

# **“Come potenziare il setting ospedaliero nell’implementazione delle vaccinazioni antinfluenzali”**

*Position paper*

## Sommario

1. Premessa.....	3
2. Epidemiologia e impatto dell'influenza.....	4
3. Le motivazioni della mancata adesione alle vaccinazioni .....	5
4. Attuale offerta vaccinale.....	6
5. Modelli vaccinali: quale il migliore? .....	7
6. Il ruolo della Direzione Sanitaria nell'implementazione della campagna vaccinale antinfluenzale .....	9
7. La Medicina Interna .....	11
8. Vaccinare o farsi vaccinare: gesto di lavoro o di valori? .....	11
9. La formazione .....	14
10. Conclusioni.....	15
11. Bibliografia.....	17

## 1. Premessa

Il presente *position paper* nasce da un'iniziativa di ECOLÉ (Enti CONfindustriali Lombardi per l'Education), ente di formazione di Confindustria che da anni si occupa di sviluppare progetti di sensibilizzazione e formazione per tutto il sistema sanitario e sociosanitario lombardo.

Con la convinzione che gli ospedali siano uno dei *setting* vaccinali dove poter ottenere ampi margini di miglioramento rispetto alle coperture vaccinali antinfluenzali sui pazienti anziani e fragili, sono state coinvolte attivamente nell'iniziativa FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) e ANIMO (Associazione Nazionale Infermieri di Medicina) poiché negli ultimi anni entrambe le Società Scientifiche si sono dedicate attivamente a campagne di promozione della prevenzione sia nei reparti che attraverso iniziative dedicate alla popolazione.

Partendo, quindi, dall'importante collaborazione con la Medicina Interna, e grazie anche al supporto non condizionato di Sanofi all'iniziativa, è stato costituito un gruppo di lavoro coinvolgendo alcuni dei massimi esperti sul tema di Regione Lombardia, in modo da fare il punto della situazione e promuovere azioni concrete che accompagnassero la sensibilizzazione (e quindi la somministrazione) della campagna vaccinale 2024/2025.

Nello specifico hanno contribuito alla stesura del seguente documento e alla realizzazione delle attività:

- *Borriello Catia*, Direttore Dipartimento Funzionale di Prevenzione, ASST FBF Sacco
- *Castaldi Silvana*, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano
- *Dentali Francesco*, Direttore del Dipartimento Area Medica, ASST Sette Laghi e Presidente FADOI
- *Faccini Marino*, Direttore Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, ATS Milano
- *Minetti Lorenzo*, Responsabile Area Sanità, ECOLÉ
- *Pariani Elena*, Professore Associato Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano
- *Saporetti Giorgia*, Direttore Sanitario, ASST Rhodense
- *Scarioni Simona*, Dirigente Medico, UOC Vaccinazioni, ASST Fatebenefratelli Sacco
- *Vitiello Antonio*, Innovazione, sviluppo e ricerca, DAPSS, ASST Valle Olona e Vicepresidente ANIMO
- *Vezzosi Luigi*, SS Prevenzione Malattie Infettive, ATS Val Padana

## 2. Epidemiologia e impatto dell'influenza

L'influenza è un'infezione virale ubiquitaria, altamente contagiosa, che si trasmette efficientemente per via aerea. È generalmente una malattia a decorso benigno e autolimitante, ma può causare gravi complicanze nei gruppi di popolazione più vulnerabili, come anziani, bambini e persone con malattie croniche. Nonostante i progressi nella ricerca, l'influenza rimane un'importante sfida di sanità pubblica a livello globale e una malattia non eradicabile.

Questo perché i virus responsabili dell'influenza sono caratterizzati da una notevole dinamicità evolutiva legata sia alla variabilità antigenica sia all'esistenza di serbatoi animali (che possono determinare l'emergenza di zoonosi), determinando la continua insorgenza di epidemie stagionali da un lato e la costante minaccia di un evento pandemico dall'altro.

L'influenza rappresenta un significativo problema di salute pubblica a livello mondiale. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ogni anno circa il 5-15% della popolazione globale contrae l'influenza, con un numero stimato di 1 miliardo di casi a livello globale. Di questi, tra i 3 e i 5 milioni sono casi gravi che richiedono assistenza medica, e tra 290.000 e 650.000 persone muoiono ogni anno a causa di complicanze legate alla malattia, in particolare la polmonite. Negli Stati Uniti, i *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* stimano che, durante le stagioni influenzali tipiche, tra 9 e 45 milioni di persone contraggano l'influenza, con un numero di decessi che varia tra i 12.000 e i 61.000. In Europa, l'influenza è responsabile di una media di 30.000-70.000 decessi annuali, molti dei quali riguardano individui anziani o con condizioni preesistenti. In termini economici, l'influenza causa un notevole impatto, con un aumento delle ospedalizzazioni e dei costi sanitari, oltre a un significativo numero di giorni di lavoro persi. Negli Stati Uniti, i costi associati all'influenza variano tra 10 e 14 miliardi di dollari l'anno, mentre in Europa i costi diretti raggiungono i 6-14 miliardi di euro, con ulteriori perdite economiche legate alla ridotta produttività.

Dal punto di vista epidemiologico, l'influenza è causata principalmente da quattro virus: due di tipo A, H1N1 e H3N2, e due di tipo B, dei lignaggi Victoria e Yamagata. I virus H1N1 e H3N2 co-circolano nella popolazione umana rispettivamente dagli anni '70, mentre i virus di tipo B dagli anni '80. Questi virus sono caratterizzati da una spiccata variabilità genetica e antigenica che porta alla comparsa di nuove varianti virali ogni 2-5 anni per i virus A(H3N2), e ogni 3-8 anni per i virus A(H1N1) e B.

La trasmissione dell'influenza avviene principalmente attraverso le goccioline di saliva espulse durante la tosse, lo starnuto o la fonazione. Il virus può anche essere trasmesso per contatto diretto con superfici contaminate, sulle quali può rimanere attivo per diverse ore.

L'incubazione è generalmente di 1-4 giorni, e le persone infette possono trasmettere il virus da un giorno prima dell'insorgenza dei sintomi fino a cinque-sette giorni dopo.

La stagionalità dell'influenza è un altro aspetto distintivo, soprattutto nelle regioni temperate, dove i casi iniziano ad aumentare in autunno, raggiungendo un picco nei mesi invernali. Dopo l'interruzione della circolazione dei virus influenzali durante la pandemia Covid-19, si è assistito a un cambiamento della stagionalità dei virus influenzali con un anticipo dei picchi epidemici ed una più alta circolazione virale. Nonostante gli sforzi globali, l'influenza stagionale continua a rappresentare una sfida significativa. Migliorare la copertura vaccinale, sviluppare vaccini più efficaci e promuovere misure di prevenzione rimangono obiettivi cruciali per ridurre il numero di casi gravi e decessi, soprattutto tra le popolazioni più vulnerabili.

### 3. Le motivazioni della mancata adesione alle vaccinazioni

Il ritardo nell'accettazione o il rifiuto delle vaccinazioni viene definito "vaccine hesitancy", fenomeno che nel 2019 il WHO ha definito come una delle dieci principali minacce per la salute globale. Un efficace modello concettuale dell'esitazione vaccinale è stato sviluppato dal *Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) del WHO* che ne ha esplorato i determinanti raggruppandoli nelle tre "C":

- *Complacency*: esprime una insufficiente percezione del rischio delle malattie infettive prevenibili per cui la vaccinazione non viene ritenuta importante;
- *Confidence*: è riferita alla fiducia nei vaccini, in generale o verso una determinata tipologia, e riguarda in particolare la sicurezza e l'efficacia. Nonostante i vaccini siano i farmaci con il più alto profilo di sicurezza per gli elevatissimi standard di produzione e controllo post marketing, il timore degli effetti collaterali è uno dei principali determinanti dell'esitazione vaccinale;
- *Convenience*: rappresenta la misura in cui la disponibilità, l'accessibilità e l'attrattiva dei servizi di immunizzazione influiscono sulla fruizione della vaccinazione.

Alla luce dei determinanti esaminati, si può desumere che la scelta vaccinale è il risultato di percezioni, sentimenti, motivazioni e opportunità che dipendono da esperienze e conoscenze dell'utente, e che sono influenzate dal contesto sociale in cui è immerso.

Secondo una survey della Commissione Europea nell'ambito del progetto "Vaccine confidence project" nelle nazioni UE, in Italia il livello di fiducia nelle vaccinazioni in generale è elevato, attestandosi nel 2022 all'85% della popolazione intervistata. Il 75.6% del campione ritiene importante la vaccinazione antinfluenzale e sicura per l'81.4%; tra gli operatori sanitari italiani, oltre il 90% dichiara di avere fiducia nei vaccini e di raccomandarli ai propri pazienti. A fronte di un clima favorevole alle vaccinazioni, i livelli di copertura vaccinale antinfluenzale della campagna 2023/2024 sono ancora ampiamente insufficienti, attestandosi in Lombardia al 50% per gli over 65 e del 25% tra gli operatori sanitari. Contrastare l'esitazione vaccinale e ridurre il gap tra intenzione favorevole e mancata vaccinazione rappresenta una sfida per gli operatori sanitari che sono a contatto con gli utenti, in particolare per coloro che per età o per patologia sono a maggior rischio di complicanze.

In questo scenario complesso, gli studi sono concordi nel ritenere che la raccomandazione dell'operatore sanitario è un potente fattore per favorire l'adesione alle vaccinazioni, probabilmente perché in grado di intervenire a vari livelli dell'esitazione. Quest'ultima, essendo uno stato di indecisione o incertezza sulla vaccinazione, rappresenta un momento di vulnerabilità, ma che offre anche l'opportunità di spostare l'esito del processo decisionale dell'utente verso l'azione.

Nel setting assistenziale, gli interventi per costruire un'intenzione favorevole e trasformarla in adesione alla vaccinazione sono:

- mantenere la vaccinazione presente nella mente delle pazienti attraverso reminders. Si può realizzare con inviti e richiami scritti, inserendo la vaccinazione nei referti clinici, nelle prescrizioni terapeutiche, nelle modalità di prenotazione delle visite di controllo ecc;

- Ridurre le barriere alla vaccinazione attraverso strategie logistiche e organizzative che inducono la vaccinazione a essere la risposta predefinita a un bisogno di salute. La vaccinazione diventa un'opzione di "default" nell'ambito del percorso clinico, al pari di altre prestazioni diagnostiche o terapeutiche, inserita naturalmente nel percorso di presa in carico e resa facilmente fruibile con la disponibilità "on site", contestuale alla raccomandazione (ad es. in dimissione, o durante le visite di controllo) oppure, in alternativa, con il passaggio attivo della presa in carico vaccinale alla rete territoriale, nella casa di comunità o direttamente con il MMG di riferimento.

Un'efficace offerta vaccinale, anche all'interno dell'ospedale, è frutto del lavoro di equipe tra medici e infermieri che accresce la consapevolezza dell'importanza della protezione vaccinale per i propri pazienti, e condivide la necessità di vaccinarsi come atto di responsabilità e di attenzione alla propria salute. Individuare dei *vax leader* di reparto può rappresentare un'evoluzione organizzativa fondamentale per creare un team che vaccina e si vaccina.

#### 4. Attuale offerta vaccinale

L'offerta vaccinale antinfluenzale viene regolata ogni anno da più enti: OMS ratifica i ceppi vaccinali sulla base della circolazione virale nell'emisfero opposto (per l'Europa, sulla base della circolazione nell'emisfero Australe), il Ministero della Salute emette una circolare per la campagna dell'anno, la Regione Lombardia a sua volta declina le indicazioni del ministero con le azioni regionali, ampliando in alcuni casi l'offerta nazionale.

In una campagna vaccinale è importante prima di tutto porsi degli obiettivi di copertura vaccinale, non solo sulla base della priorità dei gruppi a rischio, ma anche sulle categorie che aderiscono meno alle campagne vaccinali.

Per la campagna 2024/25 il target su cui si punta molto sono gli operatori sanitari, la cui copertura è molto bassa, ponendo l'obiettivo al 50% minimo, con un dato dell'anno precedente inferiore al 30%. I vaccini disponibili per la campagna sono diversi, scelti in base alle indicazioni di utilizzo per le diverse categorie, privilegiando in tal modo un'appropriatezza di offerta in base all'efficacia.

Per la categoria di persone over 60 sono disponibili vaccini potenziati (adiuvati o ad alto dosaggio), per la popolazione giovane i vaccini quadrivalenti inattivati, per i bambini i vaccini spray nasale.

La circolare lombarda 2024/25 ha indicato, per ogni vaccino, la categoria di persone a cui somministrare il vaccino in base alle caratteristiche del prodotto, ma anche la raccomandazione di utilizzo: ad esempio, per la categoria over 50 con patologia sono somministrabili sia il vaccino inattivato split, sia quello adiuvato, ma la raccomandazione è di usare l'adiuvato per assicurare una migliore risposta anticorpale, per gli over 80 è utilizzabile sia l'adiuvato che il potenziato high Dose, ma la raccomandazione è stata di utilizzare il potenziato.

I vaccini antinfluenzali sono uno strumento di prevenzione straordinaria, sono efficaci e sicuri, oltre a essere somministrati nella stessa seduta con qualsiasi altro vaccino, e questa caratteristica li rende molto flessibili nelle campagne. Presso le strutture ospedaliere, la circolare lombarda raccomanda

la somministrazione a tutti i ricoverati, ai pazienti ambulatoriali cronici, a tutti gli operatori, non solo sanitari, a contatto con pazienti e utenti.

La campagna antinfluenzale è iniziata ufficialmente in regione Lombardia il 01/10/2024, i primi soggetti erogatori sono i MMG e PLS, ma anche gli ospedali per pazienti e operatori, a metà mese partono le farmacie, dal 21/10 anche i centri vaccinali territoriali. Dal 4/11 poi la campagna diventa universale per tutta la popolazione che ne faccia richiesta.

Le categorie di offerta attiva sono i soggetti a rischio per età (over 60, e bambini da 6 mesi a 17 anni), i soggetti a rischio per patologia (ad esempio diabetici, le gravide a qualsiasi trimestre di gravidanza), tutti coloro che lavorano in servizi utili al cittadino (scuola, sicurezza, ecc), i donatori di sangue e i veterinari, e ovviamente gli operatori sanitari.

## **5. Modelli vaccinali: quale il migliore?**

Ogni anno in Italia circa 4 milioni di persone sono colpite dall'influenza o da una sindrome simil-influenzale (o ILI, influenza- like illness) e quasi il 5% di loro viene ricoverato in ospedale causando, durante il picco della malattia, un'enorme pressione sui sistemi sanitari ed economici.

In uno studio retrospettivo sulle stagioni influenzali in Italia dal 2008 al 2019 è stata osservata una media di 21.500 ricoveri in eccesso associati all'influenza per stagione: la maggior parte dei ricoveri in eccesso riguardava soggetti anziani (>65 anni) e bambini (0-4 anni).

Nello stesso studio è emerso che il carico ospedaliero totale stimato associato all'influenza (comprese le condizioni respiratorie e cardiocircolatorie) è stato di circa 123 milioni di euro all'anno, e che mentre la mortalità intraospedaliera per i ricoveri con una diagnosi primaria di influenza era molto bassa (~150 casi per stagione), i decessi sono aumentati drammaticamente per le diagnosi primarie di influenza e polmonite (circa 9.500 casi per stagione).

Nonostante i vaccini siano tra gli strumenti più efficaci per prevenire l'influenza, le coperture vaccinali antinfluenzali in Italia non raggiungono gli obiettivi minimi stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La Regione Lombardia (come si vede dalla Figura 1) si attesta sulla media nazionale nell'ultima campagna vaccinale censita.

Figura 1 – Vaccinazione antinfluenza 2023-2024 – Coperture vaccinali per 100 abitanti – Fonte Ministero della Salute

Regione	6_23_mesi	2_4_anni	5_8_anni	9_14_anni	15_17_anni	18_44_anni	45_64_anni	65_anni	Totale
PIEMONTE	5,3	9,5	5,8	2,1	1,1	2,9	9,9	51,0	18,0
VALLE D'AOSTA	10,0	17,5	10,9	2,9	0,9	2,1	8,1	44,3	15,4
LOMBARDIA	14,4	28,9	19,7	7,5	1,6	3,9	10,4	53,4	18,9
PA BOLZANO	1,4	3,0	2,2	1,4	0,6	2,0	6,8	39,9	11,2
PA TRENTO	21,2	20,6	11,1	3,3	0,9	3,4	10,2	53,4	18,1
VENETO	11,5	14,3	7,9	2,9	2,0	3,2	9,9	51,6	17,6
FRIULI	5,7	14,5	9,1	2,5	1,0	3,0	11,8	55,7	20,4
LIGURIA	15,6	26,5	16,5	6,0	3,1	4,2	12,8	54,5	22,4
EMILIA ROMAGNA	6,1	9,7	6,1	3,0	1,8	4,4	13,0	59,4	20,7
TOSCANA	13,4	22,8	17,3	7,6	2,5	4,0	12,2	57,9	21,8
UMBRIA	8,6	21,9	13,8	4,1	0,8	1,0	7,3	65,8	21,4
MARCHE	9,9	16,6	11,0	3,4	2,3	3,5	7,7	56,1	19,1
LAZIO	11,5	21,3	13,1	4,1	1,8	4,3	14,0	57,5	20,5
ABRUZZO	1,0	2,9	2,7	1,6	0,9	2,2	7,9	48,5	15,7
MOLISE	4,2	16,7	11,6	3,0	2,1	3,3	13,1	52,8	20,0
CAMPANIA	6,9	4,5	4,2	3,0	1,8	3,0	11,0	45,0	14,3
PUGLIA	20,0	33,1	25,8	11,0	3,6	5,4	14,6	53,1	21,4
BASILICATA	6,9	9,0	7,2	2,8	1,5	2,8	14,0	58,9	20,7
CALABRIA	8,1	13,6	12,6	2,3	1,1	1,0	5,8	54,9	16,2
SICILIA	2,2	7,7	7,2	3,2	2,3	4,6	19,4	54,3	20,5
SARDEGNA	2,0	4,2	3,6	2,3	1,4	2,9	8,7	35,7	13,6
<b>Totale</b>	<b>9,8</b>	<b>16,7</b>	<b>11,7</b>	<b>4,6</b>	<b>1,9</b>	<b>3,7</b>	<b>11,8</b>	<b>53,3</b>	<b>18,9</b>

Aggiornato al: 02/08/2024

Per garantire coperture vaccinali adeguate, coerentemente con il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2023-2025 è essenziale garantire un modello a rete dell'offerta vaccinale in cui il vaccino sia offerto anche durante il ricovero ospedaliero.

In un recente studio americano pubblicato nel 2019 tra i pazienti che non erano stati vaccinati prima del ricovero, si è visto che, a seguito della mancata offerta della vaccinazione antinfluenzale in reparto, circa il 75% non ha più ricevuto il vaccino antinfluenzale.

Nel medesimo studio si è inoltre dimostrato come la vaccinazione antinfluenzale offerta ai pazienti durante il ricovero è sicura e non è associata ad un aumento significativo di condizioni febbrili, riospedalizzazioni e visite ambulatoriali per problematiche infettivologiche.

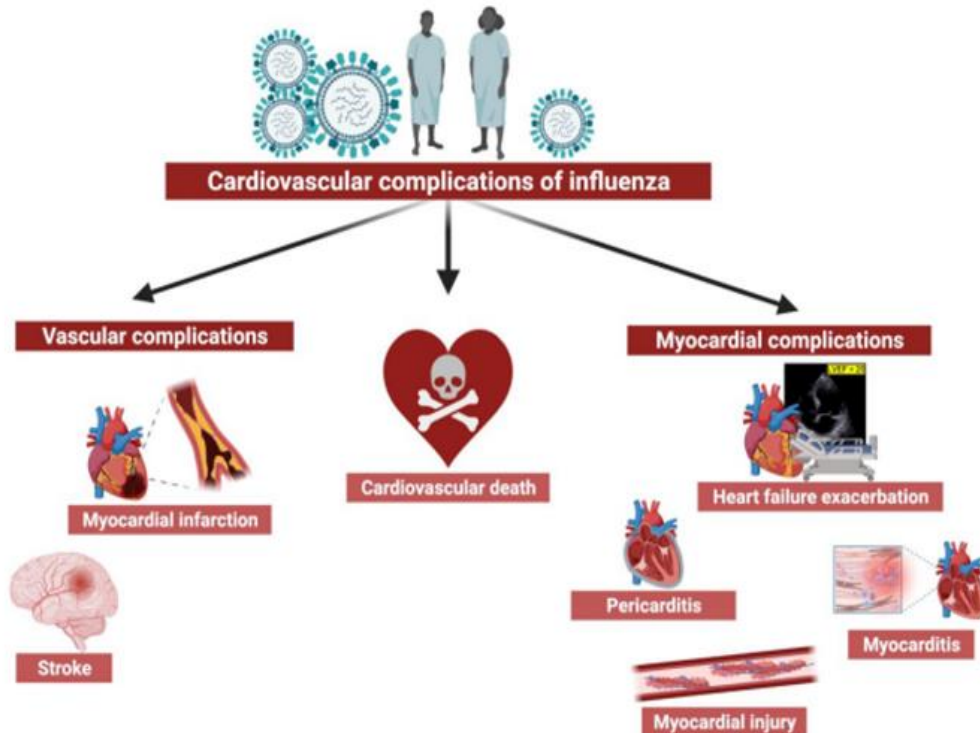
In uno studio italiano pubblicato nel 2023 si è osservato che l'offerta attiva del vaccino antinfluenzale in reparto ha permesso di aumentare del 15% le coperture vaccinali tra i degenti.

La somministrazione della vaccinazione antinfluenzale ai pazienti ricoverati, oltre a prevenire l'insorgenza dell'influenza, può contribuire a ridurre la comparsa di sovrainfezioni batteriche (v. Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus ecc...), il consumo di antibiotici e quindi il fenomeno dell'antimicrobicoresistenza.

Gli operatori sanitari durante il counseling vaccinale dovrebbero spiegare ai pazienti che l'influenza, oltre a causare problematiche respiratorie severe, può provocare anche complicanze cardiovascolari e neurologiche, aumentando il rischio di complicanze, di prolungamento del ricovero e di decesso (Figura 2).



Figura 2 – Complicazioni cardiovascolari causate da virus influenzale



Per garantire cure sicure ed evitare l'insorgenza di infezioni e di focolai di influenza nosocomiali è fondamentale che anche gli operatori sanitari aderiscano alla vaccinazione antinfluenzale. Diversi studi hanno dimostrato che per aumentare le coperture vaccinali tra gli operatori sanitari, che risultano ancora inadeguate in molti stati europei (Italia inclusa), è utile organizzare vaccinazioni *on-site*, momenti formativi e promuovere la campagna vaccinale attraverso i social, le bacheche e le intranet aziendali e non limitarsi a inviti generici via e-mail.

## 6. Il ruolo della Direzione Sanitaria nell'implementazione della campagna vaccinale antinfluenzale

Il ruolo della Direzione Sanitaria (DS) nell'implementare il programma di vaccinazione presuppone forte sinergia con la Direzione Socio Sanitaria (DSS), struttura vaccinazioni e Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS). Non esiste in ASST una separazione tra vaccinazione offerta a operatori, pazienti e territorio; il programma deve essere unico e a valenza aziendale con connotazione trasversale. La DS pertanto favorisce l'integrazione tra centri vaccinali e ambulatori dei cronici a livello delle Case di Comunità territoriali. Stabilisce le priorità dei contesti per la vaccinazione dei pazienti che afferiscono agli ospedali, sia come degenti che come pazienti ambulatoriali. Promuove, inoltre, sinergia tra attività clinica e di prevenzione nelle degenze ospedaliere. Il presupposto per un programma efficace di vaccinazione è che gli operatori siano essi stessi promotori attraverso la vaccinazione personale, che rappresenta la prima misura di sicurezza per ridurre il contagio dell'influenza in ospedale tra i pazienti e gli utenti.

Alla DS spetta il compito di disegnare nuove strategie per favorire le vaccinazioni negli operatori sanitari, come la strategia face to face o il *vax team* itinerante in ospedale.

Vaccinare i pazienti in ospedale significa avere come riferimento i pazienti ricoverati e i pazienti cronici o i *frequent users*. Il contesto culturale degli operatori sanitari influisce sull'efficacia del programma di vaccinazione in ospedale. In particolare il giudizio errato di non opportunità della vaccinazione nel corso del ricovero e la mancanza di tempo sono i due elementi che maggiormente ostacolano l'operatività del programma. Anche il contesto organizzativo può, in talune circostanze, incidere: la documentazione sanitaria cartacea può rappresentare un ostacolo rispetto alla gestione del processo vaccinale informatizzato su ARVAX e la carenza di medici dedicati all'attività vaccinale non rappresenta un elemento facilitante in grado di favorire la strategia vaccinale tra i pazienti che afferiscono all'ospedale.

Per dar corso alla vaccinazione dei pazienti ricoverati è opportuno progettare e scrivere una procedura aziendale specifica, che individui la scelta aziendale, ovvero: vaccinazione erogata dal personale di reparto / da *vax team* formato ad hoc / erogata in ambulatorio ospedaliero dedicato con accesso post-dimissione / con prenotazione effettuata nel corso del ricovero presso casa di comunità / erogata da MMG. È fondamentale che la DS stabilisca delle priorità tra i reparti per i quali è fondamentale la vaccinazione, in base alle caratteristiche dei pazienti ricoverati. Esempi di reparti da considerare prioritari sono la medicina interna, la riabilitazione, l'ostetricia, l'oncologia, la pneumologia...può risultare utile l'individuazione di *vax leader* nei reparti prestabiliti che diventerebbero figure chiave di integrazione tra DS/strategia vaccinale e colleghi, opportunamente formati e sensibilizzati sui vaccini e capaci di abbattere i pregiudizi.

Il vaccino in reparto deve essere gestito come un farmaco: approvvigionamento, prescrizione, acquisizione consenso, somministrazione e registrazione. La profilazione degli utenti su ARVAX potrebbe apparire come elemento critico poiché il programma non rappresenta un sistema con il quale gli operatori hanno usualmente dimestichezza. In caso la DS opti per la costituzione di un *vax team* sarà necessario reclutare il personale e stabilire le modalità operative dell'attività. Il processo della vaccinazione dei pazienti ricoverati presuppone una procedura consolidata e condivisa con la farmacia ospedaliera.

Facilitare e supportare il programma di vaccinazione dei cronici prevede in prima istanza di definire degli ambulatori vaccinali in ospedale. L'accesso può essere libero o su prenotazione. L'accesso libero è da preferire in quanto il paziente, dopo il controllo ambulatoriale, in caso di eleggibilità alla vaccinazione, viene direttamente indirizzato all'ambulatorio vaccinale. L'ambulatorio vaccinale in ospedale può essere collocato a titolo esemplificativo in un centro prelievi ematochimici, al fine di consentire una condivisione del personale e degli spazi nelle ore pomeridiane di non apertura dell'attività di prelievo, con spazi ben definiti e distinti per il doppio uso. Un'alternativa operativa potrebbe anche essere quella di vaccinare i pazienti cronici direttamente nell'ambulatorio di afferenza; questo comporterebbe un grosso sforzo in termini di formazione del personale sull'uso dell'applicativo vaccinale. In analogia all'operatività del programma vaccinale nei pazienti ricoverati, anche nel contesto dei cronici è opportuno stabilire in ASST delle priorità, ovvero delle categorie di pazienti per cui è utile concentrare gli sforzi di sensibilizzazione alla vaccinazione antinfluenzale sia per motivi sia clinici che organizzativi (es. dializzati, oncologici, BPCO, diabetici...). Sicuramente la connotazione specifica di un ospedale sarà elemento guida per indirizzare i cronici

di elezione da individuare nel programma vaccinale. Altro elemento cardine del programma vaccinale supportato dalla Direzione Sanitaria è rappresentato dal coinvolgimento prioritario di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali afferenti all'area psichiatrica.

## 7. La Medicina Interna

Il coinvolgimento nella campagna vaccinale anti-influenzale dapprima dei Medici di Medicina Generale e recentemente delle farmacie ha certamente contribuito ad ampliare l'accesso alla vaccinazione e a semplificare il percorso per i pazienti. In particolare, grazie alla loro capillarità sul territorio e alla presenza di personale formato, le farmacie hanno contribuito ad aumentare la copertura vaccinale sul territorio permettendo di ridurre la pressione sui centri sanitari, facilitando la gestione della campagna e offrendo un supporto prezioso al sistema sanitario nazionale.

Ogni anno, in Medicina Interna, vengono ricoverati circa un milione di pazienti, nella gran parte dei casi anziani, fragili e pluripatologici. Questi pazienti, che più di tutti beneficerebbero di una copertura vaccinale, sono non vaccinati in una percentuale tutt'altro che trascurabile.

I ricoveri in Medicina Interna hanno una durata media di circa 10-11 gg, un tempo più che sufficiente per approfondire la storia clinica e l'indicazione alla vaccinazione del paziente e a instaurare un rapporto di fiducia con il paziente stesso e con il contesto familiare.

Il passo ulteriore dovrebbe essere quindi proporre in maniera sistematica attivamente, in tutti i centri ospedalieri, le vaccinazioni sia ai degenti che ai loro familiari e/o caregiver. Il tutto accompagnato da un'azione informativa al fine di aumentare la cultura della prevenzione.

Al fine di ottimizzare il percorso del paziente, la vaccinazione potrebbe essere proposta già durante il ricovero ed eseguita negli ultimi giorni dello stesso all'interno delle Unità Operative. In accordo con le più recenti Linee Guida, la vaccinazione durante gli ultimi giorni di ricovero può certamente essere effettuata e permette al paziente di eseguirla in un contesto più protetto.

Vista l'importanza dell'atto vaccinale, considerato uno tra gli interventi sanitari più *cost-effective* proprio perchè gravato da un numero bassissimo di effetti collaterali, i Medici FADOI e gli Infermieri ANIMO si propongono di diventare Operatori Vaccinali contribuendo alla campagna vaccinale nazionale come i Medici di Medicina Generale e i Farmacisti.

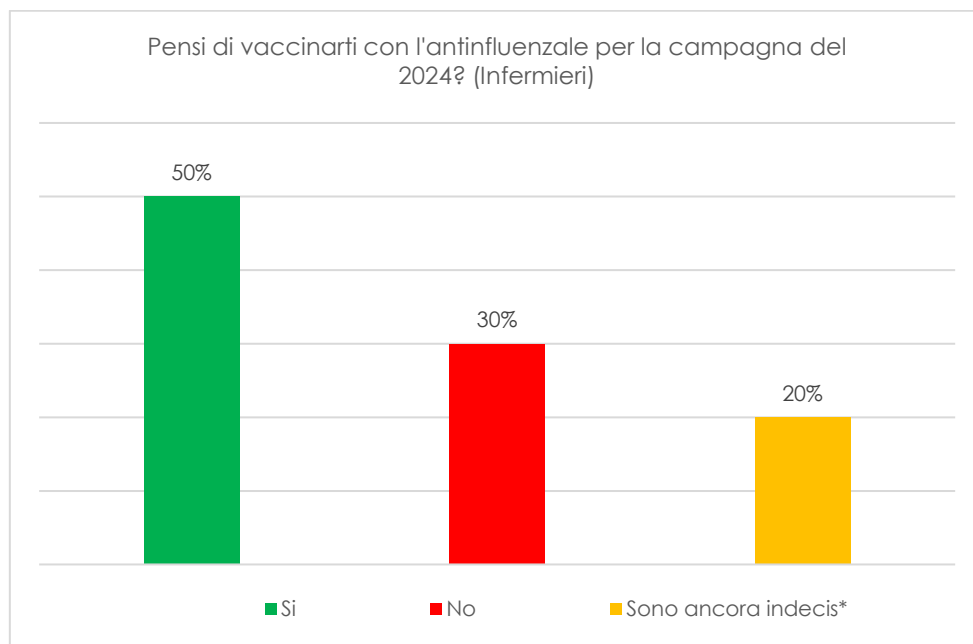
Il coinvolgimento di Medici e Infermieri ospedalieri porterà inoltre ad una maggiore consapevolezza del personale sanitario riguardo a questo importante intervento contribuendo ad un aumento del tasso vaccinale tra gli operatori.

## 8. Vaccinare o farsi vaccinare: gesto di lavoro o di valori?

Analizzando i modelli vaccinali ottimali e le possibili strategie organizzative ideali si dovrà guardare l'analisi degli scenari organizzativi non solo in un'ottica di processi, sostenibilità e performance ma anche in funzione della percezione del capitale umano rispetto alla vaccinazione antinfluenzale. E in particolare occorre chiedersi se gli infermieri sono tra i principali leader in ambito vaccinale. Si è già detto in precedenza che il modo migliore per prevenire l'influenza è la vaccinazione annuale

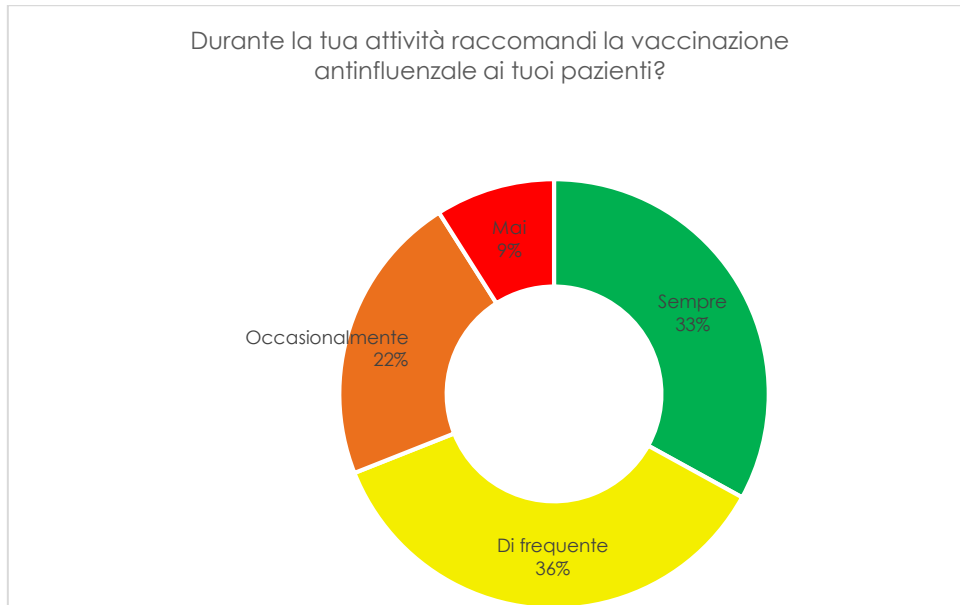
che dovrebbe essere offerta durante tutte le visite mediche di routine e i ricoveri ospedalieri durante la stagione influenzale. I professionisti, armati di solide prove di efficacia, sono in una posizione ottimale per informare i cittadini e fornire informazioni e chiarimenti aggiornati sulla malattia influenzale. Spesso, il loro ruolo è quello di istruire, rispondere alle domande e ridurre le paure con interventi educativi e di *counseling*. La funzione educativa è anche dichiarata nei profili professionali ma spesso il singolo professionista tende a scindere completamente l'attività del vaccinare gli altri (gesto lavorativo) dal farsi vaccinare. La resistenza esiste ancora: spesso si basa sulla paura e/o sulla disinformazione. Il 30% degli infermieri prevede di non vaccinarsi durante la prossima campagna vaccinale e il 20% dichiara di essere ancora indeciso; questi i risultati di una survey condotta da Ecole, FADOI e ANIMO su un campione di 150 infermieri (Figura 3).

Figura 3 - Estratto da survey Ecole-FADOI-ANIMO-2024



Esiste il rischio che le convinzioni (negative) degli infermieri influenzino la loro capacità di promuovere la vaccinazione e si esimano dal fornire supporto nel processo decisionale del cittadino, infatti nella pratica quotidiana assistenziale il 31% degli infermieri non raccomanda mai la vaccinazione oppure la raccomanda occasionalmente (Figura 4).

Figura 4 - Estratto da survey Ecole-FADOI-ANÌMO-2024



Il rischio è tradire il modello di salute che si sta proponendo (o che si dovrebbe proporre); occorre evitare che gli infermieri inviino messaggi contrastanti, raccomandando interventi che poi loro stessi disattendono.

È necessario che si abbandoni lo slogan «*Fai quello che dico ma non quello che faccio*» per essere, invece, modelli da seguire. In questo senso gli infermieri di area medica si impegnano a lavorare sullo sviluppo della propria leadership come promotori di salute, facendo leva anche sui valori di collettività e di *one health*, passando da un gesto (solo) di lavoro ad un gesto (anche) di valori.

Infine, appare evidente definire un sistema premiante che riconosca e valorizzi l'attività vaccinale e il carico di lavoro che ne consegue per gli infermieri, prevedendo dei meccanismi incentivanti per il raggiungimento dei target previsti. Sarebbe importante valorizzare le competenze infermieristiche inerenti al processo vaccinale prevedendo, ad esempio, all'interno delle organizzazioni degli incarichi di funzione professionale di *vax leader* affinché il processo vaccinale non sia portato alla ribalta solo ed esclusivamente a ridosso della stagione influenzale. Un *vax leader* che possa contribuire alla valutazione del grado di alfabetizzazione sanitaria e vaccinale dei pazienti ricoverati per poter definire campagne di informazione personalizzate e progetti educativi durante l'intero anno, al fine di favorire l'*engagement* del paziente. Un infermiere *vax leader* che sia in grado di valutare e favorire lo sviluppo delle competenze vaccinali dei colleghi e in grado di creare un collegamento con la medicina preventiva e la direzione medica per il raggiungimento del target vaccinale tra gli operatori e, in definitiva, mantenga elevato il proprio livello di formazione in ambito vaccinale.

Vaccinare...  
Un gesto di lavoro  
Un gesto di valori  
Un gesto di valore

## 9. La formazione

Da sempre, durante i corsi di igiene, tutti i docenti di sanità pubblica dedicano molte ore all'argomento "vaccinazioni" in tutti i corsi di laurea. Le vaccinazioni vengono anche trattate, in altri corsi, sia triennali sia magistrali, da altri professionisti, in particolare da pediatri e infettivologi per gli obiettivi specifici dei loro programmi. Igienisti, pediatri e infettivologi trattano l'argomento da diversi punti di vista che sono propri delle competenze del loro profilo.

L'invecchiamento della popolazione e il carico delle patologie croniche hanno portato all'affermazione di modelli di presa in carico che devono portare a nuove strategie nell'insegnamento di molte materie e, quindi, anche della vaccinologia.

Come già succede, si continuerà a fornire tutte le competenze in vaccinologia agli studenti di magistrali e triennali ma il quadro odierno richiede che gli esperti di sanità pubblica abbiano possibilità di insegnare tale materia nelle scuole di specializzazione di medicina interna, delle specializzazioni mediche e dei corsi di formazione per i medici di medicina generale, per poter dare a tutti questi professionisti competenze in questo ambito al fine di permettere loro di gestire al meglio i pazienti affetti da patologie croniche e mantenere in salute coloro che sono sani. Questa formazione, che si va ad aggiungere a quella erogata nei corsi precedenti, deve poter dare ai professionisti la possibilità di valutare correttamente i bisogni in ambito vaccinale dei loro pazienti. A questa formazione deve essere aggiunta anche una formazione continua che aggiorni i professionisti sanitari medici e delle professioni sanitarie sui continui progressi e sulle conoscenze in campo vaccinale che costantemente vengono portati all'attenzione dai ricercatori.

L'erogazione della vaccinazione deve rimanere un ambito dei professionisti della salute con ambulatori dedicati in ospedali, in case di comunità, in studi di medicina generali e dei pediatri di libera scelta e le farmacie. In tutti questi casi, è necessario che gli operatori delle strutture per acuti abbiano corrette informazioni e formazione così da poter indirizzare al meglio i pazienti cronici o affetti da patologie che potrebbero aggravarsi con il contagio di malattie prevenibili con la vaccinazione.

Dopo la pandemia si sono affermati nuovi modi di fare aggiornamento che permettono ai professionisti di fruirne in modalità asincrona sfruttando momenti in cui sono più disponibili. Devono essere pensati contenuti *tailorizzati* per ogni specialista e per ogni professionista sanitario tenendo conto che i contenuti "corretti" oggi necessitano di essere trasmessi in modo veloce e concentrato, con modalità che vengono identificate con il termine pillole, ovvero messaggi con contenuti corretti scientificamente, erogati con termini semplici e con una durata di pochi minuti.

A fianco dei percorsi formativi "più tradizionali" è necessario investire anche su azioni di sensibilizzazione e comunicazione innovativi, utilizzando anche la spinta che i social media oggi garantiscono. Attivare, quindi, campagne attraverso brevi video o testimonianze – di facile comprensione e diffusione – risulta strategico per accompagnare le campagne di somministrazione vaccinale.

## 10. Conclusioni

A fronte di quanto emerso nei capitoli precedenti possiamo trarre le seguenti conclusioni:

1. l'impatto dell'influenza è rilevante in termini di ospedalizzazione e mortalità, considerando che un'ampia fascia di popolazione è affetta da condizioni di rischio per età pediatrica e soprattutto anziana, con presenza di patologie croniche/disabilità e status come la gravidanza;
2. Regione Lombardia mette a disposizione vaccini antinfluenzali con il miglior profilo di efficacia in base alle caratteristiche del target e organizza un ampio sistema di offerta che comprende il ruolo attivo dell'ospedale nella vaccinazione dei pazienti ricoverati e ambulatoriali al fine di aumentare le coperture vaccinali oggi ampiamente insufficienti;
3. la vaccinazione dei pazienti durante il ricovero o in dimissione è una pratica sicura ed efficace, che può ridurre complicanze, nuovi ricoveri e il consumo di antibiotici rivelandosi preziosa per i reparti ospedalieri, compresi quelli di medicina interna che ricoverano e assistono categorie di pazienti particolarmente fragili e vulnerabili;
4. contrastare l'esitazione vaccinale è possibile attraverso una maggiore consapevolezza del ruolo dell'operatore sanitario nel favorire l'intenzione alla vaccinazione e trasformarla in adesione;
5. individuare per ogni reparto la figura del *vax leader* può costituire un'innovazione utile per coordinare l'offerta della vaccinazione ai pazienti e promuovere la formazione tra pari, sostenendo e facilitando la vaccinazione tra gli operatori sanitari.

Come abbiamo visto, il possibile aumento delle coperture vaccinali che si può ottenere attraverso la somministrazione dei vaccini in ospedale ai pazienti fragili e anziani ricoverati, è strettamente legato alla capacità del sistema di convincere e vaccinare, partendo in primis gli operatori sanitari.

È cruciale risaltare il concetto che l'operatore sanitario abbia almeno 3 motivi per vaccinarsi contro l'influenza:

- a) proteggere sé stesso (la vaccinazione è fondamentale quanto un DPI, ai sensi del D. Lgs. 81/08 all'art. 279 c. 2 lettera a "è obbligatoria", per il datore di lavoro, la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente");
- b) proteggere i propri pazienti (Carta di Pisa delle vaccinazioni negli operatori sanitari, 2017);
- c) proteggere i propri familiari da infezioni veicolate dall'operatore stesso.

In conclusione, la vaccinazione dell'operatore sanitario è un obiettivo di primaria importanza nella lotta all'influenza, infezione ritenuta a torto "banale" ma capace di dare, soprattutto in soggetti fragili, una espressione di malattia grave e potenzialmente letale. È una malattia facilmente prevenibile con un vaccino disponibile e sicuro. Perché non farlo?

Per dare concretezza a quanto emerso dal confronto del gruppo di lavoro, sono state organizzate le seguenti attività:

- Formazione per vax leader (18 settembre 2024): è stata organizzata una sessione formativa ad hoc per medici e infermieri, con l'obiettivo di sensibilizzare e dare competenze tecniche a quelle figure che poi saranno portavoce all'interno delle diverse aziende sanitarie lombarde dell'importanza di vaccinarsi contro l'influenza. L'obiettivo è sviluppare processi "tra pari", che possano garantire più efficacia tra gli operatori sanitari, e quindi di riflesso ai pazienti che passano dalle strutture sanitarie.
- Convegno "Il ruolo strategico della medicina interna nell'implementazione delle vaccinazioni antinfluenzali" (25 settembre 2024): aperto a professionisti sanitari e studenti in formazione - con l'obiettivo di presentare le novità sulla situazione lombarda e le azioni concrete pensate dal Gruppo di Lavoro per aumentare i tassi di copertura vaccinale antinfluenzale tra pazienti e operatori sanitari.
- Video "Influenza: Ho fatto il vaccino": realizzazione di un video di sensibilizzazione che coinvolge pazienti, medici e infermieri vax leader, e che punta ad accompagnare mediaticamente la campagna vaccinale 2024/25.
- Distribuzione Spille "Influenza: Ho fatto il vaccino", sulla spinta di alcune esperienze passate e di *best practice* europee, verranno distribuite delle spille in quattro strutture sanitarie pilota con l'obiettivo di rafforzare l'appartenenza e il senso valoriale di coloro che si vaccinano in ospedale.



## 11. Bibliografia

1. Cipelli R, Falato S, Lusito E, Maifredi G, Montedoro M, Valpondi P, et al. The Hospital Burden of Flu in Italy: a retrospective study on administrative data from season 2014-2015 to 2018-2019. *BMC infectious diseases*. 2024;24(1):572.
2. Fattore G, Pongiglione B, Vezzosi L. Excess hospitalizations and in-hospital mortality associated with seasonal influenza in Italy: a 11-year retrospective study. *BMC infectious diseases*. 2024;24(1):227.
3. Ministero della Salute. Circolare 20 maggio 2024 "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2024-2025". Disponibile su: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2024&codLeg=100738&parte=1%20&serie=null>. Ultimo accesso: 30/09/2024.
4. Minozzi S, Lytras T, Gianola S, Gonzalez-Lorenzo M, Castellini G, Galli C, et al. Comparative efficacy and safety of vaccines to prevent seasonal influenza: A systematic review and network meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2022;46:101331.
5. Rossi D, Croci R, Affanni P, Odone A, Signorelli C. [Influenza vaccination coverage in Lombardy Region: a twenty-year trend analysis (1999-2019)]. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*. 2020;91(3-s):141-5.
6. Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome. Intesa 02 agosto 2023 , n. 193. ntesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante «Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025» e sul documento recante «Calendario nazionale vaccinale». (Rep. atti n. 193/CSR del 2 agosto 2023). (23A04685). Disponibile su: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto.spring?id=95963&page=newsett>. Ultimo accesso 30/09/2024.
7. Tartof SY, Qian L, Liu IA, Tseng HF, Sy LS, Hechter RC, et al. Safety of Influenza Vaccination Administered During Hospitalization. *Mayo Clinic proceedings*. 2019;94(3):397-407.
8. Fallucca A, Ferro P, Mazzeo L, Zagra L, Coccia E, Oliveri R, et al. Impact of Actively Offering Influenza Vaccination to Frail People during Hospitalisation: A Pilot Study in Italy. *Vaccines*. 2023;11(12).
9. Bloom DE, Black S, Salisbury D, Rappuoli R. Antimicrobial resistance and the role of vaccines. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2018;115(51):12868-71.
10. McCullers JA. The co-pathogenesis of influenza viruses with bacteria in the lung. *Nature reviews Microbiology*. 2014;12(4):252-62.
11. van Heuvel L, Paget J, Dückers M, Caini S. The impact of influenza and pneumococcal vaccination on antibiotic use: an updated systematic review and meta-analysis. *Antimicrobial resistance and infection control*. 2023;12(1):70.
12. Vimercati L, Bianchi FP, Mansi F, Ranieri B, Stefanizzi P, De Nitto S, et al. Influenza vaccination in health-care workers: an evaluation of an on-site vaccination strategy to increase vaccination uptake in HCWs of a South Italy Hospital. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2019;15(12):2927-32.
13. Xie Y, Choi T, Al-Aly Z. Long-term outcomes following hospital admission for COVID-19 versus seasonal influenza: a cohort study. *The Lancet Infectious diseases*. 2024;24(3):239-55.

14. Amodio E, Restivo V, Firenze A, Mammaia C, Tramuto F, Vitale F. Can influenza vaccination coverage among healthcare workers influence the risk of nosocomial influenza-like illness in hospitalized patients? *The Journal of hospital infection*. 2014;86(3):182-7.
15. Godoy P, Torner N, Soldevila N, Rius C, Jane M, Martínez A, et al. Hospital-acquired influenza infections detected by a surveillance system over six seasons, from 2010/2011 to 2015/2016. *BMC infectious diseases*. 2020;20(1):80.
16. Tognetto A, Zorzoli E, Franco E, Gervasi G, Paglione L, Di Ninno F, et al. Seasonal influenza vaccination among health-care workers: the impact of different tailored programs in four University hospitals in Rome. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2020;16(1):81-5.
17. Nypaver C, Dehlinger C, Carter C. Influenza and Influenza Vaccine: A Review. *J Midwifery Womens Health*. 2021 Jan; 66(1):45-53
18. Beghelli A et al. *Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni*, 2018.
19. Survey condotta da Ecole, FADOI e ANiMO su un campione di 150 infermieri, luglio settembre 2024.
20. Rouillet A., Aumaitre B., Janczewski A. Motivation et réticences à la vaccination. *Exercer*. 2017; 133:196–202.
21. Ross A, Yang L, Wehrten L, Perez A, Farmer N, Bevans M. Nurses and health-promoting self-care: Do we practice what we preach? *J Nurs Manag*. 2019 Apr;27(3):599-608.).
22. Blake H, Malik S, Mo PK, Pisano C. 'Do as say, but not as I do': are next generation nurses role models for health? *Perspect Public Health*. 2011 Sep;131(5):231-9.