

La vaccinazione contro l'influenza

Luisella Grandori

Servizio di Epidemiologia, Azienda USL di Modena, Referente ACP per le vaccinazioni

Questa pagina ha l'obiettivo di dare informazioni sulle modalità di trasmissione del virus dell'influenza e sull'utilizzo della vaccinazione. È un tema di discussione tra pediatra e genitori, che si ripresenta puntuale ogni anno; spesso oggetto di "terroristici" messaggi mediatici come sono stati quelli dello scorso mese di ottobre che speriamo siano, almeno in parte, rientrati.

Questa pagina può essere fotocopiata e fornita ai genitori

Che cos'è l'influenza?

L'influenza è una malattia molto contagiosa causata da virus che si trasmettono da persona a persona, prevalentemente attraverso le minuscole goccioline emesse durante la respirazione oppure tramite oggetti da poco contaminati con secrezioni provenienti dal naso o dalla gola. Gli ambienti chiusi, molto affollati e con uno scarso ricambio d'aria, come le aule scolastiche, gli autobus, i negozi, il cinema, sono quelli in cui più facilmente si diffonde l'influenza per una maggiore facilità a entrare in contatto con i virus eliminati dai soggetti che ne sono portatori. Il periodo in cui la persona infetta è più contagiosa va dalle 24 ore prima che inizino i sintomi, fino a circa 5 giorni dopo la loro comparsa. I bambini possono essere contagiosi per un periodo anche più lungo. Di solito i virus non sono più presenti nelle secrezioni del naso entro 7 giorni dall'inizio della malattia.

Da quando si entra in contatto con i virus passano generalmente da 1 a 4 giorni (più spesso 2) prima che compaia la malattia.

L'influenza ha solitamente un esordio brusco e si manifesta con febbre e brividi di freddo, mal di testa, dolori muscolari diffusi, marcata spossatezza, mal di gola, raffreddore e tosse. A volte sono anche presenti vomito e diarrea. La febbre dura 2 o 3 giorni, ma può durare più a lungo; solitamente i sintomi respiratori (come raffreddore, mal di gola e tosse) diventano più evidenti nei giorni immediatamente successivi e la tosse può durare anche 2 settimane. Ma in alcuni bambini l'influenza si manifesta come una malattia febbrile con pochi sintomi come raffreddore, mal di gola e tosse. Dopo la fine della febbre rimane una sensazione di stanchezza o di non star bene anche per parecchi giorni.

L'influenza dura in media una settimana e di regola guarisce completamente nei bambini sani. *Essa può invece essere pericolosa quando colpisce bambini che per le loro condizioni di salute (ad esempio malattie respiratorie croniche, disturbi cardiaci e renali, diabete, sistema immunitario indebolito) sono più suscettibili e possono subire un aggravamento della loro malattia di base oppure sviluppare complicanze respiratorie.*

Il vaccino contro l'influenza

Per preparare il vaccino, i virus dell'influenza vengono prima coltivati in uova di pollo, poi uccisi.

Nei vaccini destinati all'infanzia i virus vengono spezzettati in piccole parti (*vaccini split*) o trattati in modo da isolare solo microscopiche particelle del virus (*vaccini a "sub-unità"*).

I virus dell'influenza sono "capricciosi", nel senso che tendono a modificarsi di anno in anno, così da rendersi irriconoscibili all'organismo che non riesce più ad utilizzare in maniera efficace gli anticorpi sviluppati l'anno precedente. Questa è la ragione per la quale:

- contrariamente ad altre malattie infettive (ad esempio il morbillo oppure la varicella), di influenza è possibile ammalarsi ogni anno;
- il vaccino viene sostituito ogni anno con uno "aggiornato";
- è necessario rivaccinarsi ogni inverno con il nuovo vaccino ritenuto più efficace contro i virus della stagione in corso.

Il vaccino viene somministrato mediante un'iniezione intramuscolare. Per effettuare la vaccinazione non è necessario tenere il bambino a digiuno. La protezione inizia *dopo circa 15 giorni* dalla vaccinazione.

Il numero di dosi è variabile:

- *una sola dose* è sufficiente se il bambi-

no ha più di 12 anni oppure è più piccolo ma è già stato vaccinato l'anno precedente;

- *due dosi*, a distanza di 4 settimane l'una dall'altra, sono necessarie se il bambino ha meno di 12 anni e se viene vaccinato per la prima volta.

La vaccinazione contro l'influenza viene vivamente raccomandata, ogni anno, per i bambini che hanno condizioni di salute particolari che li rendono più vulnerabili (come nel caso di gravi malattie del cuore, dei reni, dell'apparato respiratorio, diabete, importante compromissione delle difese immunitarie ecc.). Il pediatra del vostro bambino saprà consigliarvi in merito e valutare l'eventuale presenza di condizioni che controindicano la vaccinazione.

Gli effetti collaterali

Il vaccino è generalmente ben tollerato e, specialmente nei bambini, non causa disturbi; raramente possono verificarsi effetti collaterali di lieve entità. Nella sede d'iniezione può verificarsi la comparsa di rossore, gonfiore e dolore nelle 48 ore successive.

Ancor più rara è la comparsa di febbre, malessere, dolori muscolari, articolari, e mal di testa a distanza di 6-12 ore dalla iniezione; questi sintomi si osservano più spesso nei soggetti vaccinati per la prima volta e non si protraggono per più di uno o due giorni. Solo negli adulti (oltre i 45 anni) sono state descritte reazioni di tipo neurologico, che non si sa con esattezza se siano causate dal vaccino.

Come qualsiasi altra sostanza estranea all'organismo, questo vaccino può determinare, se pure con frequenza estremamente rara, reazioni allergiche.

Si raccomanda comunque, come per ogni altro farmaco, di segnalare al pediatra qualsiasi sintomo importante presentato dal bambino dopo la vaccinazione.

Per corrispondenza:
Luisella Grandori
e-mail: luisegra@tin.it

informazioni per genitori

segue da pag. 10

quando si usano tecniche agricole tradizionali.

Sono necessari profondi cambiamenti del nostro stile di vita. Bisogna ridurre le produzioni e i consumi inutili, adottare processi produttivi a basso impatto ambientale, soddisfare i bisogni umani con prodotti e servizi ecocompatibili, distribuire equamente il lavoro (e la ricchezza), lavorare meno, privilegiare l'essere sull'avere, le relazioni umane sul possesso del denaro e delle cose.

Utopia? Una volta poteva essere considerata un'utopia, oggi è una necessità. Quella che poteva essere una posizione di gruppi minoritari ha oggi il sostegno di un vasto movimento in tutto il mondo, che trova appoggio nelle ricerche di scienziati, in nuove scuole di pensiero economico (neomarginalismo, bioeconomia, economia dello stato stazionario ecc.), perfino in documenti ufficiali di organismi nazionali e internazionali, che predicano bene e razzolano male, spesso con la scusa che i cittadini non sono disposti a cambiare.

Ma quanti economisti hanno studiato le opere dei neomarginalisti, di Georgescu-Roegen o di Herman Daly? Quanti politici e dirigenti dei Ministeri, delle Regioni, dei Comuni, delle Province hanno letto i rapporti dell'ONU o dell'Unione Europea, del Ministero dell'Ambiente che invitano a una netta inversione della politica agricola, dei trasporti, dell'energia, dell'uso del territorio ecc.? Quanti giornalisti, prima di scrivere un pezzo su tali argomenti sentono il bisogno di consultare tali rapporti o di chiedere un parere a chi è impegnato in questo campo?

Forse anche noi medici dovremmo sapere qualcosa di più su questi temi e interrogarci se le nostre pratiche, i nostri consigli non siano come quelli dati dal medico di una graffiante striscia di Quino, il disegnatore satirico sud-americano, che prescriveva un farmaco contro la bronchite a un paziente che viveva in un Paese con l'aria resa irrespirabile dal fumo della fabbrica produttrice di quel farmaco.

segue da pag. 34

Pazienti e interventi confrontati

Pazienti: 201 (analizzati 196) neonati di età compresa tra 1 e 30 giorni

Criteri di inclusione: età gestazionale di 36 settimane o più ed età postnatale superiore a 24 ore ma inferiore a 30 giorni.

Criteri di esclusione: ventilazione assistita o trattamento con pressione positiva continua delle vie aeree

- presenza di sintomi neurologici
- trattamento con ossigeno
- trattamento per infezioni
- sedativi o analgesici somministrati nelle 24 ore precedenti l'inclusione

Gruppo di controllo: 99 (analizzati 98) trattati con EMLA sulla cute e placebo per os

Gruppo sperimentale: 102 (analizzati 98) trattati con soluzione glucosata al 30% per via orale e placebo sulla cute

(vedi tabella a pag. 34)

Criteri di valutazione

La risposta al dolore è stata misurata attraverso il PIPP (*Premature Infant Pain Profile*). Il PIPP assegna dei punteggi che esprimono la variazione di 5 parametri: corrugamento della fronte, chiusura degli occhi, accentuazione del solco nasolabiale, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno. Più alto è il punteggio, maggiore è la risposta al dolore.

Conclusioni

Lo studio consente di concludere che l'utilizzo di *glucosio per os e placebo sulla cute* è più efficace nel ridurre i sintomi associati al dolore da prelievo venoso nei neonati rispetto al trattamento anestetico locale con *EMLA e placebo per os*.

In base al valore dell'NNT dovremmo trattare con glucosio per os 4 pazienti per avere un successo in più rispetto al trattamento con EMLA e placebo per os. L'IC 95% compreso tra 3 e 10 indica che potremmo avere un beneficio in più, trattando un minimo di 3 neonati e un massimo di 10. Tali conclusioni confermano quanto emerge dalla consultazione di *Clinical Evidence* che, tra gli interventi "probabilmente utili" per ridurre il dolore legato al prelievo di sangue nei bambini piccoli, prevede l'utilizzo di glucosio per os in quanto intervento efficace a diminuire "significativamente le reazioni allo stimolo doloroso, in particolare la durata del pianto (vs somministrazione di acqua o nessun intervento)".

segue da pag. 36

che la pediatra accetta di rivedere le proprie abitudini terapeutiche, a partenza da un ben preciso stimolo della famiglia che si propone come parte attiva nella ricerca di una soluzione.

Evitare di trincerarsi dietro il sapere scientifico, o presunto tale, permette di giocare una partita a tutto campo e di costruire una relazione vera, nel cui ambito valorizzare le esperienze, giuste o sbagliate, dei genitori e del loro mondo di riferimento.

La pediatra farà tesoro di questa revisione del proprio operato e alla prossima "colica" presterà la massima attenzione a quello che la famiglia in oggetto sa o pensa di sapere dell'argomento e ai tentativi già messi in atto, cercando di valorizzare l'operato dei genitori, nell'ottica di un vero sostegno piuttosto che di una sostituzione da "tecnico". Non dovrà cadere nell'errore di replicare sempre lo stesso comportamento, ma potenzierà l'attenzione all'ascolto attivo e al mondo dell'altro.

Che cosa abbiamo imparato

La pediatra con abilità di counselling (ascolto attivo, uso di domande aperte, capacità di riassunto a partenza dai problemi dei genitori) ha posto le basi per un'alleanza terapeutica da sviluppare in futuro.

Non si è certo illusa di aver capito tutto e di aver risolto il problema, ma ha cercato un obiettivo condivisibile con i genitori.

Ha saputo rinunciare alla medicalizzazione del problema (non c'erano evidenze!... anzi, ce n'era qualcuna del contrario) e ha provato a valorizzare i genitori e a rafforzare le loro competenze, rinunciando a sostituirsi a loro.

I genitori hanno stimolato il cambiamento della pediatra che, alla prossima colica di un altro lattante, saprà far tesoro degli spunti offerti sia dalla propria ricerca in EBM che dalla loro narrazione (permessa peraltro dalle sue stesse abilità di counselling) e opererà più attenta a ciò che la famiglia sa, o crede di sapere, sull'argomento e sui tentativi già attuati.