

## E' GUERRA GLOBALE ALLA ROSOLIA CONGENITA!!!

L'Europa e la World- WHO hanno rinnovato l'impegno politico, economico e sociale per l'eliminazione della Rosolia e la prevenzione della sindrome della Rosolia Congenita (RC) nell'incontro "Progress Toward Rubella Elimination and CRS Prevention in Europe" tenutosi 8-10 Febbraio 2012 a Roma, cui sono convenuti rappresentanti da più di 40 Paesi, moltissimi dei quali di riconosciutissima fama, come Stanley Plotkin, Louis J Cooper (professore emerito della Columbia University che ha garantito nello stato di NY il MEDICAID in ogni bambino), Susan Reef coordinatrice del Global Immunisation Program al Centers for Disease Control and Prevention – CDC), PierLuigi Soppalco (Prof Associato di Igiene all'Università di Bari e ora a capo del Programma per le Malattie Prevenibili con Vaccino dell'ECDC), Pat Tookey dal MRC Centre of Epidemiology for Child Health UCL Institute of Child Health di Londra (ha per decenni mantenuto la Rete di Sorveglianza Pediatrica negli UK e Galles), Emily Vynnický dell'Health Protection Agency di Londra, MG Revello (già virologa del Policlinico S Matteo di Pavia) e da ultimo, ma non ultima, Stefania Salmaso (Direttore Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute -ISS).

Ci si è confrontati sulla dimensione del problema a livello di vari Paesi della Comunità Europea, in USA, Sud e Centro America (PAHO), in Asia e Africa, sulle strategie di vaccinazione adottate e sugli elementi critici incontrati, sul ruolo eterogeneo che la pediatria svolge nei programmi di immunizzazione della WHO/EURO, nonché sulle nuove opportunità di partnerships pubblico/ privato.

Dopo l'introduzione e benvenuto, dopo le presentazioni di base e dei progressi nella diagnostica, TUTTI hanno rinnovato il loro impegno "globale": entro il 2015, la RC deve essere eliminata a livello MONDIALE, grazie anche al contributo di associazioni come UNICEF e GAVI, che supportano non la vaccinazione routinaria, bensì campagne straordinarie di vaccinazione volte ad accelerare l'eliminazione di morbillo e RC nei Paesi con economie di transizione, attraverso un meccanismo di sostegno basato sulle performances. Ciò significa che si intende arrivare a <1 caso di rosolia notificato per 100.000 abitanti e/o 0 casi notificati di RC per più di 36 mesi in una Regione WHO (dimensioni grosso modo equivalenti a quelle dell'omonimo continente).

La Rosolia è una malattia esantematica contagiosa assai benigna, specie nell'età dell'infanzia. Raramente si complica con una piastrinopenia (1 su 3000 casi) o una encefalite (1 su 12.000 casi). Eppure la Rosolia, quando contratta nelle prime settimane di gestazione è gravata da drammatiche conseguenze. Nelle prime 12 settimane EG il 90% degli embrioni è contagiato per via transplacentare e quasi il 100% di essi va incontro a aborto, morte in utero o sindrome della RC, che consiste nella variabile associazione di danni all'orecchio (sordità neurosensoriale), all'occhio (cataratta, glaucoma e degenerazione pigmentaria della retina), al cuore (difetti del setto, DAP, stenosi della polmonare, anche associati) e al SNC (ritardo dello sviluppo neuromotorio, cognitivo e linguistico).

La lotta ai danni da RC parte dagli anni '70, quando più Paesi (inclusa l'Italia) iniziano la vaccinazione selettiva delle giovinette che, per non aver contratto la malattia naturale, non risultavano protette in caso di contatto ravvicinato (più di 30 min di conversazione ravvicinata a meno di 1 metro di distanza, scambio di utensili) con un caso di Rosolia. La vaccinazione selettiva proteggeva l'individuo vaccinato ma non la collettività, per cui epidemie di Rosolia si continuavano a verificare e, durante la fase epidemica, gestanti non protette contraevano la Rosolia anch'esse e la trasmettevano alla prole. Inoltre, si dovette riconoscere la possibilità che anche soggetti previamente immunizzati potevano re- infettarsi e, anche se con frequenza minore, contagiare il loro feto in utero. Si passò perciò a una strategia di vaccinazione universale, cogliendo l'opportunità dell'entrata in commercio del vaccino combinato Morbillo- Rosolia (MR) e poi Morbillo- Parotite- Rosolia (MPR).

A partire dagli anni che precedettero il III Millennio, prima negli USA, poi in EU, poi in Sudamerica (PAHO) e infine in Asia, si dichiarò l'impegno all'eliminazione della RC. Negli USA la RC è stata eliminata a partire dall'anno 2000. Casi sporadici si sono verificati fino al 2008 tra sacche di popolazione appartenenti a minoranze religiose e politiche contrarie alle vaccinazioni o sono stati importati (cittadini rientrati dopo aver contratto fuori dai confini la Rosolia in Paesi con endemia). Svezia, Finlandia, Norvegia sono RC esenti da più di 10 anni. Purtroppo, pur essendo partita con gli altri Paesi o addirittura prima degli altri Paesi, l'EU stenta a cogliere il target di <1 caso di RC ogni 100.000 nati vivi e/o 0 notifiche di casi di Rosolia negli ultimi 36 mesi.

Cosa è andato storto? I fattori imputati (e imputabili) sono stati diversi:

1. Prestroika (smembramento dei Paesi dell'ex- URSS), che ha fatto colare a picco le coperture vaccinali raggiunte dal servizio sanitario pubblico per diversi anni.
2. Caduta del muro di Berlino, con libera circolazione dei cittadini della Germania orientale (non vaccinati) all'interno della comunità EU.
3. Fortuna dei movimenti anti- vaccinali (si ricordi l'infondata e poi sconfessata accusa di una associazione tra vaccino anti-morbillo e autismo)
4. Scomparsa della distinzione tra vaccini obbligatori e facoltativi
5. Abbassamento della soglia di attenzione da parte della popolazione e dei media per le malattie prevenibili con vaccino e ormai (fortunatamente) rara causa di epidemia.

In Italia, a tutto questo si sono combinati massivi movimenti immigratori da Paesi senza strategia vaccinale specifica e la peculiarità della intempestiva introduzione del vaccino MR e poi MMR dagli anni '90, prima di aver raggiunto omogeneamente e stabilmente coperture col solo anti- morbillo dell'80%. Purtroppo, una strategia di campagna straordinaria di vaccinazione è mancata fino alla "scandalosa" epidemia di morbillo del 2002, che coinvolse circa 30.000 casi e provocò alcuni morti, una epidemia in cui restarono misconosciuti molti casi di Rosolia e, di conseguenza, furono inconsapevolmente lasciati nascere casi di RC.

A novembre 2003, la Commissione Stato- Regione approvò il lancio di una campagna straordinaria di vaccinazione (Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita), che avrebbe dovuto portare il Paese Italia a omogenee coperture in ogni Regione e distretto (del 95% per la prima dose MPR e del 90% per la II dose MPR). Dette coperture avrebbero rappresentato una più che sufficiente immunità di branco nella popolazione infantile (coorti di nascita successive a quella 1990).

Il recupero delle adulte suscettibili alla Rosolia fu lasciato a costo 0, anche se, purtroppo "senza soldi non si dicono Messe". Ci si limitò a contare sul fatto che il test preconcezionale o immediatamente postconcezionale per appurare lo stato di suscettibilità/ protezione contro la Rosolia (Rubeo- test IgG) è LEA, e può pertanto essere considerato Norma di Buona Pratica Clinica. Se così fosse stato, il consiglio contenuto nel Piano di Eliminazione di vaccinare le suscettibili nel post- partum (che non è puerperio) o nel post- aborto, avrebbe consentito di eliminare diciamo 25.000- 75.000 adulte suscettibili l'anno, a seconda dei livelli locali di suscettibilità presenti tra le partorienti (età media 31 anni). Inoltre, era genericamente consigliato di recuperare alla vaccinazione gli operatori sanitari e il personale scolastico (attraverso semplici circolari?). Non fu infatti prevista alcuna attività sorveglianza sulle coperture realizzate. In definitiva, si contava sulla immunità di branco e su un rallentamento dell'accumulo di suscettibili all'interno delle coorti non raggiunte dal Piano di recupero alla vaccinazione. Un strategia di questo tipo ha dimostrato già altrove di non essere efficace e di poter addirittura innalzare l'incidenza della RC anche per più di un decennio (effetto paradosso)!

Il Piano di Eliminazione 2004- 2008 ha fallito. Non ha raggiunto con la campagna di vaccinazione straordinaria le coperture auspicate; non c'è prova che il recupero alla vaccinazione degli operatori sanitari e scolastici sia stato attuato con successo. Soprattutto, è evidente che la strategia di vaccinazione delle puerpere ancora suscettibili al Rubeo-test eseguito per la gravidanza non ha avuto assolutamente attuazione, se non sporadicamente e in piccole strutture di parto.

Dal momento che detto fallimento è stato sancito in Italia dalla deliberazione del PNEMoRC 2010- 2015 (che sposta di un quinquennio gli obiettivi del PNEMoRC 2004- 2007) e in EU dal nuovo "Commitment to meet the goal by 2015", è doveroso considerare l'inclusione di altre occasioni per l'offerta vaccinale e l'atto vaccinale e, quindi, di altri attori per il raggiungimento dell'obiettivo Eliminazione RC.

I pediatri hanno in tutto il mondo responsabilità della salute della famiglia e per questo godono di attitudine e pratica uniche.

Primo tra tutti il pediatra del Punto Nascita, che ha molte occasioni di colloquio con la madre durante la degenza per il parto, specie quando sia attuato il roaming- in. Il Neonatologo potrebbe farsi carico di verificare lo stato di protezione materno per la Rosolia (eseguendo il Rubeo- test, se non praticato) e offrire la vaccinazione alle madri suscettibili, raccogliere il consenso o il dissenso e anche, volendo, praticare la vaccinazione prima della dimissione del neonato o in occasione degli abituali controlli al punto nascita dopo la dimissione precoce.

Secondo, ma solo in ordine di tempo rispetto alla data del parto, il Pediatra di Libera Scelta, potrebbe (dovrebbe?) rivalutare il risultato del Rubeo- test materno (ma anche gli altri test infettivologici inclusi nei LEA per la gravidanza) e consigliare/ effettuare la vaccinazione MPR nelle madri non protette, contestualmente alla presa in carico del nuovo nato (Kangaroo care, in cui si testa la madre per il benessere del figlio, e viceversa, si coglie l'occasione della gestazione per produrre salute nella madre e nel bambino, come nel caso di sifilide e HIV). Mi è particolarmente piaciuta la proposta di un collega tedesco di estendere la loro Kangaroo care a una sorta di Cocoon care. Di recente, in Germania si è pensato a un passaporto vaccinale comune per la madre e il suo bambino (Kangaroo care). Il collega si augurava un passaporto unico, inclusivo del padre e degli altri familiari (Cocoon care). Ha anche ipotizzato mini- campagne straordinarie di vaccinazione laddove si abbia anche solo una notifica di un caso di Rosolia (o morbillo), considerando l'evento una spia di insufficiente copertura vaccinale locale. Infatti, in Paesi dove si era prossimi all'eliminazione della RC è stato recentemente dimostrato il ruolo scatenante microepidemie dei maschi adulti, non protetti dalla vaccinazione in età infantile e mai oggetto di campagne di recupero. C'è da chiedersi se sia attuabile una campagna di vaccinazione straordinaria MPR almeno laddove si è verificato 1 caso di RC, giacché è da aspettarsi almeno un caso di Rosolia in gravidanza ogni volta che si ha una epidemia di Rosolia che coinvolge almeno 600 casi.

Il recupero alla vaccinazione delle madri non protette per la Rosolia in queste 2 occasioni di incontro con il pediatra risulterebbe particolarmente vantaggioso. Infatti, 1) conseguenze in seguito al passaggio del virus vaccinale nel latte materno non sono mai state descritte e 2) ci sarebbe il vantaggio dell'esclusione a priori di una nuova gravidanza in atto.

La pediatria di famiglia è parte integrante del SSN; è sinergicamente coinvolta nei Piano di vaccinazione; accompagna i bambini dalla nascita ai 16 anni (e quindi potrebbe partecipare nell'educazione a pratiche corrette nel periodo sessualmente attivo). **Il commiato dal pediatra di famiglia può rappresentare a sua volta un importante momento di salute. Un passaggio strutturato di consegne tra PdF e MMG potrebbe offrire una doppia occasione di offerta di recupero vaccinale, in un momento in cui il paziente ex-**

pediatrico può esprimere la sua volontà; e questa volontà può essere indirizzata anche dalla scuola. In Francia e Germania, 85% dei recuperi vaccinali è attuato da pediatri del settore privato.

Anche le Associazioni di Famiglie (e purtroppo, pazienti con danni da RC, come i non- udenti, i non- vedenti e i sordi e ciechi) potrebbero svolgere un ruolo importante nel promuovere crescita nella domanda vaccinale.

Una strategia di eliminazione impone l'implementazione di un sistema in grado di documentare l'eliminazione della Rosolia e della RC, in pratica una strategia di sorveglianza. In EU, non c'è ancora accordo su come attuarla e attraverso quali indicatori. In Francia, per esempio, è attuato un sistema di controllo volontario da parte di 300 laboratori certificati, che notificano i casi di IgM positività al Rubeo- test nella popolazione. Ovviamente, il sistema non ha pretese di copertura della sorveglianza ma di semplice segnalazione sulla persistente circolazione della Rosolia sul territorio nazionale.

In Italia, dal 2005 è stata implementata una sorveglianza speciale passiva sui casi di Rosolia incidenti in gravidanza e congenita. Purtroppo, il sistema permane fortemente deficitario e le segnalazioni provengono solo da pochi centri e sempre gli stessi. All'ultimo Stato di Avanzamento del Piano di Eliminazione (2009), il 48% dei casi dimostrati di RC è stato notificato dalla Campania (ovvero dalle attività del Registro Infezioni Perinatali, implementato dall'Assessorato alla Sanità della Regione Campania presso il Dipartimento di Pediatria dell'Università Federico II. Poiché altrettanto era successo in epoca pre- impianto della sorveglianza, la peculiarità potrebbe dipendere da 2 condizioni, non mutualmente esclusive. I) La Campania ha bisogno di interventi speciali contro la RC (e il morbillo); II) la Campania detiene un sistema di sorveglianza che funziona. Ove tutte e due le condizioni coesistessero, si è sviluppato un sistema di sorveglianza efficiente laddove appariva ed era necessario.

Val la pena di sottolineare quanto riscontrato nel 2004, attraverso una collaborazione FIMP- Liguria e responsabile del Registro Infezioni Perinatali dell'ASSRC. Fu svolta una indagine che ripeteva l'approccio della Campania. Ebbene, la Liguria (11.000 nati l'anno, contro i nostri 65.000; elevate coperture MPR in indagini a campione) non risultò RC indenne e i casi riscontrati erano concentrati negli stessi anni in cui cadevano quelli inclusi nel registro (1997 e 2002).

Cosa ci si è riproposti di realizzare nel futuro per accelerare il processo di eliminazione?

1. Razionalizzare gli interventi di supporto al programma di vaccinazione universale nei Paesi in via di sviluppo (per esempio, link tra GAVI e UNICEF)
2. Razionalizzazione e integrazione tra le strategie di sorveglianza sulla Rosolia e sulla RC nelle macro-aree WHO (corrispondono grosso- modo ai continenti)
3. Implementazione della sorveglianza epidemiologica "molecolare" per identificare i casi importati (contratti in Paesi senza strategia vaccinale e importati in Paesi con strategia vaccinale)

La Rosolia e la RC stanno per rimanere strette in una "morsa universale".. SE LO VOGLIAMO TUTTI