Le raccomandazioni per l'influenza del MdS per la stagione 2006-2007

Data 08 maggio 2006
Categoria infettivologia

Il Ministero della Salute ha emanato il 18 aprile scorso la circolare n. 2 relativa alla prevenzione e al controllo dell'influenza per la stagione 2006-2007

Nel documento sono riportate le raccomandazioni per la prossima stagione influenzale, le caratteristiche antigeniche degli isolamenti virali più recenti, la composizione del vaccino antinfluenzale, le raccomandazioni sul suo impiego e sull'uso dei farmaci antivirali. Vengono inoltre riportati alcuni cenni sull'epidemiologia della malattia nel mondo e in Italia, con dati e grafici relativi alla scorsa stagione. Si stima che nei Paesi industrializzati la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive. Le ripercussioni sanitarie ed economiche della malattia costituiscono un rilevante problema, sia nell'ambito della comunità che per il singolo individuo. Sul piano economico, l'assenteismo lavorativo e la perdita di giornate produttive rappresentano una voce sostanziosa dei costi complessivi. Inoltre, le complicanze, come l'incremento dei casi di ospedalizzazione, tendono ad aumentare notevolmente la richiesta di assistenza sanitaria e, quindi, i costi indiretti della malattia. La sorveglianza ha mostrato un ripetuto ciclo biennale di intensità epidemica: infatti, ad un anno con elevata incidenza delle sindromi influenzali regolarmente segue un anno a bassa incidenza. La stagione epidemica 2005-2006 è stata quella a più bassa incidenza negli ultimi sei anni ed è quindi verosimile che la prossima stagione 2006-2007 sarà ad alta incidenza. Per ciò che riguarda la sorveglianza virologica, nel corso della stagione 2005-2006, si è osservata una contemporanea circolazione di ceppi A/H1, A/H3 e B. Predominanti, rispetto ai virus di tipo B, sono stati i virus di tipo A (70%), nel cui ambito sono stati prevalentemente isolati virus appartenenti al sottotipo A/H1 (65%). La caratterizzazione antigenica e molecolare ha evidenziato una sostanziale omologia tra i ceppi circolanti ed il ceppo vaccinale A/New Caledonia/20/99 (H1N1). Differenze antigeniche sono state invece evidenziate sia per quanto riguarda il sottotipo A/H3N2 che il tipo B. I virus H3N2 circolanti nella presente stagione hanno mostrato un "drift" antigenico che ha portato alla sostituzione del ceppo vaccinale A/California/7/04 con la nuova variante A/Wisconsin/67/05 che comparirà, pertanto, nella composizione del vaccino per la prossima stagione. I virus di tipo B, isolati nel corso della stagione 2005-2006, appartengono ad entrambi i lineaggi, Victoria-like e Yamagata-like. I ceppi riconducibili al lineaggio Yamagata-like sono B/Shanghai/361/02-like e, quindi, simili al ceppo vaccinale 2005-2006, mentre i virus appartenenti al lineaggio Victoria-like appaiono simili al ceppo B/Malaysia/2506/04, che comparirà nella composizione del vaccino per la prossima stagione. Nel corso della stagione è stata osservata, inoltre, un'intensa circolazione di Virus Respiratorio Sinciziale (RSV), contemporanea all'isolamento di virus influenzali; RSV è stato rilevato in 106 campioni, complessivamente raccolti dall'ISS e dal CIRI, prevalentemente nella classe d'età pediatrica. Nella stagione epidemica 2005-2006 i test di caratterizzazione antigenica eseguiti sugli isolati più recenti hanno mostrato:
- per il virus A/H1N1: caratteristiche simili al ceppo A/Nuova Caledonia/20/99
- per il virus A/H3N2: caratteristiche simili al ceppo A/Wisconsin/67/2005
- per il virus B: caratteristiche simili al ceppo B/Malaysia/2506/2004.

I dati ottenuti hanno suggerito un cambiamento nel vaccino antinfluenzale per l'emisfero settentrionale che, quindi, avrà, per la stagione 2006-2007, la seguente composizione:
- antigene analogo al ceppo A/Nuova Caledonia/20/99 - (H1N1)
- antigene analogo al ceppo A/Wisconsin/67/2005 - (H3N2) *
- antigene analogo al ceppo B/Malaysia/2506/2004 **

* come virus vaccinale sono disponibili sia il ceppo A/Wisconsin/67/2005 che il ceppo A/Hiroshima/52/2005
** come virus vaccinali potranno essere utilizzati sia il ceppo B/Malaysia/2506/2004 che il ceppo B/Ohio/1/2005.

Come ogni anno la composizione del vaccino si basa sulla scelta dei ceppi operata dall'OMS, ratificata dall'EMEA. Come avvenuto anche negli anni precedenti, le autorità di controllo Nazionali dovranno approvare gli specifici ceppi vaccinali da usare in ciascun paese (controllo di Stato). Le quantità antigeniche standardizzate per ciascun ceppo vaccinale devono, come stabilito dal Gruppo ad hoc sulla Biotecnologia e Farmacologia della Commissione dell'Unione Europea, contenere una quantità di emoagglutinina pari a 15 µg per ceppo e per dose di vaccino antinfluenzale, con limite fiduciario del 95% non inferiore a 12 µg. 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 l'immunizzazione dei 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 raccomandano due dosi pediatriche di vaccino antinfluenzale, da somministrare a distanza di almeno quattro settimane.
Il vaccino antinfluenzale va somministrato per via intramuscolare ed è raccomandata l'inoculazione nel muscolo deltoide per tutti i soggetti di età superiore a 9 anni; nei bambini e nei lattanti la sede raccomandata è la faccia antero-laterale della coscia. Il periodo destinato alla conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, per la nostra situazione climatica e per l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, quello autunnale, a partire dalla metà di ottobre fino a fine dicembre. Un anticipo della somministrazione del vaccino antinfluenzale potrebbe, soprattutto nelle persone anziane che presentano risposte immunitarie meno valide, avere come conseguenza un declino del titolo anticorpale proprio in corrispondenza del picco epidemico stagionale. Per ciò che concerne il trattamento e la profilassi delle infezioni da virus influenzali è possibile l'impiego di farmaci ad azione antivirale. Tuttavia è opportuno ribadire che:

- gli antivirali non sono un’alternativa alla vaccinazione
- il loro utilizzo va riservato a casi selezionati
- i farmaci antivirali devono essere sempre assunti su prescrizione e sotto controllo medico.

In generale, gli antivirali riducono di circa un terzo la durata dell’influenza non complicata ma, ai fini della riuscita del trattamento, questo deve essere iniziato al più presto possibile, e comunque entro due giorni dall’insorgenza dei sintomi. (Linee Guida sulla sindrome influenzale dell’Istituto Superiore di Sanità). Non è stata dimostrata l’efficacia dei farmaci antivirali nella riduzione delle complicanze maggiori dell’influenza, quali le polmoniti batteriche o virali o l’esacerbazione delle patologie croniche di base, nei soggetti a rischio. Gli antivirali disponibili in Italia sono amantadina (solo influenza A) zanamivir, ed oseltamivir.

Fonte: Ministero della Salute - Circolare del 18 aprile 2006 Prevenzione e controllo dell’influenza: raccomandazioni per la stagione 2006-2007.