

Alcune esperienze di campagne vaccinali: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Dott.ssa Rosanna Ottaviano
U.O. Medicina del Lavoro

Malattie infettive e vaccinazioni
il ruolo del medico competente tra prevenzione e promozione
Regione Emilia Romagna - Bologna, 21 maggio 2018

Table 2. Vaccination coverage against influenza

Country	Year	Setting	Type of staff	Respondents	Rate	References
China	2010	—	—	576	11%	218
	2011	—	—	576	12%	218
China (HK)	2010	H	—	1,556	30%	70
Croatia	2013	—	—	—	19%	219
France	2009	H	Direct-care	451	35%	61
	2009	PC	MD	1,431	78%	220
	2010	PC	MD	1,431	77%	220
	2011	—	—	—	28%	221
Germany	2008	—	—	738	22%	222
	2009	—	—	578	20%	222
	2011	—	—	—	26%	221
Greece	2008	H	N	606	21%	223
Hungary	2011	—	—	—	41%	221
	2013	—	—	—	29%	219
Ireland	2013	—	—	—	30%	219
Italy	2005	—	Mixed	5,336	21%	224
	1990-2003	—	N, ancillary	13,989	13%	225
Lithuania	2013	—	—	—	37%	219
Ireland	2012	—	—	—	18%	226
	2013	—	—	—	30%	219
Norway	2011	—	—	—	14%	221
Poland	2012	—	—	—	6%	226
	2013	—	—	—	10%	219
Portugal	2012	—	—	—	32%	226
	2013	—	—	—	28%	219
Qatar	2012	H (1)	N, MD, Tc	209	62%	67
	2013	H (1)	N, MD, Tc	325	71%	67
Romania	2011	—	—	—	64%	221
	2012	—	—	—	54%	226
	2013	—	—	—	42%	219
Singapore	2010	H	—	284	43%	70
South Korea	2008	H	—	8,827	58%	64
	2009	H	—	8,996	61%	64
Spain	2006	—	—	497	22%	227
	2007	—	—	435	27%	227
	2009	—	—	325	29%	227
	2010	—	—	312	31%	227
	2009	PC	—	2,625	58%	60
	2010	PC	—	2,625	57%	60
	2011	PC	—	2,625	53%	60
	2012	PC	—	2,625	49%	60
	2011	—	—	—	21%	221
	2012	—	—	—	25%	226
	2013	—	—	—	23%	219
UK (ENG)	2010	—	N	522	37%	228
	2010	PC	N, MD	205	36%	229
	2011	PC	MW	266	43%	230
	2012	—	—	—	45%	226
	2013	—	—	—	46%	219
UK (NIR)	2013	—	—	—	15%	219
UK (SCO)	2013	—	—	—	34%	219
UK (WAL)	2013	—	—	—	36%	219
USA	2010	—	Mixed	16,975	52%	231
	2010	—	—	1,860	60%	232
	2011	—	Mixed	1,937	64%	233
	2011	—	—	*	61%	234
	2012	—	Mixed	2,348	67%	235
	2013	—	Mixed	2,005	72%	236
	2014	—	Mixed	1,949	75%	237
	2014	H	—	**	82%	238
India	2010	H (3)	—	1,421	~5%	75
Slovenia	2010	—	MD	1,718	51%	72

Setting: PC: primary care, H: hospitals, Tc: tertiary care. Numbers in parentheses represent number of hospitals in local surveys.

Type of staff: MD: medical doctors, N: nurses, MW: midwives.

Country: HK: Hong Kong, UK: United Kingdom, ENG: England, NIR: Northern Ireland, SCO: Scotland, WAL: Wales.

*Survey of 111 employers.

**4,254 employers, accounting for 8 million staff members.

CONSENSO/RIFIUTO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

In quanto Operatore Sanitario o Professionista che lavora in questa Azienda Ospedaliero-Universitaria, Lei ha un rischio maggiore di esposizione al virus influenzale, nei confronti del quale l'unica misura realmente efficace è la vaccinazione offerta gratuitamente a tutti i dipendenti dell'Azienda. Lei può acconsentire alla vaccinazione oppure rifiutarla: in entrambi i casi deve compilare il presente modulo, anche per attestare che Le è stata offerta la possibilità di essere vaccinato, ma che Lei ha personalmente e volontariamente declinato l'offerta. Le chiediamo di compilare questo modulo anche al fine di poter acquistare la quantità di vaccini necessaria evitando inutili sprechi.

(contrassegnare la casella che interessa)

☐ **CONSENSO.** Sono consapevole della possibilità di ricevere gratuitamente il vaccino antinfluenzale ed acconsento ad essere vaccinato nel periodo pre-epidemico utilizzando una delle molteplici modalità previste dall'Azienda e che verranno comunicate tramite i consueti canali di informazione (cedolino, sito web, comunicazione personale, ecc.).

☐ **RIFIUTO.** Sono consapevole che posso contrarre il virus influenzale e trasmetterlo ai pazienti, ai miei famigliari ed ai miei colleghi già 24-48 ore prima della comparsa dei sintomi influenzali e sono altresì consapevole che un'influenza contratta lo scorso anno o una vaccinazione ricevuta lo scorso anno non sono in grado di proteggermi dalle successive epidemie; malgrado ciò rinuncio al mio diritto di essere vaccinato nei confronti dell'influenza, per i seguenti motivi:

- ☐ timore di contrarre l'influenza a seguito della vaccinazione
- ☐ paura degli aghi o delle iniezioni
- ☐ timore degli effetti collaterali del vaccino
- ☐ non ritengo utile vaccinarmi con la vaccinazione anti influenzale
- ☐ Altro _____

(sono possibili risposte multiple)

- A seguito del mio rifiuto alla vaccinazione mi può essere richiesto di indossare in permanenza, per tutta la durata del servizio, una mascherina chirurgica oppure una mascherina FFP2 nel corso della fase epidemica della malattia al fine di limitare il rischio di contrarre e di trasmettere il virus influenzale.
- Sono infine consapevole che posso sempre cambiare idea e richiedere in qualsiasi momento la vaccinazione influenzale fornita gratuitamente dall'Azienda.

(Nome e Cognome in stampatello)

(U.O. o Servizio o altra articolazione organizzativa di appartenenza)

(Firma)

CONSENSO/RIFIUTO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

In quanto Operatore Sanitario o Professionista che lavora in questa Azienda Ospedaliero-Universitaria, Lei ha un rischio maggiore di esposizione al virus influenzale, nei confronti del quale l'unica misura realmente efficace è la vaccinazione offerta gratuitamente a tutti i dipendenti dell'Azienda. Lei può acconsentire alla vaccinazione oppure rifiutarla: in entrambi i casi deve compilare il presente modulo, anche per attestare che Le è stata offerta la possibilità di essere vaccinato, ma che Lei ha personalmente e volontariamente declinato l'offerta. Le chiediamo di compilare questo modulo anche al fine di poter acquistare la quantità di vaccini necessaria evitando inutili sprechi.

(contrassegnare la casella che interessa)

☐ **CONSENSO.** Sono consapevole della possibilità di ricevere gratuitamente il vaccino antinfluenzale ed acconsento ad essere vaccinato nel periodo pre-epidemico utilizzando una delle molteplici modalità previste dall'Azienda e che verranno comunicate tramite i consueti canali di informazione (cedolino, sito web, comunicazione personale, ecc.).

☐ **RIFIUTO.** Sono consapevole che posso contrarre il virus influenzale e trasmetterlo ai pazienti, ai miei familiari ed ai miei colleghi già 24-48 ore prima della comparsa dei sintomi influenzali e sono altresì consapevole che un'influenza contratta lo scorso anno o una vaccinazione ricevuta lo scorso anno non sono in grado di proteggermi dalle successive epidemie; malgrado ciò rinuncio al mio diritto di essere vaccinato nei confronti dell'influenza, per i seguenti motivi:

- ☐ timore di contrarre l'influenza a seguito della vaccinazione
- ☐ paura degli aghi o delle iniezioni
- ☐ timore degli effetti collaterali del vaccino
- ☐ non ritengo utile vaccinarmi con la vaccinazione anti influenzale
- ☐ Altro _____

(sono possibili risposte multiple)

- A seguito del mio rifiuto alla vaccinazione mi può essere richiesto di indossare in permanenza, per tutta la durata del servizio, una mascherina chirurgica oppure una mascherina FFP2 nel corso della fase epidemica della malattia al fine di limitare il rischio di contrarre e di trasmettere il virus influenzale.
- Sono infine consapevole che posso sempre cambiare idea e richiedere in qualsiasi momento la vaccinazione influenzale fornita gratuitamente dall'Azienda.

(Nome e Cognome in stampatello)

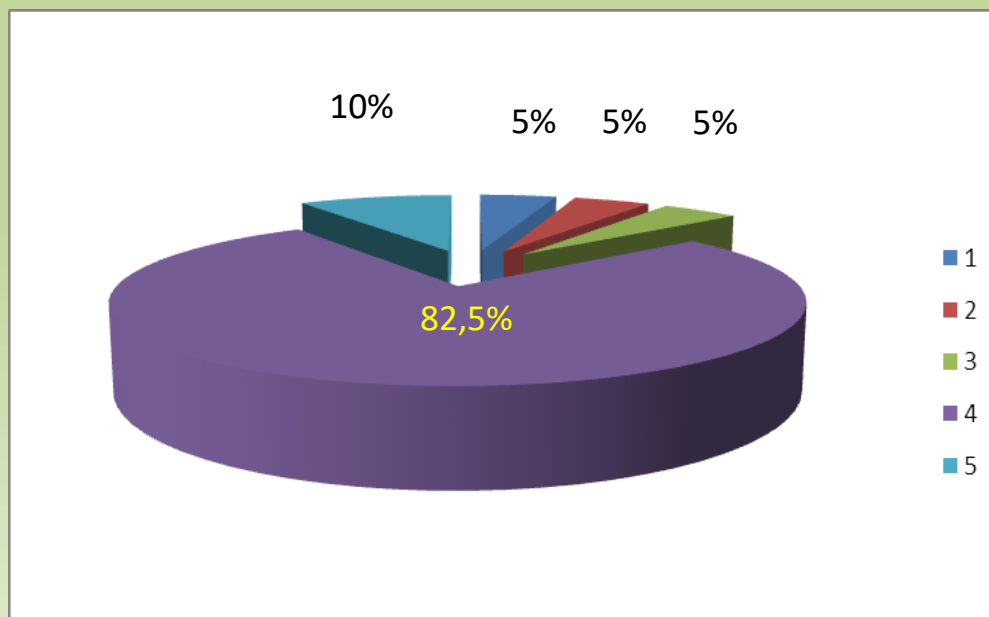
(U.O. o Servizio o altra articolazione organizzativa di appartenenza)

(Firma)

Popolazione dello studio

- Totale studenti CdL Inf 234
- Studenti vaccinati 187 (79,9%)
- Studenti che hanno rifiutato 40 (17%)
- Rifiuto per motivi medici 1 (0,4%)

Motivazioni del rifiuto alla vaccinazione



- 1 timore di contrarre influenza a seguito della vaccinazione
- 2 paura degli aghi/ iniezioni
- 3 timore degli effetti collaterali del vaccino
- 4 non ritengo utile vaccinarmi con l'antinfluenzale
- 5 altro (mi sento coperta - assumo già un vaccino in pillole)

Raffronto strutturati/studenti

- Infermieri strutturati vaccinati 14,9%
- Studenti CdL Inf vaccinati 79,9%
- Campagna 2016/2017 STUD MED E CDL Inf 85
- Campagna 2017/2018 solo Cdl Inf 187

CONCLUSIONI

IL MODULO DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO

- Sembra poter richiamare ad un maggiore senso di responsabilità individuale portando ad un incremento dell'adesione alla vaccinazione
- Ci indica su quali temi è più necessario intervenire per cercare di aumentare l'adesione alla vaccinazione
 - timore di contrarre influenza a seguito della vaccinazione
 - paura degli aghi/ iniezioni
 - timore degli effetti collaterali del vaccino
 - non ritengo utile vaccinarmi con l'antinfluenzale
 - mi sento coperta
 - assumo già un vaccino in pillole



GRAZIE DELL'ATTENZIONE

rosanna.ottaviano@aosp.bo.it