



VACCINAZIONI ANTINFLUENZALI

Come prepararsi ad UN AUTUNNO CALDO

Sembra stia diventando reale il timore che avevamo, cioè di “un autunno caldo” con la circolazione del Covid 19 assieme al virus dell’influenza stagionale

DATO CHE I SINTOMI respiratori di queste infezioni sono simili, è indispensabile promuovere la vaccinazione antiinfluenzale per ridurre sia i casi sospetti di Covid 19 che le complicanze da influenza nei soggetti a rischio e, di conseguenza, gli accessi ai pronto soccorso e ai reparti di cura, che potrebbero trovarsi di nuovo sotto stress per la ripresa della pandemia ed essere fonte di trasmissione di coronavirus.

La vaccinazione aiuterebbe inoltre a contrastare l'assenza per malattia del personale di assistenza. L'influenza stagionale si cura senza importanti interventi e raramente ci sono complicazioni nei soggetti sani. Al contrario, possono essere gravi, se non letali, le complicanze che avvengono in soggetti a rischio, come le donne in gravidanza ed i neonati. La complicanza più temibile è la sovrapposizione batterica e virale che interessa l'apparato respiratorio. La gestante è ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza



MAURIZIO SILVESTRI
Dirigente medico
Consultorio familiare
Spoleto e Tesoriere Aogoi

per i cambiamenti che, in gravidanza, interessano l'apparato cardiopolmonare ed il sistema immunitario. Il rischio di ricovero diventa 4 volte superiore rispetto alle donne non in gravidanza. Di solito l'infezione non dà seguito ad elevata viremia o trasmissione transplacentare. Le rare complicanze fetali e della gravidanza dipendono soprattutto dalla severità dell'infezione materna. Anche il neonato è vulnerabile e può andare incontro a tonsillite, otite, sinusite, convulsioni, meningite, encefalite. Di conseguenza, fra le categorie ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza per le quali la vaccinazione è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente, il Ministero della Salute inserisce le donne **che all'inizio della stagione epidemica si trovano in gravidanza e nel periodo post partum.**

L'adesione a questa vaccinazione, pur se difficile da rilevare con esattezza con i nostri sistemi è bas-

sa (solo l'1,7 % delle gestanti nella stagione 2016-2017) e quindi lontana dagli obiettivi di copertura individuati dal Ministero della Salute per tutti i gruppi target: 75% obiettivo minimo e 95% obiettivo ottimale.

È necessario allora facilitarla. Questo può avvenire anche attraverso la co-somministrazione del vaccino antipertosse (anch'esso raccomandato in gravidanza) ed eventualmente all'immunoprofilassi anti D ante partale sistemica. Anche l'offerta della vaccinazione negli ambulatori della gravidanza durante i controlli routinari potrebbe favorirne l'adesione.

Le più importanti società scientifiche di ostetricia e ginecologia, internazionali e nazionali, sono impegnate a contrastare l'esitazione vaccinale. Questa a volte è supportata anche dagli operatori che si prendono cura della gravidanza (ginecologi e ostetriche) e dai medici di medicina generale. La “vaccinofobia”, che porta la gestante

VACCINAZIONI ANTINFLUENZALI



a rifiutare l'opportunità di salute, è diffusa soprattutto attraverso il web e si basa sulla mancata consapevolezza dei rischi di complicanze della malattia ed anche dall'efficienza e sicurezza del vaccino.

Questo è composto da virus inattivati e frammentati, senza rischi connessi a quelli a base di virus viventi attenuati. Milioni di italiani l'hanno ricevuto negli ultimi 40 anni ed esistono numerose prove scientifiche a sostegno della sua sicurezza per madre, feto e neonato.

Viene preparato dalle industrie farmaceutiche seguendo le direttive Oms e recepite dal Ministero della Salute. La commercializzazione è approvata dai comitati di esperti di Aifa ed Ema e soggetta ad attenta sorveglianza *post marketing* per valutare le reazioni avverse rilevabili solo con l'uso di massa del prodotto.

I vaccini sono anche "vittime" dei loro stessi successi. Infatti, riducendo drasticamente l'incidenza della malattia, favoriscono la perdita della consapevolezza dei rischi ad essa legati. Nella nostra quotidianità clinica sappiamo che è più agevole somministrare un farmaco ad un soggetto malato (con la speranza che guarisca), piuttosto che somministrare un vaccino per evitare che si ammalino, soprattutto quando, proprio grazie al vaccino, la malattia è diventata remota e non più percepita come un pericolo.

PREVENIRE È PIÙ DIFFICILE CHE CURARE!

L'influenza è un serio problema di sanità pubblica. Approssimativamente ogni anno abbiamo nel mondo un miliardo di malati con 400 mila decessi, in Europa 40 milioni di malati con 60 mila decessi, nel nostro Paese 7,5 milioni di malati con 8 mila decessi.

La vaccinazione permette di prevenirla in oltre il 60% delle gestanti immunizzate.

Se contratta nei soggetti vaccinati, questa decorre con minore gravità, misurabile attraverso la ridotta ospedalizzazione dei soggetti affetti.

Vari lavori hanno dimostrato che i nati da madri vaccinate avranno il 61% di probabilità in meno ammalarsi entro i primi sei mesi di vita e l'81% di probabilità in meno di essere ricoverati per le complicanze da influenza stagionale.

Proprio per questa bassa efficacia protettiva è consigliato che vengano vaccinate anche le princi-



La variazione antigenica fa sì che i vaccini prodotti in precedenza siano inefficaci nelle successive stagioni epidemiche e che l'immunità, attiva due settimane dopo il suo inoculo, declina nell'arco di 6-8 mesi

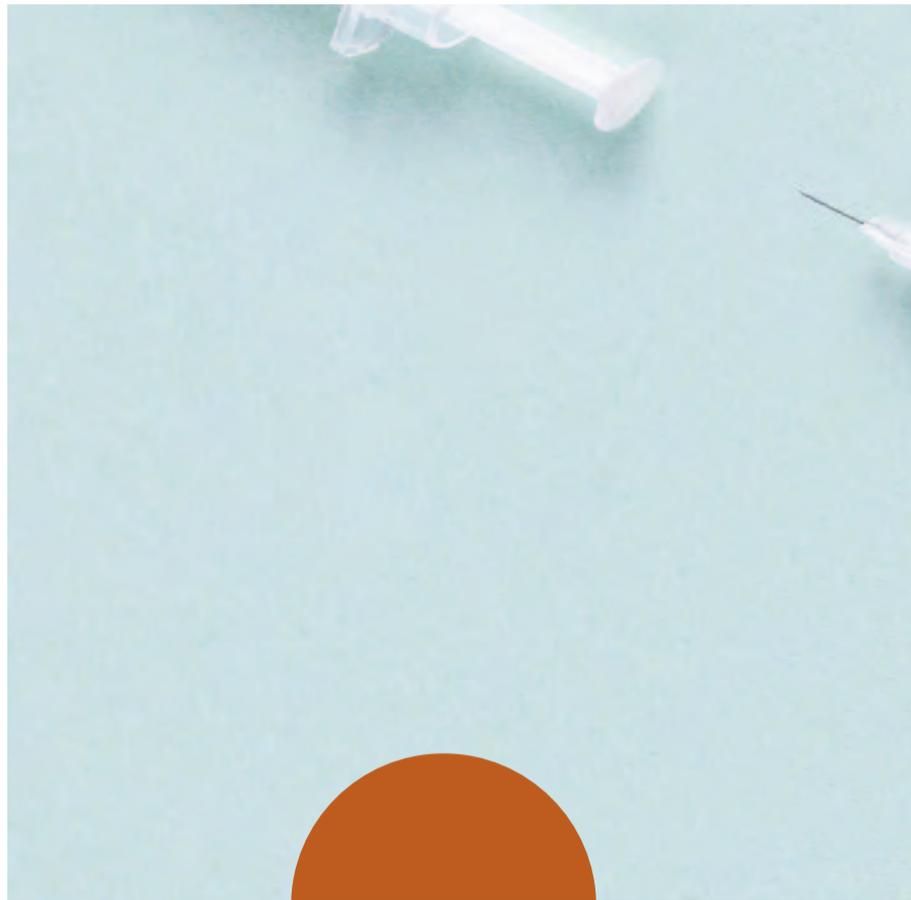
pali fonte di contagio per la diade gestante-madre e neonato, cioè i famigliari più stretti, il cosiddetto *cocooning*.

Il virus influenzale venne isolato in Inghilterra nel 1933. Si tratta di un virus a RNA della famiglia degli *Orthomyxoviridae*. Oggi ne conosciamo quattro: tipi A e B, responsabili della sindrome influenzale classica, tipo C, di scarsa rilevanza clinica e generalmente asintomatico, tipo D, la cui capacità di infettare l'uomo non è ancora chiara. I virus di tipo A sono ulteriormente suddivisi in sottotipi sulla base delle differenze molecolari di due glicoproteine di superficie. Tali glicoproteine hanno marcata tendenza a variazioni antigeniche: ciò permette al virus di eludere la risposta immunitaria specifica dell'ospite, ottenuta da precedenti infezioni o vaccinazioni e quindi di diffondersi rapidamente. È una delle cause della rapida diffusione della malattia in forma epidemica. L'immunità acquisita con la vaccinazione declina nell'arco di 6-8 mesi. Pertanto è necessario che la gestante, così come il resto della popolazione, si vaccini ad ogni stagione epidemica influenzale.

Si raccomanda quest'anno di anticipare la campagna vaccinale a partire dall'inizio di ottobre e offrirla ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale, anche se si dovessero presentare in ritardo.

La vaccinazione infine è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente anche ai Medici ed altro personale sanitario che, attraverso loro attività assistenziale, possono trasmettere la malattia alle persone ad alto rischio di complicanze influenzali. Particolare riguardo è necessario per quelli che prestano assistenza nei reparti quali i punti nascita.

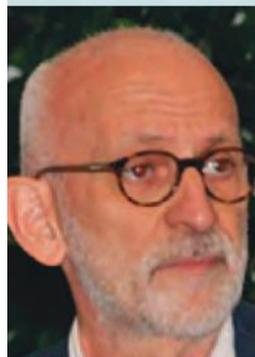
Si ricorda che il Ministero della Salute raccomanda l'accurato monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie delle relative coperture vaccinali raggruppate nei loro centri di assistenza.



Il punto di vista

Vaccino antin

C'è una grande discussione sul vaccino antinfluenzale: è utile estendere la vaccinazione ad altre fasce della popolazione, oltre agli anziani dai 65 anni e ai malati di malattie croniche? Il vaccino protegge anche dal Covid-19? Può facilitare la diagnosi differenziale tra sindromi influenzali e Covid-19?



GUIDO GIUSTETTO
Presidente Ordine
dei medici Chirurghi e
Odontoiatri della
Provincia di Torino

PRIMA DI PROVARE A RISPONDERE a queste domande è necessario premettere qualche osservazione.

Purtroppo il vaccino antinfluenzale ha una resa preventiva modesta, sia perché sono molti (oltre 200) gli agenti che provocano sindromi simili all'influenza (ILI), ma non sono evitate dal vaccino, sia perché la sua efficacia intrinseca non è alta. Valutando i dati dei rapporti virologici ed epidemiologici dell'Istituto Superiore di Sanità delle stagioni influenzali dal 2013 al 2020, si vede come la media di campioni biologici positivi al virus influenzale si attesti intorno al 30% di coloro i quali lamentano sintomi da influenza; vale a dire che per il restante 70% si tratta di sindromi dovute ad altri virus: parainfluenzali (principalmente paramyxovirus), ma anche rhinovirus, adenovirus, coronavirus, che possono trarre solo parzialmente beneficio dalla vaccinazione.

Inoltre l'efficacia media del vaccino antinfluenzale è stimata¹ al 44%, cioè il vaccino riesce a prevenire meno della metà dei casi di influenza vera.

In letteratura non vi sono dati che provino un forte vantaggio della vaccinazione negli adulti sani; in queste persone De Micheli et al² hanno calcolato che la vaccinazione antinfluenzale riduce i casi di influenza tra l'1% e il 2%. Anche se si volesse, con l'estensione della vaccinazione, ridurre il carico assistenziale per il sistema sanitario, il risultato sarebbe assai scarso.



influenzale: non è una panacea!

Questa stessa revisione afferma che l'effetto protettivo della vaccinazione sulle donne in gravidanza e sui neonati è modesto. Poiché però non vengono evidenziati seri eventi avversi, ed è noto che le donne in gravidanza sono maggiormente esposte a complicanze polmonari in caso di infezioni virali, con morti evitabili in donne giovani e sane³, la vaccinazione nelle donne gravide può rappresentare un vantaggio.

Non sembra invece vi siano dubbi sull'effetto protettivo della vaccinazione antinfluenzale nei confronti degli anziani, in particolare se affetti da pluripatologie.

Una revisione Cochrane del 2018⁴ conclude che gli anziani vaccinati hanno un più basso rischio di influenza e probabilmente anche un minor rischio di ILI rispetto ai non vaccinati.

P. Walzer et al.⁵ Ha riscontrato una significativa riduzione di mortalità per tutte le cause nei vaccinati, anche nella popolazione più anziana con multimorbidità.

Per quanto riguarda una possibile protezione da parte del vaccino antinfluenzale nei confronti di COVID-19, uno studio basato sulle risposte al questionario EpiCovid19 e pubblicato su Vaccines suggerisce una possibile associazione tra i vaccini anti-influenzale e anti-pneumococcico e una minor probabilità di risultare positivi al tampone per Covid-19⁶. In generale, nelle persone più fragili, il rischio che un'infezione da Sars-CoV-2 si sommi ad una da virus influenzale, può rendere più convincente vaccinare queste persone.

UNA PREOCCUPAZIONE per i prossimi mesi è la difficoltà di distinguere i casi di Covid-19 dalle sindromi influenzali per la sintomatologia sovrapponibile, almeno nelle fasi iniziali della malattia. Ciò porterebbe ad una richiesta di tamponi molto alta con rischio di saturare i laboratori. Per questo una parte importante della promozione della campagna vaccinale è impostata sull'aspettativa che se molte persone si vaccinano contro l'influenza, sarà più facile distinguere i casi di Covid-19, in quanto si dovrebbe eliminare il sospetto di un'influenza per i vaccinati.

Su questo, il Nucleo strategico del Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni del Nitag, istituito dal Ministero della Salute il 23 agosto 2018 con compiti di supporto tecnico

alla definizione delle politiche vaccinali nazionali, ha espresso⁷ molte riserve: "Infine, sul piano della comunicazione, l'aver indicato tra le finalità della vaccinazione antinfluenzale la facilitazione della diagnostica differenziale con Covid-19 e il non aver evidenziato i limiti di efficacia che caratterizzano questa vaccinazione rischiano di ingenerare aspettative eccessivamente ottimistiche, alla luce delle conoscenze ancora insufficienti sul comportamento del nuovo virus Sars-CoV-2 e della varietà e numerosità degli agenti microbici normalmente circolanti nella stagione invernale". In pratica, il vaccino, che come detto sopra, ha un'efficacia intorno al 40% sul 30% delle sindromi influenzali, eviterà una quota di influenze piuttosto bassa. Classificare come malati Covid-19 i vaccinati che presentassero, nonostante la vaccinazione effettuata, qualche sintomo da raffreddamento dovuto ad uno dei tanti virus in circolazione contemporaneamente a quello influenzale, sembra debole e anche a rischio di indurre timori infondati.

Vi sono poi degli aspetti organizzativi che non vanno sottovalutati.

La più grande quota di vaccini antinfluenzali viene effettuata dai medici di Medicina Generale che solitamente dedicavano alcune giornate alla vaccinazione convocando tutti i loro pazienti. Ora, per la necessità del distanziamento, queste "sedute di massa" non saranno possibili. Dunque, aumentare il numero di persone da vaccinare, senza una evidenza di efficacia forte, con i limiti organizzativi sopra detti, sembra, dal punto di vista delle priorità, un azzardo, tenuto conto dell'elevato impegno di assistenza cui è già attualmente chiamato il sistema delle cure primarie e il probabile incremento spontaneo di adesione da parte dei soggetti già presenti tra i target vaccinali, per via dell'accresciuta attenzione e della pressione mediatica in materia.

Fatte queste considerazioni, più che allargare la platea delle categorie a cui offrire la vaccinazione, sembra prioritario garantire con certezza la protezione delle persone veramente a rischio:

■ **I SOGGETTI PIÙ FRAGILI** per condizioni di vita e di salute (anziani > 65 anni, a cui si potrebbe offrire anche il vaccino

antipneumococcico⁸, comorbidità, per esempio anziani cardiopatici), in particolare quelli residenti nelle strutture socio-sanitarie e di lungodegenza;

■ **GLI OPERATORI SANITARI** e socio-sanitari.

Infine, anche per contrastare la diffusione del virus influenzale, così come stiamo ripetendo tutti i giorni per l'infezione da Sars-CoV-2, è imprescindibile:

- lavarsi spesso le mani e, in mancanza d'acqua e sapone, usare igienizzanti a base alcolica;
- indossare mascherine, specie in ambienti chiusi dove la distanza non si può mantenere;
- aerare regolarmente gli ambienti dove si soggiorna;
- evitare per quanto possibile ambienti chiusi e affollati;
- se ci si ammala, restare a casa evitando l'uso di antipiretici finché la temperatura non superi i 38°C (la febbre è un efficace meccanismo di difesa contro la replicazione virale), assicurandosi idratazione e riposo adeguati.

1 Sah P et al: Proc Natl Acad Sci USA 2019

2 Demicheli V, Jefferson T, Ferroni E, Rivetti A, Di Pietrantonj C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 1;2(2):CD001269. doi: 10.1002/14651858.CD001269.pub6. PMID: 29388196; PMCID: PMC6491184.

3 <https://www.epicentro.iss.it/itoss/itoss>

4 Demicheli V, Jefferson T, Di Pietrantonj C, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database Syst Rev 2018;2(2):CD004876. Published 2018 Feb 1. doi:10.1002/14651858.CD004876.pub4

5 Impact of Influenza Vaccination on Mortality in the Oldest Old: A Propensity Score-Matched Cohort Study Pauline Walzer¹, Clémentine Estève², Jeremy Barben¹, Didier Menu³, Christine Cuenot³, Patrick Manckoundia¹ and Alain Putot¹, Vaccines 2020, 8(3), 356; <https://doi.org/10.3390/vaccines8030356>

6 The Association between Influenza and Pneumococcal Vaccinations and SARS-Cov-2 Infection: Data from the EPICOV19 Web-Based Survey Vaccines 2020, 8(3), 471; <https://doi.org/10.3390/vaccines8030471>

7 https://www.quotidianosanita.it/governo-parlamento/articolo.php?articolo_id=87187

8 <https://www.saluteinternazionale.info/2020/09/influenza-in-tempi-di-Covid-19/>