



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

UFFICIO 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE

A

ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE

COMANDO CARABINIERI TUTELA DELLA
SALUTE – NAS Sede Centrale

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE
AUTONOME TRENTO E BOLZANO

MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO P.S.
DIREZIONE CENTRALE DI SANITA'

U.S.M.A.F. UFFICI DI SANITA' MARITTIMA,
AEREA E DI FRONTIERA

MINISTERO DEI BENI CULTURALI E DEL
TURISMO
DIREZIONE GENERALE PER LE POLITICHE DEL
TURISMO

DIREZIONE GENERALE DELLA
PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO 8

COMANDO GENERALE CORPO DELLE
CAPITANERIE DI PORTO
CENTRALE OPERATIVA

DIREZIONE GENERALE SANITA' ANIMALE E
FARMACO VETERINARIO

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI
UNITA' DI CRISI

ENAC
DIREZIONE SVILUPPO TRASPORTO AEREO

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

MINISTERO DELLA DIFESA
STATO MAGGIORE DELLA DIFESA
ISPETTORATO GENERALE DELLA SANITA'

CROCE ROSSA ITALIANA
REPARTO NAZIONALE DI SANITA' PUBBLICA

MINISTERO DEI TRASPORTI

ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE
INFETTIVE – IRCCS “LAZZARO SPALLANZANI”

AZIENDA OSPEDALIERA - POLO
UNIVERSITARIO OSPEDALE LUIGI SACCO

ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI
MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE
MALATTIE DELLA POVERTA'(INMP)

OGGETTO: CIRCOLAZIONE DI POLIOVIRUS DI TIPO 2 DI DERIVAZIONE VACCINALE – REGIONE AFRICANA

31 luglio 2019

Le sintesi riportate di seguito forniscono un aggiornamento sulla situazione delle epidemie da circolazione di poliovirus di tipo 2 di derivazione vaccinale (cVDPV2) nelle regioni OMS africana e del mediterraneo orientale. Non è stato riscontrato poliovirus selvaggio nel continente africano da settembre 2016.

A - Nigeria e sotto regione del Bacino del Lago Chad (LCB)

Nella sotto-regione del Bacino del Lago Chad (LCB), continuano a diffondersi numerose epidemie di cVDPV2. Tutti i Paesi che compongono la sotto-regione (Niger, Camerun e Nigeria) hanno segnalato positività in campioni umani o ambientali.

In Nigeria, sono stati colpiti 17 stati fra cui gli stati di: Adamawa, Bauchi, Borno, Gombe, Jigawa, Kaduna, Kano, Katsina, Kwara, Lagos, Niger, Ogun, Osun, Sokoto, Taraba, Yobe e Zamfara. I virus isolati dalla maggior parte degli stati sono collegati geneticamente all'epidemia di Jigawa segnalata ad

ottobre 2018, sebbene siano stati riscontrati diversi cVDPV2 negli stati di Borno e Sokoto. Al 22 luglio 2019, 50 campioni ambientali sono risultati positivi per cVDPV2 e inoltre il virus è stato isolato da campioni di feci di 23 bambini affetti da paralisi flaccida acuta (AFP) o in contatti di comunità sani. L'ultimo caso dovuto a poliovirus selvaggio (WPV) è stato segnalato nello stato di Borno ad agosto 2016.

In Niger, è stata segnalata un'epidemia di cVDPV2 il 21 settembre 2018 nel distretto sanitario di Magaria e Tanout nella regione Zinder. I virus sono stati isolati da campioni di feci da 10 casi di AFP con ulteriori 11 campioni positivi segnalati nei contatti. Pertanto, il 5 ottobre 2018, l'epidemia è stata dichiarata un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza nazionale e internazionale dal Ministro della Salute Pubblica. Al 22 luglio 2019, in totale sono stati segnalati nel paese dall'inizio dell'epidemia a luglio 2018 22 cVDPV2 a Magaria, Tanout, Dungass, e Bosso. Il sequenziamento genetico dei virus ha indicato che erano collegati all'epidemia nello stato di Borno, in Nigeria.

Il 16 maggio 2019, il Centro Pasteur del Camerun ha isolato un cVDPV2 da un campione ambientale prelevato dall'Ospedale del Distretto Mada il 20 aprile 2019 nella regione all'estremo nord del paese. Il sequenziamento genetico degli isolati ha confermato il collegamento all'epidemia in corso nello stato di Borno, Nigeria. Non sono stati segnalati casi associati di AFP.

Come estensione delle epidemie nella LCB, l'11 luglio 2019 è stato isolato un cVDPV2 da un campione ambientale prelevato dalla località Koblimagu a Tamale Metropolis in Ghana. Non sono stati segnalati casi associati di AFP. Il sequenziamento genetico del virus ha indicato il collegamento all'epidemia nello stato di Kwara in Nigeria.

B – Repubblica Democratica del Congo e Africa centrale

Repubblica Democratica del Congo

Da gennaio 2018 al 5 luglio 2019, sono stati segnalati in totale 31 casi di cVDPV2 da sette province della Repubblica Democratica del Congo, precisamente Mongala (11), Haut Katanga (4), Kasai (4), Haut-Lomami (5), Sankuru (4), Tanganyika (2), e Ituri (1). L'ultimo caso è stato segnalato dalla zona sanitaria di Kamonia a Kasai, con inizio della sintomatologia il 28 maggio 2019. I 26 casi segnalati dal 2018 sono stati associati a sette ceppi di cVDPV2 geneticamente distinti che hanno colpito le sette province, con Kasai e Haut-Lomami colpiti ognuno da due diversi ceppi di cVDPV2. Nella provincia di Kasai, sono stati isolati due nuovi virus collegati geneticamente, con sei nucleotidi diversi rispetto a Sabin 2 in entrambi, da due casi diversi di AFP con inizio della paralisi rispettivamente l'8 e il 21 aprile 2019. Kasai stava già partecipando alle campagne per l'epidemia da mOPV2, poiché era già affetta da una distinta epidemia di cVDPV2.

Nella zona sanitaria Malemba Nkulu, provincia Haut-Lomami, un cVDPV2 geneticamente collegato è stato isolato da due casi di AFP, con inizio della paralisi il 10 febbraio 2019 e il 3 giugno 2019. Questi virus collegati hanno 8 e 11 nucleotidi modificati rispetto a Sabin 2 e rappresentano l'apparizione di un nuovo cVDPV2. La provincia Haut-Lomami è stata già colpita da un distinto ceppo cVDPV2 ed ha partecipato a campagne di risposta all'epidemia da mOPV2; l'ultimo round è stato implementato a gennaio. Nel 2019, la provincia di Sankuru è stata colpita per la prima volta dall'epidemia di cVDPV2. Sono stati isolati cVDPV2 geneticamente collegati da due distinti casi di AFP, con inizio della paralisi rispettivamente il 21 aprile e il 6 maggio 2019. Questi virus collegati hanno 6 e 8 nucleotidi modificati rispetto a Sabin 2, che è il virus più vicino, e non sono collegati ad altri cVDPV2 circolanti nel paese, fatto che indica che sono di nuova emergenza. La provincia di Sankuru è situata nel centro del paese e precedentemente non ha partecipato a campagne di risposta all'epidemia da OPV monovalente di tipo 2 (mOPV2). Tuttavia, nella confinante provincia di Kasai, continuano ad essere implementate le attività di risposta per mOPV2.

Angola

In Angola, nel 2019 sono state riscontrate due differenti epidemie da cVDPV2 nelle province di Lunda Norte e della Huila.

Il primo caso di cVDPV2, con dieci nucleotidi modificati rispetto a Sabin 2, è stato isolato da un caso di AFP con inizio della paralisi il 22 marzo 2018. Il caso è stato segnalato nella settimana 23 (settimana che termina il 9 giugno 2019) dalla provincia di Lunda Norte, al confine con la Repubblica Democratica del Congo.

A causa degli spostamenti transfrontalieri della popolazione, dell'immunità non ottimale a livello subnazionale e delle difficoltà nella sorveglianza, la provincia di Lunda Norte è considerata ad alto rischio per l'ulteriore trasmissione del cVDPV2 isolato. È importante che attività di risposta d'emergenza per prevenire l'epidemia siano completamente implementate nella provincia. Separatamente, un secondo cVDPV2 geneticamente distinto è stato isolato da un caso di AFP inizialmente individuato nella provincia della Huila, che successivamente si è recato nella provincia di Humabo per assistenza medica. Lo stesso virus è stato inoltre isolato da un contatto di comunità sano.

Repubblica Centrafricana

Nella Repubblica Centrafricana (CAR), sono emersi diversi VDPV2 geneticamente distinti ed è stato confermato un cVDPV2. È stato isolato VDPV2 da un caso di AFP con inizio della paralisi il 4 maggio 2019, nel distretto di Bambari, regione sanitaria 4 (RS4), e da un contatto di comunità sano. Il virus isolato ha 10 nucleotidi modificati rispetto a Sabin 2, e non si conosce se VDPV2 stia circolando altrove nella regione, suggerendo che sia un virus di nuova emergenza.

Inoltre, un poliovirus di tipo 2 è stato isolato da ulteriori cinque contatti stretti sani del caso, e si è in attesa del sequenziamento finale di questi virus. Separatamente, un VDPV2 è stato isolato da un ulteriore caso di AFP dalla provincia RS7, con inizio della paralisi il 6 maggio, con 6 nucleotidi modificati rispetto a Sabin 2 e non correlato al VDPV2 confermato nella RS4. La copertura IPV in CAR era del 47% a livello nazionale nel 2018.

C – Corno d'Africa

Un'epidemia da cVDPV2 nel Corno d'Africa è stata identificata nella provincia Somali, in Etiopia. Il virus è stato isolato da un caso di AFP con inizio della paralisi il 20 maggio 2019. Il sequenziamento genetico conferma che il virus isolato è collegato a un'epidemia in corso di cVDPV2 segnalata nel Corno d'Africa nel 2018, con casi individuati in Somalia e positività di un campione ambientale in Kenya.

Attualmente la Somalia ha segnalato tre casi di cVDPV2 nel 2019.

Dall'individuazione di cVDPV2 nel Corno d'Africa nel 2018, l'Etiopia ha dichiarato questa epidemia – insieme ai Ministri della salute del Kenya e della Somalia – un'emergenza di sanità pubblica regionale e sta partecipando nelle attività di risposta regionali.

A causa degli spostamenti della popolazione nel Corno d'Africa, specificatamente fra Somalia, Kenya ed Etiopia, e per i livelli di immunità subottimale a livello subnazionale e alle difficoltà nella sorveglianza, il Corno d'Africa è considerato ad alto rischio di ulteriore trasmissione di questo cVDPV2.

Attività di Sanità Pubblica

A - Nigeria e sotto regione del Bacino del Lago Chad (LCB)

- Il coordinamento è migliorato in tutti i paesi con l'attivazione di centri operativi d'emergenza (EOC) per monitorare le diverse attività per interrompere la diffusione dell'epidemia.
- Sono state programmate diverse campagne di immunizzazione con mOPV2 sincronizzate nei paesi del LCB nei prossimi tre mesi per i bambini d'età inferiore a 5 anni nei distretti colpiti.
- È stata intensificata la sorveglianza attiva per la paralisi flaccida acuta (AFP) nei diversi paesi con formazione dei punti di contatto nelle strutture sanitarie per identificare e segnalare immediatamente i casi oltre alla ricerca retrospettiva dei casi nelle comunità colpite.

B – Repubblica Democratica del Congo e Africa centrale

- Il Ministero della Salute della Repubblica Democratica del Congo e le autorità sanitarie locali stanno conducendo un'indagine approfondita, mentre i partner dell'Iniziativa Globale per l'Eradicazione della Polio (GPEI) forniscono assistenza, quando richiesta.
- L'OMS e i partner della GPEI continuano a sostenere il governo della Repubblica Democratica del Congo a implementare le attività di vaccinazione contro la polio nel paese nell'ambito delle vaccinazioni di routine e in risposta all'epidemia di poliovirus circolante di derivazione vaccinale, e investigando i casi e rafforzando le attività di sorveglianza. È in corso di implementazione una sorveglianza rafforzata, che include la ricerca attiva dei casi di AFP, e la sorveglianza ambientale, per identificare casi potenziali di poliovirus selvaggio e di derivazione vaccinale. Nelle comunità vengono condotte attività rafforzate di sensibilizzazione, incluso visite nei luoghi prioritari quali case di preghiera e guaritori tradizionali. È in corso l'informazione e la sensibilizzazione dei clinici, dei vaccinatori e dei rappresentanti delle comunità sulla sorveglianza, sulla definizione di caso e sulla ricerca attiva dei casi di AFP. L'indagine di campo su tutti i casi individuati viene implementata di routine, seguita dalla pianificazione di attività di risposta adeguate, se necessarie.
- Due campagne preventive d'emergenza di risposta all'epidemia con mOPV2 sono pianificate nella provincia di Lunda Norte per essere sincronizzate con le campagne nelle aree confinanti della RD Congo, per interrompere qualsiasi potenziale circolazione transfrontaliera.
- Il Ministero della Salute della Repubblica Centrafricana e le autorità sanitarie locali stanno conducendo un'indagine dettagliata mentre i partner della GPEI stanno fornendo assistenza, se richiesta. È in corso una esaustiva indagine di campo epidemiologica e virologica, incluso per accertare la fonte e l'origine dei virus isolati; è in corso di rafforzamento la sorveglianza attiva, i livelli di immunità subnazionali vengono analizzati ed è in corso di pianificazione la risposta all'epidemia.

C – Corno d'Africa

- I Ministeri della Salute e le autorità sanitarie locali in Etiopia e Somalia stanno conducendo una dettagliata indagine mentre i partner della GPEI stanno fornendo assistenza, se richiesta. È in corso una esaustiva indagine di campo epidemiologica e virologica; è in corso di rafforzamento la sorveglianza attiva, i livelli di immunità subnazionali vengono analizzati ed è in corso di pianificazione la risposta all'epidemia.

Valutazione del rischio dell'OMS

L'OMS valuta il rischio di diffusione internazionale e/o emergenza di cVDPV2 in Africa come elevato a causa dei livelli immunitari subottimali della popolazione, degli spostamenti della popolazione in corso e delle lacune nell'immunità mucosale al poliovirus di tipo 2.

L'individuazione di cVDPV2 sottolinea l'importanza di mantenere elevati livelli di copertura delle vaccinazioni di routine a tutti i livelli, per minimizzare il rischio e le conseguenze di qualsiasi circolazione di poliovirus. Questi eventi inoltre sottolineano il rischio posto da qualsiasi trasmissione a basso livello del virus. È necessaria una forte risposta all'epidemia per fermare rapidamente la circolazione e assicurare coperture vaccinali sufficienti nelle aree affette per prevenire simili epidemie in futuro. L'OMS continuerà a valutare la situazione epidemiologica e le misure di risposta all'epidemia implementate.

Raccomandazioni dell'OMS

È importante che tutti i paesi, in particolare quelli con elevato numero di viaggi per paesi e aree colpiti da polio, rafforzino la sorveglianza per i casi di paralisi flaccida acuta (AFP) per individuare rapidamente i casi importati e facilitare una risposta rapida. Tutti i paesi dovrebbero mantenere elevate coperture vaccinali di routine a livello distrettuale per ridurre le conseguenze di qualsiasi nuova introduzione di virus.

La pubblicazione dell'OMS Viaggi Interazionali e Salute (<http://www.who.int/ith/en/>) raccomanda che tutti i viaggiatori che si recano in aree affette da polio siano completamente vaccinati contro la polio. I residenti (e le persone in visita per oltre 4 settimane) provenienti da aree infette dovrebbero ricevere un'ulteriore dose di OPV o di vaccino inattivato contro la polio (IPV) nel periodo compreso fra 4 settimane e 12 mesi prima del viaggio.

Secondo le raccomandazioni del Comitato d'Emergenza convocato in base al Regolamento Sanitario Internazionale (2005), gli sforzi per limitare la diffusione internazionale del poliovirus rimangono un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC). I paesi affetti da trasmissione di poliovirus sono soggetti a Raccomandazioni Temporanee. Per conformarsi alle Raccomandazioni Temporanee emanate nell'ambito della PHEIC, ogni paese infetto da poliovirus deve dichiarare l'epidemia un'emergenza di sanità pubblica nazionale e prendere in considerazione la vaccinazione di tutti i viaggiatori internazionali.

Comunicato in inglese:

<https://www.who.int/csr/don/31-july-2019-polio-africa-region/en/>

Patrizia Parodi

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO V

* F.to Francesco Maraglino

*“firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993”