

UN TRAGUARDO SCIENTIFICO E UNA SPERANZA DI VITA MOLTO VICINI: L'ERADICAZIONE DELLA POLIOMIELITE OVUNQUE E PER SEMPRE

Lucia Fiore, *Dirigente di Ricerca, Direttore Reparto Vaccini Virali, Responsabile del Laboratorio di Riferenza Nazionale OMS per la Polio, CRIVIB, Istituto Superiore di Sanità, Roma.*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lanciò l'iniziativa per l'eradicazione globale della poliomielite (GPEI Global Polio Eradication Initiative) nel 1988, quando la malattia era endemica in 125 Paesi e paralizzava più di 350.000 bambini ogni anno. L'eradicazione è fattibile, perché l'uomo è il solo ospite naturale del virus ed esistono vaccini efficaci e sicuri. La continua riduzione dei casi di polio e del numero dei paesi endemici nel mondo ha dato sostegno alla fattibilità del programma.

L'eradicazione del poliovirus 2 selvaggio (WPV2) nel 1999 è stato il primo grande traguardo raggiunto dall'OMS. Per debellare i restanti sierotipi 1 e 3, particolarmente virulenti e di facile trasmissione, sono state proposte dall'OMS nuove strategie vaccinali e sono stati sviluppati nuovi vaccini vivi attenuati di Sabin, i monovalenti tipo 1 (mOPV1) e tipo 3 (mOPV3) e il bivalente (boPV1,3). Dando immunità specifica e di gregge verso i sierotipi ancora circolanti, essi hanno accelerato il programma d'eradicazione degli ultimi anni. Gli OPV costano poco e si somministrano con facilità, inoltre simulano l'infezione naturale, conferendo immunità sia mucosale che umorale. Grazie alle campagne di vaccinazione, l'ultimo caso da WPV3 è stato notificato il 10-11-12, in Nigeria. Da allora, dai casi di polio sono stati isolati solo WPV1. Si può quindi ritenere ormai eradicato anche il WPV3. Altro grande successo raggiunto dall'OMS nel 2011: l'India libera dalla poliomielite endemica, un traguardo che pareva irraggiungibile.

Il WPV1 ancora persiste, ma per fortuna solo in poche aree del mondo: Nigeria e paesi confinanti, Pakistan e Afghanistan. In essi si registrano casi anche negli adulti, ma talvolta il virus viene importato e s'espande anche in altri paesi, già dichiarati liberi da polio per molti anni e anche lontani. Si sono così verificati casi più o meno numerosi in bambini e adulti a seguito dell'importazione di WPV1, ma anche di gravi lacune nei programmi vaccinali in questi paesi, come i 600 casi del Tajikistan nel 2010 e i più recenti 27, nel 2013, sempre del tipo WPV1 importato dal Pakistan, riscontrati in Siria, dove la guerra civile ha fatto crollare il tasso di copertura vaccinale dal 91% del 2010 al 68% del 2012. La difficilissima situazione per i cittadini e per l'attività del personale sanitario nell'approvvigionamento e conservazione dei vaccini e del materiale necessario alle vaccinazioni, la distruzione delle reti fognarie e l'inaccessibilità alle fonti di acqua potabile, con l'aggravio dello spostamento della popolazione in campi profughi, hanno creato in quel paese lo scenario ideale per la diffusione del virus. L'OMS, con campagne di vaccinazione straordinaria contro polio, morbillo, parotite e rosolia, è tuttavia riuscita a controllare l'epidemia. Per evitare la diffusione del virus, campagne straordinarie sono state effettuate anche nei paesi circostanti. Ancora nel 2013, l'importazione di virus dall'Egitto ha provocato la presenza di WPV1 nelle acque reflue di vaste aree in Israele, a Gaza e in Giordania, pur in assenza di casi di polio tra la popolazione. La diffusione in Israele è stata favorita dalla scarsa capacità del vaccino inattivato di Salk (IPV), colà a lungo usato, d'indurre immunità mucosale, essenziale per ostacolare la colonizzazione dell'intestino nelle successive infezioni da WPV e per prevenire il rilascio dei virus con le feci e la loro dispersione nell'ambiente e tra la popolazione.

L'ampia circolazione di WPV in Israele, nonostante la copertura immunitaria superiore al 94% con IPV, e il focolaio in Siria hanno innalzato il livello di attenzione per il rischio di una possibile diffusione dei virus nei paesi della UE e dello Spazio Economico Europeo

(SEE). Infatti l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) ha stimato che i profughi in fuga dalla Siria, richiedenti asilo politico in Europa, siano stati oltre 11 mila nei primi 9 mesi del 2012, numero che è cresciuto nel 2013-14. Su consiglio del Comitato OMS per l'Emergenza, il 5-5-14 la Direzione Generale dell'OMS ha dichiarato "La diffusione di poliovirus un rischio per la Sanità Pubblica" è "un'emergenza internazionale", rimarcando la necessità di risposte coordinate a livello internazionale per controllare la diffusione del virus ed evitare il fallimento del programma d'eradicazione della polio, che resta una delle malattie più gravi prevenibili col vaccino. Nella storia dell'OMS, una simile dichiarazione è stata in precedenza emanata solo una volta, annunciando l'influenza pandemica suina del 2009.

“La decisione è stata presa in un momento in cui l'eradicazione della polio ha raggiunto i migliori risultati”, ha detto M. Chan, Direttore Generale dell'OMS: “il numero di nuovi casi di polio è sceso oltre il 99% dal lancio della GPEI, dai 350.000 del 1988 a poco più di 400 nel 2013. Tuttavia, tra gennaio e aprile 2013, mesi peraltro di norma associati a bassa trasmissione della polio, il virus è stato esportato da tre soli paesi in tre grandi zone: in Asia centrale (dal Pakistan all'Afghanistan), in Medio Oriente (Siria in Iraq) e in Africa centrale (Camerun in Guinea Equatoriale). Alla fine del 2013, il 60% dei casi rappresentava il risultato della diffusione internazionale del virus, che è particolarmente elevata ora, quando vari paesi confinanti con quelli ancora endemici presentano emergenze umanitarie, guerre o altre grandi criticità. Una risposta internazionale coordinata è decisiva per aumentare l'immunità e arginare la diffusione del virus”.

Le raccomandazioni della Chan sono state il segnale dell'impegno della comunità mondiale per proteggere il progresso globale nella lotta contro la polio e per l'utilizzo di tutte le misure atte a porre fine alla malattia per sempre. E' necessario raggiungere l'obiettivo dell'eradicazione entro il 2018. A dicembre 2013 L'ECDC ha quindi aggiornato i precedenti "rapid risk assessments", per elevare il livello di attenzione al rischio di una possibile diffusione del virus sia nella regione del Mediterraneo orientale che nei Paesi della UE e dello SEE. L'ECDC ha raccomandato agli Stati membri dell'UE/SEE l'adozione delle seguenti misure:

- verifica delle coperture vaccinali nazionali; in caso di coperture vaccinati nazionali inferiori al 90%, l'aumento degli sforzi volti a migliorare le coperture con una pianificazione nazionale;
- identificazione delle fasce di popolazione a rischio;
- predisposizione di piani operativi e d'emergenza per la somministrazione del vaccino in caso d'evidenza di trasmissione di WPV;
- rafforzamento della sorveglianza delle paralisi flaccide acute (PFA). La sorveglianza deve essere condotta in ogni paese secondo gli indicatori di performance richiesti dall'OMS, includendo la diagnosi virologica effettuata dalla rete internazionale dei laboratori di riferimento dell'OMS, che consente l'identificazione rapida dei virus coinvolti nella insorgenza delle PFA. La caratterizzazione dei virus polio come WPV, o come virus vaccinale circolante (cVDPV), permette risposte rapide e la scelta di strategie per campagne di vaccinazione atte a bloccare la diffusione dei virus.
- esecuzione della sorveglianza ambientale, quale attività supplementare alla sorveglianza delle AFP. infatti, data l'attuale qualità, non ottimale, dei sistemi di sorveglianza europea per la polio, permane la preoccupazione che la circolazione dei WPV possa non essere prontamente rilevata.

Le strategie per il completamento del programma OMS d'eradicazione sono chiare: assicurare un'elevata copertura con 4 dosi di vaccino OPV nel primo anno di vita; somministrare dosi supplementari di OPV a tutti i bimbi sotto i 5 anni, tramite le giornate

nazionali di vaccinazione (National Immunization Days), ed effettuare campagne mirate “mopping-up” ove il virus sia limitato a specifiche zone; sorvegliare il WPV con la notifica di ogni caso di PFA nei soggetti con meno di 15 anni ed effettuare le analisi di laboratorio sui campioni clinici secondo le linee guida dell'OMS.

Il programma OMS d'eradicatione della polio è stato molto efficace e i risultati sono stati di grande valore: più di 5 milioni di bambini, che sarebbero stati paralizzati, oggi camminano perché immunizzati contro la polio. Più di 2 miliardi di bimbi nel mondo sono stati vaccinati con Supplementary Immunization Activities, dimostrando che interventi ben pianificati possono raggiungere anche le aree più remote, povere e belligeranti. Prevenendo una malattia debilitante, il GPEI aiuta anche a ridurre la povertà e offre migliori possibilità di vita ai bambini e alle famiglie.

Casi di polio sono ancora presenti in Afghanistan e Pakistan e nel centro dell'Africa (Nigeria e Paesi confinanti) dove persiste la trasmissione di WPV, con casi anche negli adulti. Che cosa rende difficile eradicare la polio endemica in questi paesi? Di certo non si tratta di cause

tecniche, ma politiche e sociali. Una crisi s'è aperta quando, ormai 3 anni fa, soprattutto in Nigeria ma anche nell'India del Nord e in Egitto s'è dovuta affrontare una vera e propria campagna anti-vaccinazione per l'opposizione di parte del mondo islamico. S'è assistito alla diffusione di dicerie che accusavano la vaccinazione di causare sterilità e impotenza, sono stati scagliati anatemi contro di essa, fino alla contrapposizione fisica: per molto tempo i Mullah nigeriani hanno negato l'accesso alle squadre di vaccinatori. Era un antagonismo specificamente diretto contro la vaccinazione antipolio e molti volontari hanno perso la vita nelle campagne di vaccinazione.

E' stata pertanto ribadita l'urgenza di mettere in atto un programma mondiale. L'Independent Polio Monitoring Board, attivo da 3 anni, introduce infatti importanti modifiche nella strategia di lotta, tanto da far sperare che gli obiettivi per il 2018 saranno realmente raggiunti. L'eradicazione globale presume anche la totale scomparsa della nicchia ecologica del poliovirus; infatti, quando la circolazione del WPV sarà interrotta, anche la vaccinazione con l'OPV dovrà terminare, assicurando l'eliminazione dei poliovirus vaccinati. Sarà interrotta e sostituita per un successivo periodo dall'IPV, prodotto con nuove strategie tali da ridurre i costi, rendendolo accessibile anche ai Paesi in via di sviluppo.

Il nuovo Piano Strategico per il 2018 introduce delle importanti novità: pone innanzitutto sullo stesso piano, cioè "in parallelo", il controllo della poliomielite sia da WPV che cVDPV; enfatizza il potenziamento, nei paesi endemici e in quelli a alto rischio di reintroduzione, delle vaccinazioni di routine, con l'obiettivo di arrivare a una percentuale elevata e stabile di soggetti correttamente vaccinati; sottolinea infine l'importanza di mantenere alta l'immunità della popolazione anche ricorrendo a dosi booster ed enfatizza la necessità di un controllo continuativo sui viaggiatori da e per aree infette.

D'altra parte, in previsione dell'eradicazione, il Piano focalizza l'attenzione sulla necessità del graduale passaggio dall'OPV all'IPV, preceduto dall'abbandono del vaccino trivalente (tOPV) in favore di quello bOPV1,3. Il programma d'eradicazione richiede un sistema di monitoraggio che accerti, con una sorveglianza attiva, l'effettiva scomparsa dei poliovirus nella popolazione umana. In particolare, il Piano ribadisce l'assoluta necessità, nell'attuale situazione mondiale, d'individuare rapidamente tutti i WPV circolanti e in contemporanea di mantenere la sorveglianza, una volta ottenuta l'eradicazione, per riconoscere l'eventuale emergenza della circolazione di cVDPV nelle fasi di passaggio al vaccino bivalente e poi alla vaccinazione con solo IPV. La sorveglianza delle PFA rimane il “golden standard” di ogni

programma, non solo nei paesi endemici o ad alto rischio di reintroduzione, ma anche nei paesi polio-free (tra cui l'Italia). In essi il mantenimento degli standard è un obiettivo centrale a garanzia dell'avvenuta eradicazione.

La lotta contro la poliomielite ha una storia che parte dall'Italia, in particolare da Treviglio, dove alla fine degli anni '70 prese avvio ad opera del Rotary Club l'ambizioso progetto d'eradicare questo virus nel mondo. Tra i pionieri di questa operazione di ampio respiro si distinsero Sergio Mulitsch e Luciano Ravaglia, personalità che hanno saputo incarnare perfettamente lo spirito di servizio e di cooperazione che anima la missione del Rotary international.

L'attività del Rotary è inestimabile, sia nel sensibilizzare l'opinione pubblica sulle emergenze nel mondo che nel promuovere il progresso nei paesi più difficili, stringendo rapporti con i rappresentanti della società civile e operando spesso con coraggio in aree pericolose per la stessa incolumità degli operatori. L'auspicio è quindi che il Rotary continui l'opera per favorire le attività di vaccinazione e di sorveglianza di questa malattia e alimentare la cultura della prevenzione, elementi che possono condurci verso il grande traguardo dell'Eradicazione Globale della Poliomielite. Il contributo del Rotary italiano è fondamentale per vincere le ultime sfide. Doniamo la speranza.

Lucia FIORE