

Caro Presidente,

le considerazioni di Sandro Cinquetti, in larga parte condivisibili, permettono al Consiglio Regionale SItI della Toscana di esporre per mio tramite alcuni elementi di riflessione sulla recrudescenza di casi di meningite meningococcica che la nostra Regione si è trovata ad affrontare negli ultimi mesi.

Anzitutto la notazione sul termine epidemia: non vi è dubbio che tecnicamente un aumento del numero dei casi al di là delle attese sia definibile come tale. Tuttavia credo che la riluttanza da parte delle autorità sanitarie regionali a utilizzare questo termine sia da comprendere di fronte a un allarme crescente diffuso dai mezzi di comunicazione. I 31 casi registrati nel 2015 e i 10 verificatisi (fino all'altro ieri) nel 2016 destano preoccupazione soprattutto per la virulenza del sottotipo ST11 di meningococco C che è stato identificato nella grande maggioranza dei casi, ma dobbiamo riconoscere come in termini assoluti il loro numero non possa essere definito elevatissimo.

Peraltro, va rilevato che parte dell'aumento dei casi potrebbe essere legato all'affinamento dei mezzi diagnostici. Infatti, la sistematica applicazione negli ultimi anni dei test di tipo bio-molecolare (PCR) per la diagnosi eziologica può in parte mascherare il fatto che negli anni passati in realtà vi fossero più casi di quelli registrati, semplicemente perché le probabilità di diagnosticare una meningite o sepsi meningococcica sono inferiori quando si utilizza la sola coltura di liquor o sangue, dotata di scarsa sensibilità soprattutto laddove il paziente sia già stato sottoposto a terapia antibiotica.

Certamente molti punti restano oscuri, quali ad esempio la localizzazione geografica piuttosto ristretta dei casi, senza tendenza ad allargamento verso altre aree regionali o altre regioni limitrofe. Gli studi pianificati per indagare sullo stato di portatore attualmente in fase di raccolta dei campioni potranno presumibilmente gettare un po' di luce su chi sia responsabile della diffusione del sottotipo ST11. Vale la pena rammentare come fino ad oggi tutti gli studi indichino negli adolescenti i principali responsabili della diffusione dei meningococchi. Altri elementi

peculiari sono la virtuale assenza di casi da meningococco C in età pediatrica (a testimonianza dell'effetto protettivo delle strategie estese di immunizzazione iniziate nel 2005), la mancanza di casi secondari e il numero di casi piuttosto rilevante in adulti oltre i 45 anni.

Riguardo alle strategie preventive, non vi è dubbio che fino a prova contraria il raggiungimento di elevate coperture vaccinali nella fascia adolescenziale (11-20 anni) sia la sola vera misura di sanità pubblica, mentre l'offerta vaccinale alle fasce di età superiori si configuri come misura di carattere individuale, volta a garantire protezione a chi desideri non correre rischi di contagio, ma da cui non ci si attende un impatto di tipo comunitario, a meno che gli studi in corso non dimostrino uno spostamento dello stato di portatore verso l'età adulta.

Purtroppo, pur essendo stato profuso un grande sforzo da parte dei servizi vaccinali per far comprendere l'importanza di aderire all'offerta attiva e gratuita del vaccino agli adolescenti, si è avuta una risposta non ottimale da parte della popolazione, con momenti di adesione massiccia (successivi al verificarsi di casi gravi) seguiti da altri in cui gli appuntamenti proposti sono andati facilmente deserti, specie quando pareva che la recrudescenza stesse per spegnersi. Ad oggi sono state somministrate nel corso della campagna straordinaria circa 260.000 dosi di vaccino quadrivalente coniugato, di cui solo circa 140.000 negli adolescenti.

Una nota polemica ci sia concessa: per anni diversi di noi si sono battuti in tutte le sedi perché il richiamo con vaccini coniugati meningococcici all'adolescenza fosse garantito anche ai già vaccinati nell'infanzia, ma i nostri appelli sono rimasti sempre inascoltati.

Infatti il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 conteneva quella incomprensibile indicazione di vaccinare solo gli adolescenti non precedentemente immunizzati, incomprensibile in quanto il Coordinamento Interregionale della Prevenzione aveva operato la scelta di avvallare raccomandazioni non certo dettate dalle evidenze.

La letteratura scientifica, fin dal 2004, aveva iniziato a rendere evidenti dati che dimostravano in modo inequivocabile che la protezione data dal vaccino contro il meningococco C non dura per sempre, e che se si vuole mantenerla è necessario prevedere richiami periodici, poiché la memoria immunologica, pur presente, non produce nuovi anticorpi in tempo per evitare la malattia quando gli anticorpi battericidi, dopo anni, scendono di titolo.

Inoltre, la vaccinazione sistematica di tutti gli adolescenti (già vaccinati nell'infanzia e non) avrebbe potuto aumentare le possibilità di ridurre il serbatoio di infezione in modo significativo.

Non abbiamo certamente la sfera di cristallo per sapere se un richiamo sistematicamente applicato avrebbe cambiato la situazione attuale: certamente ci avrebbe consentito di affermare che si era fatto tutto il possibile per evitare quanto oggi stiamo osservando.

Speriamo che almeno ciò serva da lezione ai pochi che pervicacemente cercano, confidiamo invano, di frenare l'adozione di un nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2016-2018 che ci porrebbe all'avanguardia mondiale, e consentirebbe, con un incremento di spesa davvero modesto, di fornire a tutta la popolazione italiana strumenti di prevenzione di eccellente efficacia e sicurezza.

Vale la pena rammentare che nessuno tra i nuovi programmi di vaccinazione routinari progressivamente introdotti in Italia, neppure quelli più osteggiati, si è mai rivelato deludente, tanto da indurre a revocarne l'adozione.

Paolo Bonanni a nome della Sezione Regionale SItI Toscana