

VACCINAZIONE ANTI INFLUENZALE STAGIONALE

- [Dove vaccinarsi](#)
- [L'agente infettivo](#)
- [Modalità di trasmissione](#)
- [La malattia](#)
- [Quali persone è opportuno vaccinare e perché](#)
- [Il ruolo delle strutture sanitarie](#)
- [Il vaccino](#)
- [Altre forme di profilassi](#)
- [Le domande più frequenti](#)

L'Influenza è una malattia acuta, infettiva e contagiosa del tratto respiratorio, causata da una eterogenea famiglia di virus e caratterizzata da un esordio brusco ed improvviso, con febbre superiore a 38°C, cefalea, dolori muscolari diffusi, astenia e malessere generalizzato, seguito da un'importante affezione respiratoria acuta.

Il periodo di incubazione è breve e varia da 1 a 4 giorni (in media 2 giorni).

DOVE VACCINARSI

Quest'anno la campagna di vaccinazione contro l'Influenza stagionale inizia il 29 ottobre 2014. Si consiglia di vaccinarsi entro il mese di dicembre. E' possibile essere vaccinati esclusivamente presso l'ambulatorio del proprio Medico di Famiglia.

L'AGENTE INFETTIVO

Gli agenti infettivi che causano l'Influenza appartengono ad un gruppo eterogeneo di virus, i Myxovirus, che hanno la tendenza a variare continuamente la loro struttura; ogni soggetto adulto si è ammalato almeno una volta di Influenza; in quell'occasione, il suo sistema immunitario ha reagito, costruendo le difese contro quel virus per superare l'infezione e guarire; se, però, quel virus cambia in maniera significativa la sua struttura (cosa che per definizione è in grado di fare), quello stesso soggetto, ad un successivo contatto con quel virus per così dire camuffato, non lo riconoscerà più e si ammalerà di nuovo.

I virus dell'Influenza sono costituiti da una struttura centrale contenente materiale genetico e proteine, circondata da uno strato proteico, a sua volta circondato da un doppio strato di grassi associati a proteine; da questi ultimi due strati emergono due tipi di "spine" chiamate emoagglutinine (H) e neuroaminidasi (N). In base alle caratteristiche della struttura centrale e dell'involucro proteico i virus influenzali si distinguono in 3 tipi: A, B, C.

All'interno del tipo A le emoagglutinine (H) e le neuroaminidasi (N) possono cambiare totalmente la loro struttura (variazioni maggiori) e dare luogo, in base alla loro combinazione, a vari sottotipi: H1N1, H2N2, H3N2; all'interno di un determinato sottotipo, le H e le N possono cambiare solo in parte la loro struttura (variazioni minori), dando luogo, in base alla loro combinazione, a vari ceppi identificati con il luogo e l'anno di primo isolamento.

All'interno del tipo B, le emoagglutinine e le neuroaminidasi possono manifestare solamente variazioni minori e, perciò, i ceppi virali che vi appartengono vengono identificati unicamente con il luogo e l'anno di primo isolamento.

Il tipo C è più stabile, in quanto non presenta né variazioni maggiori, né minori e determina solo manifestazioni sporadiche.

Ogni ceppo viene definito indicando il tipo, il sottotipo (qualora presente), la città, il numero di campione e l'anno di primo isolamento. Ad esempio i virus influenzali che hanno circolato nel mondo nella stagione 2013/14 sono analoghi a:

- A/H1N1/California/7/2009 (Ceppo Pandemico)

- A/H3N2/Victoria/361/2011 (A/H3N2/Texas/50/2012)
- B/Massachusetts/2/2012

Questi virus sono stati coltivati, uccisi ed inseriti nel vaccino antinfluenzale che verrà utilizzato nella stagione 2014/15. Il vaccino A(H1N1) è lo stesso dello scorso anno; gli isolamenti di virus A(H3N2) hanno dimostrato una sostanziale concordanza con il ceppo prototipo A/H3N2/Victoria/361/2011, ma è stato stabilito di inserire il ceppo A/H3N2/Texas/50/2012, antigenicamente indistinguibile dal ceppo prototipo A/H3N2/Victoria/361/2011, che ha, però, dimostrato in coltura una maggiore stabilità antigenica rispetto al ceppo Victoria; per quanto riguarda i virus influenzali B, si è assistito ad una circolazione contemporanea del ceppo B/Victoria/2/87 e B/Yamagata/16/88, sebbene quest'ultimo sia risultato nettamente predominante: mentre il primo ha dimostrato buona stabilità antigenica, il secondo ha manifestato una maggiore correlazione antigenica con la nuova variante B/Massachusetts/2/2012, che anche quest'anno è stata inserita nella composizione del vaccino ed ha, perciò sostituito il precedente B/Wisconsin/1/2010: in alcune specialità vaccinali è stato inserito quest'anno un quarto ceppo virale vaccinale (B/Brisbane/60/2008), analogo al ceppo B/Victoria/2/87.

In Italia, nella stagione epidemica 2013/2014, sono stati raccolti ed analizzati 4426 campioni clinici da soggetti con diagnosi di Influenza, di cui 1033 (23%) sono risultati positivi per virus influenzale e, di questi, il 56,3% per A/H3N2, il 33,9% per la variante pandemica H1N1, il 6,8% per A non sotto tipizzato e il 3% per B.

La distinzione in tipi, sottotipi, varianti maggiori e minori ha importanza per capire l'andamento delle epidemie di Influenza.

Quando in un virus di tipo A circolante da tempo nel mondo si realizza una variazione maggiore, i sistemi immunitari di tutti gli uomini e degli animali recettivi non lo riconoscono per niente, essendo del tutto nuovo; pur avendo avuto contatto con altri virus influenzali precedenti, il sistema immunitario di moltissimi soggetti si trova totalmente impreparato e si generano, così, le cosiddette pandemie, epidemie, cioè, che colpiscono tutti i paesi del mondo, possono diffondersi in qualsiasi stagione, sono in genere molto gravi, colpiscono alte percentuali di popolazione (20 - 40%), sono gravate da alte percentuali di complicanze e di decessi (Spagnola nel 1918, Asiatica nel 1957, Hong Kong nel 1968).

Nel 1997 ad Hong Kong ci fu tra i polli un'epidemia di influenza, in cui si era realizzata una variazione maggiore (H5N1); ci furono anche alcuni uomini contagiati, ma fortunatamente il virus non era capace di trasmettersi da uomo ad uomo in modo efficace, per cui il pericolo di una nuova pandemia fu scongiurato.

Nei mesi di marzo e aprile 2003 in Olanda si sono avuti 83 casi di persone contagiate da un virus influenzale aviario H7N7: molte di queste persone erano esposte negli allevamenti avicoli per motivi professionali; la gran parte manifestò solamente una congiuntivite, che dette origine, però, a casi secondari. L'epidemia, pur potenzialmente pericolosa, in breve si è estinta.

Fra dicembre 2003 e giugno 2013, 630 casi umani di influenza, di cui 375 mortali (letalità del 60%) da virus A(H5N1) sono stati segnalati in Azerbaijan, Bangladesh, Cambogia, Cina, Djibouti, Egitto, Indonesia, Iraq, Laos, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Thailandia, Turchia, e in Vietnam in associazione con epidemie di influenza aviaria e correlati, nella grande maggioranza dei casi, a contatto professionale con pollame infetto. Il numero dei casi è andato diminuendo in maniera significativa dal 2007. Solo in pochi casi si può ipotizzare, anche se non è stata mai dimostrata, la trasmissione interumana, che potrebbe essere dovuta a stretti contatti con un soggetto malato nella fase acuta dell'infezione. In questi casi questo tipo di trasmissione è stata, comunque, limitata e non ha determinato grossi focolai di infezione: questo indica che il virus non si diffonde facilmente da uomo ad uomo. Il pericolo risiede nel fatto che tale virus muti dando origine ad un nuovo ceppo virale, adatto alla trasmissione interumana, evento che potrebbe dare il via ad una nuova pandemia.

A partire dal 24 aprile 2009 l'OMS segnalò la comparsa di numerosi casi umani di Influenza cosiddetta suina in alcuni territori del Messico e USA: l'agente causale era un nuovo sottotipo del virus A/H1N1 mai rilevato prima, né nei maiali né nell'uomo, che conteneva materiale genetico di virus influenzali dell'uomo e del maiale e che dimostrò la capacità di trasmettersi da uomo ad uomo e di causare epidemie a livello di comunità. Infatti, il Distretto Federale del Messico cominciò a registrare dalla data del 18 marzo 2009 un certo numero di casi di influenza, poi rapidamente incrementati in aprile: alla data del 23 aprile 2009 venivano segnalati 882 casi di polmonite di cui 62 mortali; 18 di questi casi sono stati confermati in laboratorio come Influenza suina da virus A/H1N1; allo stesso modo il 24 aprile 2009 gli USA segnarono 7 casi umani confermati di infezione da virus dell'Influenza suina A/H1N1 oltre a 9 casi sospetti. Da questo momento l'epidemia di Influenza si diffuse rapidamente dapprima negli stati del Messico e degli USA e poi, gradualmente, nei Paesi degli altri Continenti. L'11 giugno 2009 l'OMS decretò il passaggio alla fase 6 del livello di allerta pandemico (la massima possibile), riconoscendo perciò lo sviluppo della pandemia proclamata: ciò rese conto del grado di diffusione dell'epidemia, anche se è bene chiarire che ciò nulla ha a che fare con il grado di pericolosità della malattia che è stata minore della pericolosità dell'influenza stagionale. All'1 agosto 2010 più di 214 paesi notificarono casi confermati di influenza pandemica da virus H1N1v, inclusi 18.449 decessi. In questo lasso di tempo le misure di prevenzione sono passate da una fase di contenimento ad una fase di mitigazione dell'epidemia, con l'adozione di misure di profilassi comportamentale e farmacologica. I timori sull'evoluzione disastrosa dell'evento rientrarono, considerata la bassa virulenza della infezione e la riduzione dell'entità del contagio, tanto è vero che il 10 agosto 2010

L'OMS decretò il declassamento dell'allerta alla fase postpandemica; tuttavia il virus pandemico ha continuato a circolare durante le stagioni 2010/11 e 2011/12 ed è stato quello maggiormente isolato in Europa, dove ha determinato le epidemie stagionali. Nella stagione 2013/14 si è assistito ad una circolazione del virus A/H1N1 pressoché analoga alla stagione precedente.

Il 31 marzo 2013, il Centro per il Controllo delle Malattie (CDC) Cinese ha isolato un nuovo virus influenzale riassortante A(H7N9), da 3 casi di malattia respiratoria severa, epidemiologicamente non correlati. Il sequenziamento del virus ha evidenziato la sua origine aviaria. Fino al 28 febbraio 2014, sono stati segnalati all'OMS 375 casi confermati di infezione umana da virus A(H7N9), con 115 decessi. In questa fase, il rischio di diffusione del virus in Europa è considerato basso. L'OMS non raccomanda controlli speciali ai punti di ingresso né eventuali restrizioni a viaggi o rotte commerciali. Tuttavia, in Italia, la sorveglianza è stata rinforzata per ricercare l'influenza A(H7N9) in persone di ritorno da Paesi a dimostrata trasmissione del virus, che presentano un quadro respiratorio grave.

Nell'agosto 2013 si sono determinati in rapida successione 6 focolai di Influenza Aviaria H7N7 in altrettante Aziende avicole in Regione Emilia Romagna; ciò ha portato all'abbattimento preventivo di tutti gli animali presenti negli allevamenti avicoli, il blocco della movimentazione in tutti gli allevamenti nel raggio di 10 km dagli allevamenti coinvolti ed il ritiro di tutte le uova prodotte dagli allevamenti interessati dal 20 luglio, allo scopo di prevenire la trasmissione ad altri animali di specie avicola; non esistono evidenze di trasmissione del virus alle persone attraverso il consumo di carne e uova, per cui non sono state disposte restrizioni al consumo di alimenti. Fino al 30 settembre 2013 tre lavoratori del settore avicolo che hanno avuto contatto con il pollame degli allevamenti coinvolti hanno manifestato congiuntivite e sono risultati positivi al virus H7N7.

Finora si è parlato di variazioni maggiori nel patrimonio genetico dei virus influenzali; quando, invece, nei tipi A e B avvengono variazioni minori, le epidemie si sviluppano solo in alcune definite aree geografiche (popolazione colpita 2 - 15%), cioè lì dove il livello degli anticorpi della popolazione nei confronti del nuovo ceppo si manifesta relativamente insufficiente, ed hanno bisogno di adatte condizioni ambientali (periodo invernale). Nelle zone, invece, in cui il ceppo virale, o un ceppo ad esso molto simile, si è recentemente diffuso, troverà molti soggetti con un livello di anticorpi relativamente sufficiente, e non riuscirà a diffondersi.

La vaccinazione antinfluenzale, sfrutta proprio questo meccanismo: induce una risposta anticorpale specifica nei confronti dei virus inclusi nella loro produzione e induce, anche, risposte immunitarie verso i ceppi imparentati, con cui il singolo individuo ha avuto esperienze precedenti. Perciò, se il soggetto vaccinato dovesse venir esposto ad un ceppo virale diverso da quello presente nel vaccino, ma ad esso imparentato, è probabile che riesca a resistere all'infezione. ▲

MODALITA' DI TRASMISSIONE

Le sorgenti di infezione sono rappresentate dagli individui colpiti dalla malattia che eliminano i virus per via respiratoria da 1 giorno prima a 5 - 7 giorni dopo l'inizio della forma clinica (il periodo di contagiosità nei bambini può essere più lungo che negli adulti).

La trasmissione avviene per via aerea mediante l'emissione con i colpi di tosse o con gli starnuti di piccolissime goccioline di saliva o muco ricchissime di particelle virali che, giunte sulle mucose di occhi, naso e bocca possono attecchire e generare la malattia. Anche le mani possono essere un veicolo efficace di secrezioni infette (mani del soggetto malato imbrattate di secrezioni infette → mani del soggetto recettivo → mucose degli occhi e della bocca → infezione).

I virus dell'Influenza resistono molto bene nell'ambiente esterno in situazioni di bassa temperatura e umidità. Per tali caratteristiche il virus si diffonde facilmente negli ambienti affollati. Ne consegue che misure banali, come la protezione con un fazzoletto dei colpi di tosse o degli starnuti, il lavare spesso le mani, specie dopo essersi soffiati il naso o aver tossito o starnutito, e l'evitare contatti ravvicinati e luoghi affollati se ci si sente influenzati, costituiscono un rimedio utile per ridurre la diffusione dei virus influenzali. ▲

LA MALATTIA

La malattia è caratterizzata dall'insorgenza improvvisa di sintomi generali, quali febbre, in genere piuttosto elevata e superiore ai 38°C con brivido, cefalea, dolori muscolari ed ossei diffusi, senso di prostrazione, malessere generalizzato. In breve compaiono importanti sintomi respiratori acuti, caratterizzati da tosse secca, intensa e generalmente protratta, laringite, a volte tracheite con dolore dietro lo sterno, mal di gola e congestione nasale (questi ultimi due sintomi sono in genere più lievi e si risolvono al massimo in una settimana). Manifestazioni a carico del tratto gastrointestinale (nausea, vomito e diarrea) possono accompagnare, soprattutto nei bambini, la fase respiratoria e sono state segnalate in oltre il 25% dei bambini in corso di epidemia.

Le complicanze più frequenti sono le polmoniti e broncopolmoniti che colpiscono gli anziani e altri soggetti affetti da malattie croniche degli apparati cardiocircolatorio, respiratorio, urinario, e da diabete, disturbi del

metabolismo e dell'immunità, malattie del sangue; le polmoniti e le broncopolmoniti sono dovute a una sovrainfezione batterica, ma nel 20 - 25% dei casi sono dovute esclusivamente al virus influenzale.

Altre complicanze comprendono la sindrome di Guillain - Barré (polineurite post - infettiva), la sindrome di Reye (una grave complicanza del fegato e del sistema nervoso centrale, che colpisce abitualmente soggetti di età inferiore ai 16 anni che abbiano assunto per lunghi periodi di tempo salicilati e che si siano ammalati di Influenza), infiammazioni dei muscoli e un'infiammazione del muscolo cardiaco e delle membrane che lo ricoprono. I soggetti affetti da malattie croniche degli apparati cardiocircolatorio, respiratorio, urinario, e da diabete, disturbi del metabolismo e dell'immunità e da malattie del sangue possono andare incontro ad uno scompenso della loro malattia.

L'importanza dell'Influenza deriva dalla gravità delle complicanze e dal fatto che le epidemie colpiscono contemporaneamente porzioni elevate della popolazione; le complicanze, in particolare le polmoniti virali e batteriche, colpiscono abitualmente gli anziani e coloro i quali sono affetti da patologie croniche del sistema cardiocircolatorio, polmonare, renale, metabolico, da anemia o da depressione del sistema immunitario; durante le grandi pandemie che colpiscono tutto il mondo anche i giovani sviluppano frequentemente complicanze; è da tenere presente che le complicanze, in condizioni particolari, possono condurre a morte. In condizioni normali le cicliche epidemie influenzali colpiscono di più i giovani della fascia di età fino a 14 anni, ma i soggetti che sviluppano più frequentemente complicanze, che mettono in pericolo la loro vita, sono gli anziani e coloro i quali sono affetti da patologie croniche: a tale proposito, il Centro Europeo per il controllo delle Malattie (ECDC) stima che, in media, circa 40.000 persone muoiano prematuramente ogni anno a causa dell'Influenza nell'Unione Europea e che il 90% dei decessi si verifichi in soggetti di età superiore ai 65 anni.

La stagione epidemica 2013/14 è stata caratterizzata da un drastico incremento della circolazione del virus A(H3N2), seguito, in termini di incidenza, da una circolazione del virus A(H1N1) pressoché analoga alla stagione precedente e da una netta riduzione del virus B; si è assistito, inoltre, ad una riduzione del numero di casi rispetto all'epidemia del 2012/13 distribuito su tutte le fasce di età; in Italia l'incidenza globale totale è stata di 78 casi per 1000 assistiti: 212/1000 nei bambini fino a 4 anni, 121/1000 nei soggetti tra i 5 e i 14 anni, 71/1000 nei soggetti tra i 15 ed i 64 anni e 32/1000 negli anziani con più di 65 anni di età.

Il periodo epidemico (incidenza superiore a 2 casi per 1000 assistiti) nella stagione 2013/14 è durato 14 settimane, con inizio alla 52° settimana 2013 e termine alla 13° settimana 2014, con un picco alla sesta settimana del 2014, caratterizzato da un'incidenza di 6,67 casi per 1000 assistiti. Nell'ultima epidemia influenzale del 2013/14 si sono riscontrati, rispetto all'anno precedente, un inizio di attività influenzale analogo alle comuni epidemie stagionali interpandemiche, un incremento del numero di casi più contenuto, un picco epidemico più basso ma coincidente alla sesta settimana del 2014, un plateau di due settimane ed una durata minore del periodo di attività.

Le stime attuali in Italia evidenziano che ogni anno viene colpito dal 4% al 12 % della popolazione, a seconda delle caratteristiche del virus circolante in una data stagione, e che si verifica un decesso causato dall'Influenza ogni 1000 - 2000 contagiati, durante le normali epidemie (l'Influenza rappresenta la terza causa di morte per patologia infettiva dopo AIDS e Tubercolosi), con circa 8000 decessi ogni anno (l'84% di questi riguarda persone di età superiore ai 65 anni) attribuibili all'influenza ed alle sue complicanze; durante le pandemie, questa percentuale aumenta di molto: per esempio, la pandemia Hong Kong del 1968 ha determinato in Italia non meno di 40.000 decessi. Nella passata pandemia, questa elevata percentuale di decessi non si è verificata, ma bisogna ricordare che una caratteristica comune dei virus che causano pandemie influenzali è quella di continuare a circolare e presentarsi in ondate successive, che, nei Paesi a clima temperato, si sviluppano prevalentemente nelle stagioni autunno - invernali successive alla comparsa del nuovo virus, per cui la guardia non va mai abbassata. Infatti, nella stagione 2010 - 2011, in alcuni Paesi europei dove il virus pandemico è stato predominante, come Inghilterra e Grecia, la severità osservata dei casi confermati è stata addirittura superiore rispetto alla stagione precedente, con più casi complicati che hanno necessitato di ricovero in terapia intensiva e di supporto ventilatorio.

QUALI PERSONE E' OPPORTUNO VACCINARE E PERCHE'

Non è pensabile vaccinare ogni anno tutta la popolazione, in quanto la maggior parte di soggetti supera la malattia in breve tempo e senza complicanze; non è, altresì, fattibile la somministrazione annuale di un numero così elevato di dosi vaccinali all'intera popolazione.

Lo scopo delle campagne vaccinali è in primo luogo quello di proteggere le categorie di persone che, per una loro condizione fisica, potrebbero manifestare complicanze a seguito di una malattia influenzale, risparmiando, di conseguenza, molte vite umane; in secondo luogo, è quello di ridurre il numero di soggetti ammalati, rallentando la diffusione e la circolazione del virus e riducendo l'assenteismo nei servizi essenziali per la collettività.

La vaccinazione è, inoltre, raccomandata per il personale operante a vario titolo in allevamenti animali in cui sia stata riscontrata la presenza di infezione da virus influenzali appartenenti a qualsiasi sottotipo antigenico, onde prevenire l'infezione contemporanea da virus influenzali umani ed aviari in persone esposte per motivi occupazionali: tale fatto potrebbe, infatti, ingenerare il temuto fenomeno della ricombinazione genetica tra virus influenzali umani ed aviari, che, secondo molti esperti, è all'origine delle pandemie

mondiali. ▲

IL RUOLO DELLE STRUTTURE SANITARIE

Ogni anno le Strutture Sanitarie si attivano per promuovere la campagna di vaccinazione antinfluenzale, fornendo sistemi di informazione ai potenziali beneficiari, organizzando il complesso lavoro di offerta attiva del vaccino, monitorando l'andamento delle epidemie e del loro impatto sulla salute, valutando, infine, l'efficienza e l'efficacia della campagna stessa in termini di risparmio di salute e vite umane.

Entrando nel merito, quest'anno il vaccino antinfluenzale viene offerto a:

1. Soggetti di età pari o superiore a 65 anni.
2. Bambini di età superiore ai 6 mesi e adulti affetti da
 - Malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronica ostruttiva), cardio – circolatorio (comprese le cardiopatie congenite ed acquisite), urinario con insufficienza renale cronica
 - Malattie del sangue
 - Diabete mellito ed altre malattie del metabolismo (inclusi gli obesi con Body Mass Index >30 e gravi patologie concomitanti)
 - Malattie oncologiche attuali o pregresse
 - Malattie infiammatorie croniche e malassorbimenti intestinali
 - Malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o dal virus dell'A.I.D.S.
 - Malattie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
 - Malattie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (per esempio malattie neuromuscolari)
 - Malattie epatiche croniche
3. Bambini e adolescenti reumatici che richiedono prolungata somministrazione di acido acetilsalicilico, a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale
4. Donne che, all'inizio della stagione epidemica, saranno nel 2° e 3° trimestre di gravidanza
5. Soggetti di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti
6. Medici e personale sanitario di assistenza
7. Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio
8. Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e specifiche categorie di lavoratori: forze armate, forze di polizia inclusa polizia municipale, vigili del fuoco e personale della protezione civile, addetti a poste e telecomunicazioni, volontari di servizi sanitari di emergenza, personale di assistenza di case di riposo, personale di assistenza ad anziani a domicilio, personale degli asili nido e di scuole
9. Personale che, per motivi occupazionali, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani: allevatori, addetti all'attività di allevamento, addetti al trasporto di animali vivi, macellatori e vaccinatori, veterinari pubblici e libero – professionisti.

Su indicazione dell'OMS e del Ministero della Salute, dal 1999 ogni Regione italiana ha incrementato il sistema di sorveglianza dell'Influenza mediante una rete di medici cosiddetti "sentinella", che hanno il compito di descrivere i casi di influenza osservati nei loro assistiti e di disporre la raccolta di campioni biologici dai casi riscontrati, per l'identificazione del ceppo virale; segnalano, inoltre, eventuali reazioni avverse al vaccino; i dati vengono trasmessi ed elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Ministero della Salute e dalle Università italiane per verificare l'incidenza della malattia nel tempo e nello spazio; i campioni vengono analizzati per identificare i ceppi virali in circolazione e fornire agli Organismi Internazionali (OMS, Agenzia Europea del Farmaco - EMEA) dati utili all'aggiornamento della composizione dei vaccini antinfluenzali; il sistema ha inoltre il compito di organizzare, in caso di pandemia ed in collaborazione con i medici sentinella, le misure di controllo della pandemia stessa. ▲

IL VACCINO

Ogni anno il vaccino antinfluenzale contiene combinazioni di ceppi virali diverse, in base ai virus che hanno

circolato a livello mondiale nella passata stagione e ancora circolano al momento della preparazione delle scorte vaccinali. Il senso di questa scelta risiede nel fatto che le variazioni che si potranno realizzare in questi ceppi saranno con ogni probabilità minime, e, cioè, non in grado di intaccare l'efficacia del vaccino.

Nel caso in cui, però, queste variazioni dovessero essere maggiori (ad esempio con la comparsa di un nuovo sottotipo), il vaccino potrebbe risultare inefficace: il sistema sentinella identificherebbe questa variante maggiore e, a tempo di record, si preparerebbe il nuovo vaccino per fronteggiare la iniziale pandemia. Questo è un evento che si è manifestato tre anni fa e che ha permesso di preparare il vaccino pandemico in tempi abbastanza contenuti (4 mesi circa).

In condizioni standard il vaccino, quindi, contiene i ceppi virali che hanno circolato nella stagione passata, inattivati e quindi innocui. Sono disponibili vaccini costituiti da particelle virali frammentate e purificate (split - virus vaccino), oppure contenenti i soli antigeni di superficie emoagglutinina e neuroaminidasi (vaccino a sub – unità, meno reattogenici e, perciò, indicati nei soggetti che abbiano manifestato episodi reattivi a precedenti vaccinazioni). Esistono, inoltre, i vaccini adiuvati (contenenti gli antigeni di superficie emoagglutinine e neuroaminidasi emulsionati in adiuvante oleoso metabolizzabile MF59; sono indicati negli anziani e nei soggetti poco rispondenti); dal 2010 è in vendita nelle farmacie italiane il vaccino split da somministrare per via intradermica, che sfrutta i particolari meccanismi immunitari che si attivano nel derma e potenziano la risposta immunitaria anche nei soggetti scarsamente rispondenti alla somministrazione intramuscolare; da quest'anno è disponibile in commercio in Italia un vaccino quadrivalente split indicato per l'immunizzazione degli adulti e dei bambini dai 3 anni di età, per la prevenzione della influenza causata dai due sottotipi di virus influenzale A e da due di tipo B. Poiché i vaccini antinfluenzali contengono solo virus inattivati o parti di questi, non possono essere responsabili di infezioni influenzali.

E' bene mettere a conoscenza le persone vaccinate che, particolarmente nella stagione fredda, infezioni respiratorie e sindromi simili all'Influenza possono essere provocate da molteplici agenti batterici e virali, nei cui confronti il vaccino antinfluenzale non può avere alcuna efficacia protettiva.

Dosaggio e modalità di somministrazione:

- dai 6 mesi ai 36 mesi di età si utilizza mezza dose adulti o formulazione pediatrica di split - virus vaccino o di vaccino a sub – unità, ripetuta a distanza di almeno 4 settimane per i bambini che vengono vaccinati per la prima volta; mezza dose adulti o formulazione pediatrica se già vaccinati in precedenza.
- dai 3 anni ai 9 anni di età si utilizza una dose adulti di split - virus vaccino (tri o tetravalente) o di vaccino a sub – unità, ripetuta a distanza di almeno 4 settimane per i bambini che vengono vaccinati per la prima volta; una dose adulti se già vaccinati in precedenza.
- dai 10 anni ai 17 anni di età si utilizza una sola dose adulti di split virus vaccino (tri o tetravalente) o di vaccino a sub – unità;
- dai 18 anni ai 59 anni di età si utilizza una sola dose adulti di split virus vaccino (tri o tetravalente) o di vaccino a sub – unità o una sola dose (9 µg/ceppo in 0,1 ml) di vaccino split intradermico
- dai 60 anni ai 64 anni di età si utilizza una sola dose adulti di split virus vaccino (tri o tetravalente) o di vaccino a sub – unità o una sola dose (15 µg/ceppo in 0,1 ml) di vaccino split intradermico
- nei soggetti sopra i 65 anni di età si utilizza una sola dose adulti di split virus vaccino (tri o tetravalente) o di vaccino a sub – unità o di vaccino adiuvato con MF59 o una sola dose (15 µg/ceppo in 0,1 ml) di vaccino split intradermico.

Poiché la maggior parte della popolazione è stata, con tutta probabilità, infettata dai virus influenzali A(H3N2), A(H1N1) e B nel corso degli ultimi anni, una sola dose di vaccino antinfluenzale è sufficiente per i soggetti di tutte le età, con esclusione dell'età infantile.

Per i bambini al di sotto dei 9 anni di età, mai vaccinati in precedenza, si raccomanda la somministrazione di due dosi, appropriate per l'età, di vaccino antinfluenzale a distanza di almeno 4 settimane.

Il periodo ottimale per vaccinarsi in Italia è dalla metà di ottobre fino alla fine di dicembre.

Il vaccino va somministrato per via intra – muscolare, con l'eccezione della speciale formulazione di vaccino che va somministrata per via intradermica. Può essere somministrato contemporaneamente ad altri vaccini. Ha un'efficacia che dipende anche dall'età e dalle condizioni cliniche del ricevente e che oscilla dal 70 al 90% nei soggetti adulti sani e nei bambini e ragazzi fino a 16 anni arriva al 60 - 70%; ma il dato più significativo riguarda la riduzione della mortalità legata all'influenza che nei soggetti anziani che vivono in comunità va dal 23 al 79%.

Controindicazioni e precauzioni.

Il vaccino non deve essere somministrato a persone che abbiano manifestato reazioni di tipo anafilattico alle proteine dell'uovo o ad altri componenti del vaccino.

Il vaccino non dovrebbe essere somministrato a lattanti al di sotto dei sei mesi, per l'elevata incidenza di reazioni febbrili in questo gruppo di età.

Una malattia acuta di media o grave entità, con o senza febbre, costituisce una controindicazione temporanea alla vaccinazione che va rimandata a guarigione avvenuta.

I soggetti che vengono trattati per lungo tempo con farmaci che riducono significativamente la risposta immunitaria (cortisonici ad esempio), devono, ove possibile, vaccinarsi almeno un mese dopo la sospensione della terapia.

Il medico deve attentamente valutare l'opportunità di vaccinare pazienti affetti da malattie autoimmuni.

Reazioni allergiche importanti o manifestazioni neurologiche conseguenti a precedenti somministrazioni di vaccino antinfluenzale ne controindicano una successiva somministrazione.

Precedenti effetti indesiderati in sede di iniezione, non costituiscono controindicazione alla ulteriore vaccinazione.

La gravidanza non controindica la vaccinazione, tuttavia, questa può essere praticata, per maggior sicurezza, dall'inizio del secondo trimestre di gravidanza.

Le donne che allattano possono essere vaccinate.

Reazioni indesiderate al vaccino antinfluenzale.

Gli effetti collaterali più frequenti dopo la vaccinazione antinfluenzale consistono in dolore, arrossamento e indurimento in sede di iniezione.

Altre reazioni indesiderate consistono in malessere generale, febbre, dolori muscolari che iniziano da 6 a 12 ore dalla somministrazione del vaccino, durano 1 o 2 giorni e si manifestano soprattutto in soggetti mai vaccinati in precedenza.

Sono segnalate anche reazioni allergiche immediate (orticaria, asma, edemi allergici) soprattutto in persone allergiche alle proteine dell'uovo o ad altri componenti del vaccino.

Vengono riferiti altri eventi avversi dopo la somministrazione del vaccino antinfluenzale: riduzione transitoria delle piastrine, nevralgie, parestesie, disordini neurologici, ma il nesso di causalità tra queste manifestazioni ed il vaccino non è mai stato dimostrato; peraltro, un'anamnesi positiva per sindrome neurologica di Guillain – Barré insorta entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose di vaccino anti - influenzale costituisce controindicazione alla vaccinazione.

ALTRE FORME DI PROFILASSI

E' disponibile un farmaco antivirale chiamato Amantadina che, assunto per via orale prima dell'esposizione al virus influenzale di tipo A, è in grado di prevenire la malattia nel 61% circa dei casi di Influenza da virus A confermati in laboratorio; un trattamento iniziato entro 48 ore dall'insorgenza della malattia diminuisce la durata della febbre e della sintomatologia di circa due giorni. Non è, peraltro, dimostrata la capacità del farmaco di ridurre l'incidenza delle complicanze maggiori dell'influenza, una volta che questa si sia manifestata.

Viene utilizzato per controllare la diffusione di epidemie influenzali all'interno di comunità, per proteggere pazienti ad alto rischio che siano stati vaccinati dopo l'inizio di un'epidemia influenzale, o che presentino qualche controindicazione alla somministrazione del vaccino (ad esempio coloro i quali, per malattia o per assunzione di farmaci, abbiano un sistema immunitario depresso e, quindi, non in grado di rispondere favorevolmente al vaccino, o che abbiano presentato allergia di tipo anafilassi alle proteine dell'uovo o ad altri costituenti vaccinali). Non ha alcuna efficacia contro l'Influenza di tipo B e C.

L'Amantadina può provocare perdita di appetito, nausea, edemi periferici e, soprattutto negli anziani, nervosismo, ansietà, insonnia o sonnolenza, difficoltà di concentrazione e sensazione di testa vuota: questi effetti si riducono dopo la prima settimana di utilizzo del farmaco e scompaiono rapidamente dopo la sua sospensione; raramente e specialmente nei pazienti anziani si sono manifestati effetti gravi a carico del sistema nervoso centrale con confusione, allucinazioni, convulsioni. E' controindicata in gravidanza e nei bambini che abbiano meno di 1 anno. Va somministrata con cautela nei pazienti affetti da insufficienza renale.

Da evidenziare, peraltro, che le attività di monitoraggio della suscettibilità virale ai farmaci anti-influenzali effettuate a livello europeo nel corso della stagione influenzale 2011 – 2012 hanno evidenziato che il 100% dei ceppi virali A/H3N2 isolati risultavano resistenti all'Amantadina.

Un altro farmaco è attivo a livello terapeutico ma non profilattico, sia sull'Influenza di tipo A che

sull'Influenza di Tipo B: è lo Zanamivir che, iniziato entro due giorni dalla comparsa dei sintomi, può abbreviare la durata della malattia di circa un giorno e ridurne la gravità; è caratterizzato da una migliore tollerabilità rispetto all'Amantadina; si assume per via respiratoria mediante uno speciale inalatore. Può essere utilizzato negli adulti e nei ragazzi di età superiore ai 12 anni. La sua assunzione può dar luogo a fastidio nasale ed alla gola e, in pazienti predisposti, crisi asmatiche.

L'Osetamivir è indicato contro l'Influenza di Tipo A e B sia a livello profilattico che terapeutico; è caratterizzato da una migliore tollerabilità rispetto all'Amantadina, anche se vengono segnalate con una certa frequenza nausea e vomito; nel trattamento entro 48 ore di persone esposte al contagio di conviventi malati, l'efficacia protettiva sarebbe del 58% circa, mentre l'efficacia nel prevenire l'influenza confermata in laboratorio nei giovani adulti non ancora esposti al contagio sarebbe dell'82%; se assunto dopo l'insorgenza dei sintomi, può ridurre la gravità della malattia e abbreviarne la durata di circa un giorno. Può essere utilizzato negli adulti e nei bambini di età superiore ad 1 anno.

Uno studio effettuato dal Centro Nazionale Influenza in Italia sui virus isolati da soggetti sintomatici durante la stagione epidemica 2013/14 ha evidenziato una totale sensibilità ad Osetamivir e Zanamivir dei ceppi virali analizzati (H3N2, H1N1 e B).

Nell'ambito delle citate attività di monitoraggio della suscettibilità virale ai farmaci anti-influenzali effettuate a livello europeo nel corso della stagione influenzale 2013 – 2014, è stata evidenziata una sensibilità dei ceppi A/H1N1v del 98,7% all'Osetamivir; per quanto riguarda la sensibilità dei ceppi A/H3N2 si è calcolata una sensibilità del 99,8% sia all'Osetamivir che allo Zanamivir.

Va sottolineato che l'efficacia profilattica degli antivirali dipende fortemente dal tempo di somministrazione, che non dovrebbe superare le 48 ore dall'esposizione al contagio.

Si tratta di farmaci efficaci, che, però, devono essere assunti su indicazione e controllo del proprio medico curante.

