

Eradicare la polio? Forse vaccinare non basta

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Polio. Eradicazione. Vaccino Sabin e Salk. Virus polio vaccinali

Un percorso a ostacoli

Non vi è dubbio che passare dai 35.000 casi di poliomielite segnalati all'OMS nel 1988 ai circa 700 registrati finora nel 2007 sia stato un risultato di dimensioni ragguardevoli che ha dimostrato la grande efficacia della vaccinazione. Ma il traguardo dell'eradicazione, fissato inizialmente per il 2000, si sta spostando sempre più in là: oggi si parla del 2010. Mentre la malattia è calata progressivamente fino all'azzeramento dei casi in ampi territori, certificati polio free – le Americhe nel 1994, l'area del Pacifico Occidentale nel 2000 e l'Europa nel 2002 – altrove si sono osservate forti oscillazioni delle frequenze e riaccensioni epidemiche.

La polio: dov'è?

Il Paese più colpito dalla polio è l'India, dove tuttora si conta circa la metà dei casi mondiali. Alcuni motivi di questo triste primato si possono identificare nella precaria situazione igienica, nella scarsa efficacia del vaccino per le infezioni intestinali d'altra origine, nella grave malnutrizione che compromette l'immunità e soprattutto nella grande debolezza dei servizi sanitari. Non a caso oggi la polio in India è concentrata nelle aree rurali più povere [1]. Inoltre la dipendenza dai finanziamenti internazionali o da organizzazioni umanitarie per l'esecuzione delle campagne vaccinali crea problemi di discontinuità. Lo stesso Direttore dell'OMS, Margaret Chan, si lamenta per le promesse disattese dai Paesi del G8, su questo obiettivo [2]. L'altro luogo del mondo più colpito dalla polio è l'Africa. Qui, oltre ai determinanti già citati per l'India, troviamo le guerre e la fuga di intere popolazioni accampate in luoghi insospitati, privi delle risorse elementari. Non a caso in questi ultimi anni sono state segnalate epidemie in Darfur e in Sudan. Inoltre appare emblematica – per diversi motivi – la vicenda della Nigeria. Secondo alcune fonti, le

autorità fecero interrompere la vaccinazione, sostenendo che il vaccino contenesse estrogeni allo scopo di minare la loro fertilità. Altri ipotizzano che il rifiuto sia nato dalla forte diffidenza dopo la morte di diversi bambini durante la sperimentazione di un antibiotico, condotta in modo illegale [3]. Di fatto la vaccinazione venne interrotta per alcuni anni agli inizi del 2000, con conseguenze disastrose: grandi epidemie che si propagarono in ben 21 Paesi limitrofi, in precedenza liberi dalla polio. A complicare la situazione, dopo la ripresa faticosa della vaccinazione e i primi buoni risultati, quest'anno la Nigeria è stata colpita da un'epidemia da virus derivati da Sabin (Sabin-like).

In Medio Oriente la polio è tuttora endemica in Afghanistan e in Pakistan, dopo un periodo di fiammate epidemiche. Alcuni sottolineano che, in molti di questi Paesi, i bambini muoiono di più per altri motivi e che la polio non costituisce un problema prioritario: mancano infatti acqua potabile, cibo e una vita serena.

I virus polio e i vaccini

Dopo l'ultimo caso da virus polio 2 segnalato nel 1999, sono stati registrati nel mondo solo casi dovuti al tipo 1 e 3. Ciò ha suggerito la produzione di vaccini monovalenti contro il polio 1 e 3, anche perché pare che il tipo 2 comprometta la risposta agli altri due virus contenuti nel trivalente. Un evento inatteso è stata la constatazione che i virus Sabin sono in grado di mutare e addirittura di provocare epidemie. La prima avvisaglia si ebbe nel 2000, con la prima epidemia da virus Sabin-like nei Carabi, poi nelle Filippine, in Madagascar, Indonesia, Cambogia, Niger, Myanmar e infine in Nigeria nel 2007 [4]. Questo fenomeno si è verificato solo in presenza di basse coperture vaccinali (< 30%), ma aggiunge elementi di grande complessità ai fini dell'eradicazione. La sorveglianza, tutt'altro che semplice, assume quindi un ruolo di primaria importanza nel guidare le azioni. Non va poi dimenticato che i virus Sabin possono mutare e tornare virulenti durante il passaggio intestinale; si stimano 2-4 casi di paralisi flaccida ogni milione di dosi. E ciò sarà intollerabile quando la malattia dovesse diventare rara ovunque, come è accaduto nei

Paesi più ricchi. Ma il passaggio universale al Salk nelle fasi finali dell'eradicazione pone problemi non trascurabili per i costi, la via di somministrazione (i.m.) e la minore capacità di ridurre l'escrezione intestinale dei virus polio.

Il futuro

L'OMS ha predisposto un piano dettagliato per raggiungere l'eradicazione [5], ma la dinamicità della situazione e i tanti problemi connessi richiederanno continui aggiustamenti. Si prospettano tempi lunghi, e questo renderà meno propensi a offrire finanziamenti i donatori e i politici che desiderano vedere risultati veloci. Infine sicuramente anche le industrie che producono i vaccini cercheranno di influenzare le decisioni per i loro interessi.

Conclusioni

Riuscire a eradicare la polio appare una sfida più ardua del previsto. Strada facendo, si sono evidenziati imprevisti collegati al comportamento dei virus polio – selvaggi e vaccinali – e problemi collegati al comportamento degli uomini. Tutto ciò dimostra da un lato i limiti della nostra conoscenza e dall'altro la stretta connessione tra i fattori sociali, culturali, politici e la salute delle persone. I luoghi del mondo dove ancora esiste la polio sono molto eloquenti. Risulta evidente, anche in questo caso, che un approccio mirato alla singola malattia non è efficace e inoltre che gli strumenti della medicina – da soli – non bastano a produrre salute. ♦

Bibliografia

- [1] Kar A. Eradication versus control for poliomyelitis. *Lancet* 2007;370:131-2.
- [2] Reynolds T. Polio: an end in sight? *BMJ* 2007; 335:852-4.
- [3] Raufu A. Nigerians in drug trial take their case to US court. *BMJ* 2003;326:899.
- [4] WHO. Circulating Vaccine-derived poliovirus 2000-2007. <http://www.polioeradication.org/case-count.asp>.
- [5] WHO. Global polio eradication initiative. Strategic Plan 2004-2008. WHO 2003.

Per corrispondenza:
Luisella Grandori
e-mail: luisegra@tin.it