

SENATO DELLA REPUBBLICA

VI LEGISLATURA

(N. 980)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori DAL CANTON Maria Pia, BARRA, COPPOLA, RUSSO Arcangelo, LEGGIERI, ARCUDI, BARBARO, SEGNANA, COSTA, SAMMARTINO, FRACASSI, DE GIUSEPPE, GIRAUDO e SENESE

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 16 MARZO 1973

Obbligatorietà della vaccinazione antirosolia per le minori degli anni nove e per alcune categorie di lavoratrici

ONOREVOLI SENATORI. — L'altissimo numero di nati minorati, oltre ai morti nel periodo perinatale (mortalità che ci mette al penultimo posto in Europa immediatamente prima del Portogallo) ci spinge a ricercare le cause di questo preoccupante e per motivi diversi drammatico fenomeno, e ad attuare quelle misure di medicina preventiva che valgano a ridurre le dimensioni.

Una delle cause delle malformazioni dei neonati è certamente da attribuire alla rosolia la quale, per lungo tempo poco considerata per la benignità del suo decorso, ha assunto un particolare rilievo nella considerazione del rischio di malformazioni fetali che si possono verificare ove l'infezione colpisca la gestante nelle fasi iniziali della gravidanza.

È noto, attraverso studi seri, compiuti in Italia ed all'estero su questo argomento, che le alterazioni dei bambini in seguito alla rosolia materna a volte possono passare inosservate alla nascita, come la sordità o le

gravi compromissioni dell'udito, la retinite pigmentosa, a volte sono evidentissime come la cataratta bilaterale e le cardiopatie congenite cianotizzanti.

Le compromissioni dell'udito, anche se non sono evidenti alla nascita, sono sempre preoccupanti; alcuni autori affermano che nei bambini colpiti dalla rosolia materna nei primi 4 mesi di vita, l'orecchio risulta danneggiato fino al 44 per cento dei casi. È vero che la sordità da compromissione virale dell'orecchio medio non è uno dei rischi più importanti della rosolia congenita, ma, d'altra parte, l'otite media da processo infettivo delle vie respiratorie superiori in un bambino, in cui l'orecchio interno è già lesa dalla rosolia, può trasformare un *deficit* di scarso impegno in una grave menomazione.

La sordità è comunque nella rosolia congenita un rischio grave.

Il *deficit* mentale, invece, è per fortuna di lieve entità; altre conseguenze della rosolia

sono: l'ittero, la polmonite, la miocardite, le lesioni renali e le alterazioni dentarie.

Questi danni si rilevano nei nati vivi, ma se, come è indispensabile, si tiene presente anche il numero dei nati morti e degli aborti, le difficoltà di « contare le vittime della rosolia materna in gravidanza » sono ancora maggiori e soltanto l'esecuzione sistematica degli esami virologici e possibilmente istologici, potrà dare un'idea della reale frequenza della mortalità neonatale e dell'aborto legati alla rosolia materna.

Si può comunque affermare che quando una donna nei primi mesi della gravidanza viene colpita dal *virus* della rosolia, è impossibile prevedere quali saranno le conseguenze sul prodotto del concepimento. Comunque, per restare alle affermazioni di alcuni autorevoli autori, la rosolia materna nel primo trimestre di gravidanza provoca gravi *deficit* neonatali nel 10 per cento dei bambini. Se tale infezione è acquisita nel primo mese, la percentuale sale al 60 per cento. Gli stessi autori osservarono che la mortalità infantile di madri che avevano contratto la rosolia entro le prime 12 settimane di gravidanza era pari al 76,5 per 1.000 nati vivi.

Un recente studio di Cooper eseguito su 367 casi di rosolia materna precoce ha condotto alle seguenti osservazioni:

fanciulli normali, 19 per cento dei casi;
morte fetale, 16 per cento dei casi;

affezioni oculari diverse, 71 per cento dei casi;

sordità a diversi gradi, 67 per cento dei casi;

malformazioni cardiache, 48 per cento dei casi;

ritardo psico-motorio, 45 per cento dei casi.

I dati ricavati dall'epidemia di rosolia comparsa nel 1964 negli Stati Uniti, mostrano con evidenza che i pericoli della rosolia materna sul figlio sono inversamente proporzionali alla durata della gestazione. Le statistiche stabilite da « Rubella Birth Defect Evaluation Project » ci dicono che causa la

rosolia materna al primo mese di gravidanza su 60 bambini nati: 56 anormali; al secondo mese su 106, 101 anormali; al terzo mese su 82, 64 anormali; al quarto mese su 43 nati, 22 anormali; dopo il quarto mese su 16, un anormale.

Per evitare quindi, per quanto è possibile, che nascano dei bambini minorati (difetti cardiaci, gravi o leggere compromissioni dell'udito, eccetera) è necessario rendere le madri immuni dalla infezione della rosolia, prima che inizi la gravidanza.

Studi epidemiologici condotti in diversi paesi del mondo hanno messo in evidenza che nella maggior parte delle popolazioni urbane europee ed americane sono reperibili anticorpi per la rosolia nel 50 per cento circa dei soggetti compresi tra 6-8 anni e nell'80-90 per cento dei soggetti giovani-adulti.

La situazione epidemiologica italiana studiata in alcune città non sembra differire molto da quella accennata.

Ciò significa che il *virus* della rosolia è così diffuso da creare negli adulti gli anticorpi nell'85 per cento della popolazione. Ma quel 10-15 per cento che non ha gli anticorpi è esposto ai guai accennati all'inizio.

La *Press Medical* del 21 marzo 1970 riporta una comunicazione del servizio maternità dell'ospedale di Tolosa in cui si dà relazione della vaccinazione antirosolia praticata su 124 donne coniugate dai 16 ai 30 anni, per lo più della classe media e sensibili al problema della prevenzione.

Ad esse prima e dopo la vaccinazione sono stati somministrati dei contraccettivi. Anche se tale esperimento si dice sia riuscito brillantemente ci pare di non doverlo ripetere, quando, più semplicemente, si può praticare la vaccinazione alle ragazze in età prepuberale per evitare che quel 15 per cento che non risulta immunizzato metta al mondo delle creature minorate.

Nei programmi elaborati sulla scorta delle conclusioni alle quali sono pervenuti i due congressi di Londra (1968) e di Bethesda (1969) sulla vaccinazione antirosolia si propone di sottoporre a vaccinazione « i bambini dei due sessi da due a nove anni di età e particolarmente quelli da quattro a nove anni in quanto costituiscono i serbatoi del

virus e le cause dei periodici succedersi dell'epidemie, durante le quali si moltiplicano le occasioni di infezioni delle madri; le fanciulle o adolescenti intorno all'età della pubertà, ossia da dieci a quattordici-quindici anni, le donne adulte in genere, prima del matrimonio o dopo il parto, e in particolare quelle esposte per ragioni professionali all'infezione (infermiere, vigilatrici d'infanzia, assistenti sanitarie, maestre, pediatre eccetera)». Per queste deve essere fatto il controllo degli anticorpi facendo anche presente la necessità di evitare il concepimento entro i due mesi susseguenti alla introduzione del vaccino.

Gli Stati Uniti propendono per la vaccinazione a tutti i minori di ambo i sessi da 4 ai 9 anni di età, mentre l'Inghilterra è più incline a vaccinare le ragazze dai 10 ai 14-15 anni di età.

Per la verità, una forma non esclude l'altra ma dovendo iniziare la vaccinazione è opportuno iniziare dalle ragazze e dalle donne esposte ai facili contagi.

A giudicare dai dati del Congresso di Londra e di Bethesda gli stipti HPV 77/DE 5 Cendehill e RA 27/3 possiedono fondamentalmente le stesse proprietà immunizzanti che si sono rivelate anche di lunga durata in una sperimentazione eseguita nel 1970 a Milano.

Controindicazione alla vaccinazione, secondo le raccomandazioni recentemente formulate dallo Public Health Service negli USA del 1969, sono oltre lo stato di gravi-

danza, le malattie gravi, il corso di terapie che possono abbassare i poteri di resistenza e la presenza di un grave stato febbrile.

Per tutte le considerazioni fatte presenti ci sembra di dover proporre la vaccinazione obbligatoria a tutte le bambine frequentanti la IV classe elementare ed a tutte le donne, particolarmente a quelle esposte al rischio del contagio.

Per queste ultime occorre accertare preventivamente che non solo non siano in stato di gravidanza ma anche che manchino degli anticorpi contro la rosolia.

Nel caso di presenza di anticorpi, la vaccinazione è inutile.

Come *test* per questo accertamento è stata fatta con ottimi risultati la ricerca preliminare degli anticorpi emoagglutinanti e come vaccini i ceppi prima citati. Tali indagini possono essere svolte in laboratorio provinciale di igiene e profilassi integrate, se necessario, da laboratori di enti ospedalieri.

Le maggiori spese per la vaccinazione obbligatoria sono assegnate al Ministero della sanità, per il *test* di prova e per la vaccinazione alle adulte a carico dell'ente mutualistico cui compete l'assistenza.

Affidando questo disegno di legge all'esame del Parlamento, i presentatori sperano che le ragioni esposte siano tali da persuadere i colleghi ad approvare il presente provvedimento che vuole essere un contributo alla medicina preventiva così necessaria e purtroppo ancora carente nel nostro Paese.

DISEGNO DI LEGGE
—

Art. 1.

La vaccinazione contro la rosolia è obbligatoria per tutti i soggetti minori di sesso femminile. Essa deve essere eseguita entro il nono anno di età ed a titolo gratuito.

Art. 2.

La persona che esercita la patria potestà o la tutela sulle minori indicate al precedente articolo 1 o il direttore dell'istituto di pubblica assistenza in cui è ricoverata o la persona cui la minore sia stata affidata da un istituto di pubblica assistenza, è responsabile dell'osservanza dell'obbligo della vaccinazione.

Il contravventore è punito con l'ammenda fino a lire 100 mila.

Art. 3.

La vaccinazione contro la rosolia è altresì obbligatoria per il personale di sesso femminile in servizio a qualsiasi titolo negli ospedali, istituti e cliniche universitarie, nelle case di cura, asili nido, nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado e in ogni altra istituzione sanitaria nonchè negli alberghi, pensioni, nei pubblici esercizi per la pulizia, l'igiene e l'estetica della persona. Essa deve essere eseguita a titolo gratuito e se la donna è in età fertile, soltanto quando non si trovi in stato di gravidanza o di immunizzazione contro la malattia, previo specifico accertamento.

Il decreto indicato al seguente articolo 4 determina i tempi e i modi della vaccinazione dei soggetti indicati al presente articolo.

Art. 4.

Il Ministro della sanità è autorizzato, sentito il Consiglio superiore di sanità, a determinare con proprio decreto:

la qualità ed il tipo di vaccino da impiegare;

i tempi e i modi della sua somministrazione e della eventuale rivaccinazione;

la categoria di soggetti che per speciali condizioni possono essere temporaneamente dispensati dall'obbligo e le modalità della loro vaccinazione successiva anche al termine indicato nei precedenti articoli 1 e 3.

Il decreto indicato al comma precedente è pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

Art. 5.

Tutte le donne in età fertile possono — a richiesta — essere vaccinate contro la rosolia purchè non siano in stato di gravidanza o di immunità contro la malattia.

A tal fine i servizi indicati all'articolo 6 provvedono ad effettuare la richiesta vaccinazione secondo le istruzioni e le modalità stabilite dal Ministro della sanità con il decreto indicato all'articolo 4.

Le spese per la vaccinazione e gli accertamenti preventivi sono a carico dell'ente o istituto di assistenza di malattia nei limiti delle tariffe all'uopo stabilite con decreto del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale.

Art. 6.

Le Regioni provvedono alla istituzione dei servizi di vaccinazione gratuita presso gli enti ospedalieri, i laboratori di igiene e profilassi, i servizi di medicina scolastica e le altre istituzioni sanitarie ritenute idonee.

L'Istituto superiore di sanità è tenuto a fornire la consulenza gratuita in materia.

Art. 7.

Il Ministero della sanità provvede a sue spese all'acquisto ed alla distribuzione del vaccino alle Regioni secondo le proposte che le stesse fanno entro e non oltre il 30 giugno di ogni anno.

La spesa relativa alla istituzione dei servizi indicati all'articolo 6, per la somministrazione del vaccino e per gli accertamenti indicati all'articolo 3 sono per metà a carico della Regione per metà a carico dei Comuni in ragione della rispettiva popolazione.

Art. 8.

Ai documenti prescritti per la prima ammissione alla scuola media d'obbligo è aggiunto il certificato, da rilasciarsi gratuitamente, attestante la subita vaccinazione antirosolia.

L'ammissione all'impiego o l'assunzione in servizio per le persone di cui all'articolo 3 è subordinata alla certificazione dell'avvenuta vaccinazione.

Art. 9.

L'onere derivante allo Stato dall'applicazione della presente legge, farà carico sul capitolo 1141 dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno 1973 e sui corrispondenti capitoli per gli esercizi successivi.