

Polio today

Aggiornamento dei dati al 7 maggio 2024 (Fonte OMS)

Country or territory	Wild virus type 1 confirmed cases								
	Full year total						01 Jan-07 May ¹		Date of most recent case
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023	2024	
Pakistan	12	147	84	1	20	6	1	2	29-Feb-24
Afghanistan	21	29	56	4	2	6	0	2	20-Feb-24

La tabella, oltre ad indicare la situazione alla data, consente di avere un'idea dell'andamento dei casi negli ultimi 6 anni.

In Pakistan: i bambini paralizzati dal virus selvaggio tipo 1 (WPV1) sono quelli già segnalati nel mese di aprile, tutti nella provincia del Baluchistan, al confine con l'Afghanistan. In Afghanistan: si contano due bambini paralizzati da WPV1.

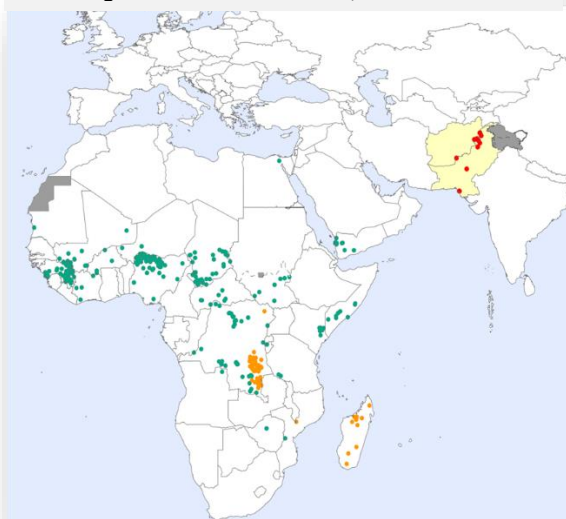
La circolazione del virus a livello ambientale, come mostrano i dati della sorveglianza, sia ambientale sia sulle persone a contatto con i bambini ammalati ⁽²⁾, è ancora di una certa importanza per il rischio che la presenza di WPV1 costituisce per i bambini non vaccinati, o sotto-vaccinati.

Country or territory	Wild virus type 1 reported from other sources ²							
	Full year total							01 Jan-07 May
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Pakistan	141	405	455	65	43	128	108	
Afghanistan	83	60	49	1	22	62	27	

Un dato positivo viene dai casi di paralisi causata da virus circolanti derivati dal vaccino che sono 29 dall'inizio dell'anno (nello stesso periodo del 2023 i casi furono 70 e in tutto l'anno 524).

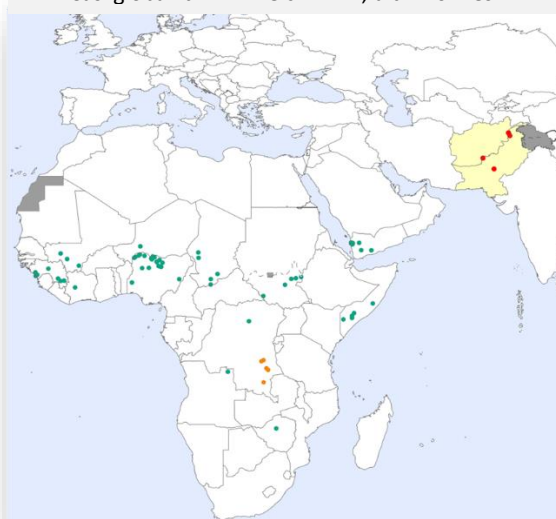
Le due immagini che seguono fotografano molto bene l'attuale andamento positivo dei dati: visivamente impressiona la riduzione che osserviamo nei dati relativi agli ultimi 6 mesi rispetto alla situazione degli ultimi 12 mesi (dove i punti verdi e marroni indicano i casi di polio causati da virus circolanti derivati dal vaccino e i rossi quelli da WPV1)!

Casi globali di WPV¹ e cVDPV1, ultimi 12 mesi²



1. Esclusi i virus rilevati dalla sorveglianza ambientale;
2. Esordio paralisi rilevato fra 08 Maggio 2023 e 07 Maggio 2024

Casi globali di WPV¹ e cVDPV1, ultimi 6 mesi³



3. Esordio paralisi rilevato fra 08 Maggio 2023 e 07 Maggio 2024



Ricordiamo che, per combattere il virus selvaggio e quelli circolanti derivati dal vaccino, abbiamo una sola arma ...

vaccinare, vaccinare ... "vaccinare sino all'ultimo bambino"

La vaccinazione ha, finora, consentito di debellare 2 dei tre tipi di WPV: il tipo 2 è stato dichiarato eradicato nel 2015 e il tipo 3 nel 2019. Attualmente, il 100% dei casi di poliomielite da WPV è causato dal tipo 1.

Può essere utile, allora, fare il punto sulle caratteristiche dei vaccini a nostra disposizione.

Possiamo contare su due famiglie di vaccini contro la poliomielite: il vaccino orale a virus vivi attenuati (OPV) e il vaccino intramuscolare a virus inattivati (IPV). Conosciuti anche, dal nome del loro inventore, come vaccino Sabin e vaccino Salk.

OPV e IPV hanno importanti, ma diversi, vantaggi: sono entrambi necessari per eradicare la poliomielite per sempre. OPV protegge sia l'individuo che la comunità e così è uno strumento essenziale per bloccare la trasmissione del virus selvaggio. IPV continuerà essere uno strumento critico in contesti che hanno un elevato livello di immunizzazione per raggiungere e sostenere un mondo libero dalla polio.

I vaccini contro la poliomielite		
	Vaccino Antipolio orale (OPV)	Vaccino Antipolio inattivato (IPV)
Cosa contiene	Miscela di poliovirus vivi fortemente attenuati (non in grado di causare malattia): – Trivalente tutti e 3 i tipi di poliovirus (*) – Bivalente tipo 1 e 3 – Monovalente 1 solo tipo (*) non più in uso dal 2016, in quanto il tipo 2 è stato eradicato	Miscela dei poliovirus inattivati
Come lavora	L'OPV stimola la produzione di anticorpi nel sangue e, soprattutto, nell'intestino. Aiuta a fermare la trasmissione da persona a persona, limitando la capacità del virus selvaggio di replicarsi nell'intestino e diffondersi per infettare gli altri. Il vaccino orale continua ad essere usato perché è l'unico che possa permettere l'eradicazione del virus.	L'IPV stimola la produzione di anticorpi nel sangue. Il bambino vaccinato sviluppa degli anticorpi che gli garantiscono una immunità a livello ematico che lo protegge perfettamente dalla malattia, qualora incontri il poliovirus; tuttavia, continuerà ad eliminare il virus "selvaggio" e potrà infettare altri bambini (e adulti) con i quali entrerà in contatto
Come si somministra	Somministrazione orale; può essere effettuata da volontari ed è parte dei programmi di immunizzazione di routine di molti paesi. Usato ampiamente nelle campagne di immunizzazione per estirpare il poliovirus. Costi meno di US \$ 0,15 per dose	Somministrazione intramuscolare; richiede del personale formato oltre al materiale necessario per ogni bambino da vaccinare (ad esempio: un ago sterile per ogni dose, ...). Costi: a partire da 1 \$ per somministrazione.
Come si utilizza	Estremamente efficace nel proteggere i bambini da poliovirus selvaggio (WPV). Quasi tutti i paesi hanno utilizzato l'OPV per fermare la trasmissione del WPV perché impedisce la diffusione da persona a persona del virus, proteggendo sia l'individuo che la comunità.	Estremamente efficace nel proteggere i bambini dalla malattia dovuta a WPV, ma non può fermare la diffusione del virus in una comunità e non è indicato nelle campagne in risposta a focolai epidemici.

In Italia, l'ultima grande epidemia ci fu nel 1958. Secondo i dati ufficiali, i paralizzati furono 8.377, più di 400 persone finirono nei polmoni d'acciaio. Da quel momento i genitori terrorizzati invocarono a gran voce la vaccinazione di massa per tutti i bambini. Il vaccino Salk fu introdotto in Italia nel 1958, quello Sabin nel 1964. Nel 1966, il ministro Mancini rese obbligatorio il Sabin. Quel ritardo, annota lo storico della medicina Stefano Gagliano nel suo testo "Dieci farmaci che sconvolsero il mondo", costò all'Italia più di 1000 decessi e più di 8000 paralisi. L'ultimo caso in Italia è stato registrato nel 1983. Dopo l'eradicazione completa della polio in Europa nel 2002, in Italia è utilizzato solo IPV.

Un caro saluto a tutte e tutti.

Barbara Zaapparoli