1					5			2						
PIEMONTE																					
PUGLIA	114	18	1	1	9	4	11			3		12	1		7						
SARDEGNA	24	17	2	6	10		9	3	1	4		11					7	1	3		
SICILIA	53	54		30	22	10	12	16		1	21				6		2	2			
TOSCANA	18	1		14	28	25	13	6		2		13	2		1			1	2		
UMBRIA	2			5	18	1	5	2		1		5									
VAL D'AOSTA				4	3	1	1													2	
VENETO	28	5		19	53	24	10	7	2	8	2	31	1		1		1		4		
BOLZANO	2			3		3	1		3			5					1		1		
TRENTO	5			3	4		2				1	1		1					2		

NOTE: Abruzzo: 7/15 USL; Basilicata: 6/7 USL; Calabria: 21/31 USL; Lazio: 47/59 USL; Liguria: 17/20 USL; Marche: 8/24 USL; Puglia: 53/55 USL; Sardegna: 18/22 USL; Toscana: 39/40 USL; Umbria: 6/12 USL; Veneto: 34/36 USL.
 Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario.
 Il SIRMI è parzialmente finanziato dal Progetto Finalizzato CNR "Controllo delle Malattie da Infezione".

STAMPE

In caso di mancato recapito restituire al mittente:
Bollettino Epidemiologico Nazionale
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299
00161 Roma

INDICE

PROGRAMMA OMS PER IL CONTROLLO DELLE TOS-
SINFIEZIONI ALIMENTARI IN EUROPA.
EPIDEMIOLOGIA DEGLI INCIDENTI STRADALI.
INFORTUNISTICA STRADALE A FIRENZE, CONFRON-
TATA CON LA SITUAZIONE ITALIANA.
TABELLA DELLE NOTIFICHE-SETTIMANA 11-17/9/84.
TABELLA RIEPILOGO 1°-36° SETTIMANA DELL'ANNO.
DALL'ESTERO. REAZIONI SISTEMICHE ALLERGICHE IN
SEGUITO A VACCINAZIONI ANTIRABBICA CON HDCC.
SIRMI: MORBILLO.
TABELLA DELLE NOTIFICHE-SETTIMANA 4-10/9/84.

INDEX

WHO PROGRAMME FOR THE CONTROL OF FOOD POI-
SONING IN EUROPE.
EPIDEMIOLOGY OF ROAD ACCIDENTS. INCIDENCE
OF ROAD ACCIDENTS IN FLORENCE COMPARED WITH
THE REST OF ITALY.
TABLE OF NOTIFICATIONS-WEEK 11-17/9/84.
SUMMARY TABLE OF NOTIFICATIONS 1°-36° WEEK.
FROM ABROAD. ALLERGIC REACTIONS FOLLOWING AN-
TIRABIES VACCINATION WITH HDVC.
SIRMI: MEASLES.
TABLE OF NOTIFICATIONS-WEEK 4-10/9/84.

Direttore Responsabile: Prof. Francesco Pocchiari
Reg.Trib. Roma 154/83 del 22/4/83

Il *Bollettino Epidemiologico Nazionale* è redatto presso il Reparto Ma-
lattie Infettive, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (Direttore:
Prof. A. Zampieri) dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma, ed è riprodotto
in proprio presso il Settore Editoriale dello stesso Istituto.

Relazioni scritte su casi, epidemie, rischi ambientali e del lavoro,
o altri problemi di igiene pubblica, interessanti per gli operatori sanitari
sono bene accette, e possono essere indirizzate, come qualsiasi
altra comunicazione o richiesta, a:

Bollettino Epidemiologico Nazionale - Istituto Superiore di Sanità
- Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma.

Citazioni possono essere ammesse solo dietro richiesta.