

Strategia nazionale di prevenzione dell'influenza stagionale (Strategia GRIPS) 2015–2018



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Indice

Indice	3
Ringraziamenti	4
Abbreviazioni	5
Sintesi	6
Introduzione	11
1 Dati e fatti sull'influenza stagionale	16
1.1 Epidemiologia	16
1.2 Modalità di trasmissione	18
1.3 Complicazioni	18
1.4 Mezzi di prevenzione	19
1.5 Effetti collaterali del vaccino antinfluenzale	20
1.6 Persone esposte ad alto rischio di complicazioni gravi	21
1.7 Raccomandazioni per la vaccinazione contro l'influenza stagionale	22
2 Elementi principali della strategia	24
3 Obiettivi	25
3.1 Obiettivo strategico generale	25
3.2 Articolazione degli obiettivi specifici	26
4 Ambito d'azione 1: ricerca in salute pubblica	28
4.1 Situazione attuale	28
4.2 Obiettivo	29
4.3 Misure chiave	30
4.4 Risultati attesi	33
5 Ambito d'azione 2: protezione dei pazienti	35
5.1 Situazione attuale	35
5.2 Obiettivo	36
5.3 Misure chiave	37
5.4 Risultati attesi	40
6 Ambito d'azione 3: promozione della vaccinazione	41
6.1 Situazione attuale	41
6.2 Obiettivo	41
6.3 Misure chiave	42
6.4 Risultato atteso	45
7 Compiti e responsabilità degli attori principali	46
8 Ripercussioni finanziarie della strategia	49
Punti di contatto con altre strategie	51
Glossario	53
Riferimenti bibliografici	55

Ringraziamenti

L'UFSP ringrazia le seguenti istituzioni partner per aver contribuito all'elaborazione della strategia:

- Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri (CURAVIVA)
- Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera (VIPS)
- Associazione dei medici cantonali della Svizzera (AMCS)
- Associazione dei farmacisti cantonali (KAV/APC)
- Associazione mantello degli assicuratori malattia svizzeri (tarifsuisse sa)
- Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI)
- Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), Stoccolma
- Centro di riferimento nazionale per l'influenza (CRNI)
- Collegio di medicina di base (KHM/CMPR)
- Commissione dei programmi Sentinella
- Commissione federale per la preparazione e la risposta alle pandemie (CFP)
- Commissione federale per le vaccinazioni (CFV)
- Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
- Federazione dei medici svizzeri (FMH)
- Federazione svizzera delle associazioni assistenti di studio medico (FSAAM)
- Ospedale universitario di Berna (Inselspital), servizio di salute del personale
- Ospedale universitario di Zurigo, igiene ospedaliera
- Ospedali svizzeri H+
- Ospedali universitari di Ginevra (HUG), servizio di prevenzione e di controllo dell'influenza
- Ospedali universitari di Ginevra (HUG), gruppo «Unis contre la grippe», Ginevra
- Istituti di medicina sociale e preventiva (IMSP), Berna e Zurigo
- Istituto svizzero per gli agenti terapeutici (Swissmedic)

- Interpharma
- Medici cantonali e medici cantonali aggiunti
- Società cantonale di farmacia di Berna
- Società svizzera d'igiene ospedaliera (SSIO)
- Società svizzera di ginecologia e ostetricia (SSGO)
- Società svizzera di medicina interna generale (SSMI)
- Società svizzera di medicina generale (SSMG)
- Società svizzera di pediatria (SSP/SGP)
- Società svizzera dei farmacisti (pharmaSuisse)
- SUVA

Abbreviazioni

ECDC	Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie
GRIPS	Strategia nazionale di prevenzione dell'influenza stagionale 2015-2018
ILI	Influenza-like illness (affezione di tipo influenzale, sospetto d'influenza)
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONG	Organizzazione non governativa
SGB	Sindrome di Guillain-Barré
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica

Ogni anno l'influenza in Svizzera provoca diverse migliaia di ospedalizzazioni, diverse centinaia di decessi e una perdita importante della qualità di vita e dell'autonomia, particolarmente tra gli anziani. Da numerosi decenni, la Confederazione (in particolare l'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP), i Cantoni e numerosi altri attori, sono attivi nell'ambito della prevenzione dell'influenza. Tuttavia, la malattia continua a essere confusa con un semplice raffreddore, la copertura vaccinale dei gruppi target non evolve come previsto e numerosi casi di contagio negli stabilimenti sanitari potrebbero essere evitati.

Nello sviluppo di questa Strategia nazionale di prevenzione dell'influenza stagionale (Strategia GRIPS) 2015-2018, sono scaturite due priorità. Da un lato, la necessità di migliorare in modo significativo le conoscenze sulla prevenzione dell'influenza e le pesanti conseguenze di questa malattia per la Svizzera. Dall'altro, l'importanza di preservare le esperienze acquisite negli ultimi anni sul piano nazionale e cantonale e di ottimizzare le attività. Pertanto questa strategia va oltre gli sforzi di promozione della vaccinazione e ad essa si aggiungono due ambiti di azione: la ricerca nel campo della salute pubblica e la protezione dei pazienti. La Strategia GRIPS è quindi transitoria e permetterà di preparare il terreno per la prossima strategia, ottimizzando gli interventi attuali.

L'obiettivo principale della Strategia GRIPS è ridurre il numero dei casi di malattia grave dovuti all'influenza stagionale, soprattutto tra le persone che presentano un rischio accresciuto di complicazioni. Per realizzarlo, la strategia si articola attorno a tre ambiti d'azione, ognuno dei quali dotato di obiettivi, misure chiave e proiezioni dei risultati attesi.

La ricerca nel campo della salute pubblica è prioritaria

Il primo ambito d'azione mira a stimare meglio il peso delle conseguenze dell'influenza in Svizzera nonché l'impatto e i costi delle diverse misure. I dati raccolti contribuiranno a migliorare le misure dei due altri ambiti a preparare la strategia che seguirà nel 2019. Il miglioramento delle conoscenze avviene sulla base di numerosi studi già condotti in Svizzera e all'estero, nonché di nuovi, in modo da colmare le lacune conoscitive al momento in cui mancano i dati.

Per stimare il carico della malattia:

- continuano a essere raccolti i dati relativi alle **affezioni influenzali (ILI)** e ai **casi d'influenza confermati in laboratorio**;
- viene condotto uno studio sul carico della malattia, che permetta di valutare la **morbidità**, la **mortalità** e i **costi** generati dall'influenza.

Per valutare l'impatto e i costi delle diverse misure:

- l'UFSP svolge ogni anno, a livello nazionale, un'**inchiesta sulla copertura vaccinale** di due gruppi a rischio e del personale sanitario, nonché un **inventario** (mapping study) delle pratiche in materia di prevenzione dell'influenza nei Cantoni;
- gli attori svolgono **studi qualitativi** per conoscere più approfonditamente le ragioni alla base del rispetto insufficiente delle misure di prevenzione;
- viene sviluppata una metodologia comune affinché tutti gli stabilimenti sanitari possano raccogliere durante ogni stagione influenzale i **dati relativi al rispetto delle misure di prevenzione** nel loro stabilimento e alla **proporzione di casi d'infezione nosocomiale da influenza**.

La protezione dei pazienti: coinvolgimento delle direzioni delle istituzioni sanitarie

Per proteggere le persone prese a carico dalle istituzioni sanitarie, queste ultime così come le istituzioni di formazione per le professioni sanitarie, s'impegnano attivamente nella prevenzione della trasmissione dell'influenza. Tre gruppi di misure contribuiscono alla realizzazione di questo obiettivo.

- Le **formazioni** professionali sanitarie, includono nei rispettivi cicli lo studio approfondito dell'influenza e propongono una vaccinazione sul posto ogni autunno. L'**informazione** sui vaccini disponibili è equilibrata e trasparente mentre quella sulla trasmissione del virus negli stabilimenti sanitari è efficace.
- Le **direzioni delle istituzioni sanitarie** che sottostanno alle autorità sanitarie cantonali, sono **attivamente impegnate** a diversi livelli per la protezione delle persone prese a carico. Instaurano un ambiente di lavoro favorevole al rispetto delle regole d'igiene; attribuiscono un ruolo attivo al personale nell'elaborazione delle campagne di prevenzione e nella loro attuazione; sostengono l'organizzazione di campagne di vaccinazione del personale; predispongono un sistema interattivo e costruttivo di sorveglianza del rispetto delle misure di prevenzione; rendono trasparenti i successi ottenuti con l'adozione delle misure di prevenzione.
- Sono iniziati i lavori per includere tra le misure di qualità delle cure la copertura vaccinale del personale e la proporzione dei casi d'infezione nosocomiale d'influenza negli **indicatori di qualità** degli stabilimenti sanitari.

Conservare le conoscenze acquisite nell'ambito della promozione della vaccinazione

Questo ambito d'azione mira a far conoscere i vantaggi e i limiti della vaccinazione contro l'influenza a tutti i moltiplicatori dei messaggi di prevenzione, alle persone ad alto rischio di complicazioni e ai loro familiari. Queste conoscenze motivano gli ultimi due gruppi a proteggersi mediante una vaccinazione.

Per questo, l'UFSP coordina l'elaborazione di una **strategia di comunicazione** da parte di Confederazione e Cantoni. Inoltre, sono raccomandate diverse misure per promuovere la vaccinazione:

- i moltiplicatori mettono a disposizione delle persone ad alto rischio di complicazioni del materiale informativo destinato a convincere i loro **familiari** a farsi vaccinare;
- i medici e i farmacisti **ricordano** per quanto possibile **sistematicamente** alle persone a rischio accresciuto di complicazioni di **farsi vaccinare**;
- sono organizzati **servizi d'informazione** e di **vaccinazione a bassa soglia** a seconda dei bisogni e delle basi legali cantonali;
- è ottimizzato l'**approvvigionamento di vaccini** negli studi medici e nelle farmacie.

Ripercussioni finanziarie della Strategia GRIPS

Secondo le attese, le spese dell'**UFSP** per predisporre la Strategia GRIPS dovrebbero raggiungere un livello annuale simile a quello degli ultimi cinque anni. Esse concernono principalmente la ricerca nel campo della salute pubblica (sorveglianza Sentinella, onere della malattia, inventario delle pratiche nei Cantoni, studio sulla copertura vaccinale e studi qualitativi) e le attività di promozione della vaccinazione.

Sul piano delle **autorità sanitarie cantonali**, l'attuazione della strategia potrebbe provocare un leggero aumento delle spese dovuto alla raccolta dei dati per verificare il rispetto delle misure di prevenzione, per sorvegliare le infezioni nosocomiali da influenza nelle case per anziani e di cura e per fornire possibilità di vaccinazione a bassa soglia.

Infine, determinate **istituzioni sanitarie** dovranno aumentare il loro budget allo scopo di raccogliere dati per verificare il rispetto delle misure di prevenzione, per sorvegliare le infezioni nosocomiali d'influenza e per condurre studi qualitativi sul modo di migliorare il rispetto delle misure di prevenzione da parte del personale in contatto con i gruppi a rischio.

L'influenza, un problema di sanità pubblica da non sottovalutare

La morbilità e la mortalità associate all'influenza stagionale e alle sue complicazioni sono considerevoli. Secondo il sistema di sorveglianza Sentinella, in Svizzera l'influenza causa ogni anno da 112 000 a 275 000 visite mediche, diverse migliaia di ricoveri ospedalieri e alcune centinaia di decessi. Le differenze da un anno all'altro del numero di visite mediche si spiegano tra l'altro con le variazioni della virulenza dei virus e dell'immunità della popolazione contro i virus circolanti. Negli anni 1990 i decessi legati all'influenza o alle sue complicazioni tra gli ultrasessantenni sono stati tra 600 e 700 all'anno (Brinkhof, 2006). Va inoltre considerata la perdita di autonomia e di qualità di vita, in particolare nelle persone anziane. Sotto il profilo economico, i costi diretti dell'influenza stagionale per il sistema sanitario svizzero sono stati stimati a 97 milioni di franchi all'anno. Se si aggiungono i costi indiretti legati alle assenze dal lavoro, si ottiene un valore complessivo di 196 milioni di franchi. Trattandosi di un valore medio, il costo totale può variare tra 130 e 514 milioni di franchi (Piercy, 2003). L'influenza è quindi un problema di sanità pubblica da non sottovalutare nemmeno in Svizzera.

Obiettivi internazionali

Gli obiettivi dell'Unione europea (UE) relativi al controllo dell'influenza poggiano sulle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) adottate nel 2003 nell'ambito della risoluzione 56.19. In essa, l'Assemblea mondiale della sanità esorta gli Stati membri ad adottare e attuare strategie per aumentare la copertura vaccinale contro l'influenza stagionale per tutti i soggetti ad alto rischio, in modo da raggiungere una copertura della popolazione anziana di almeno il 50 per cento nel 2006 e del 75 per cento nel 2010 (Assemblea mondiale della sanità, 2003). Nel 2009, il Consiglio europeo ha adottato una raccomandazione sulla vaccinazione contro l'influenza stagionale allo scopo di raggiungere una copertura del 75 per cento per i gruppi a rischio entro il 2015 (Consiglio dell'Unione europea, 2009). Inoltre, il Gruppo strategico consultivo di esperti sulla vaccinazione dell'OMS (SAGE) ha raccomandato che i gruppi bersaglio e gli obiettivi di copertura vaccinale siano definiti a livello regionale e nazionale, in quanto i programmi di prevenzione dipendono dall'epidemiologia, dalle capacità e dalle risorse dei singoli Paesi (SAGE, 2012).

Cenni storici

L'Ufficio federale della sanità pubblica ha lanciato la sua prima campagna nazionale di prevenzione dell'influenza nel 2001. Negli anni successivi ne ha realizzate altre. Queste iniziative miravano a sensibilizzare il pubblico sull'influenza intesa come problema di sanità pubblica e ad aumentare la copertura vaccinale dei gruppi bersaglio. A questi sforzi si è aggiunto il lavoro svolto dai Cantoni¹.

Dal 2008 al 2012, l'UFSP ha impostato le sue attività in base alla Stratégie nationale de promotion de la vaccination contre la grippe 2008 à 2012 (UFSP, 2008) di cui era parte integrante la Stratégie de communication pour la prévention de la grippe saisonnière 2008-2012. Dalla valutazione di quest'ultima, avvenuta nel 2011, sono scaturite raccomandazioni per l'elaborazione della futura strategia (Frey, 2012). La valutazione ha evidenziato che alcuni obiettivi della strategia non erano stati raggiunti. Tra l'inizio e la fine del periodo di riferimento, infatti, la copertura vaccinale del principale gruppo a rischio, ossia gli ultrasessantacinquenni, era diminuita. Va detto peraltro che la pandemia d'influenza A(H1N1)pdm09 del 2009/10 ha avuto un impatto negativo sul comportamento vaccinale dei gruppi a rischio². Inoltre, il personale medico e infermieristico e le persone a stretto contatto con gruppi a rischio non si sono fatti vaccinare nella misura prevista dalla strategia. Dalla valutazione sono emersi però anche risultati positivi: la diffusione dei messaggi chiave da parte dei moltiplicatori (ossia medici, autorità cantonali, media e aziende) ha funzionato bene.

Focus della Strategia GRIPS 2015-2018

La Strategia GRIPS si focalizza sull'influenza stagionale e non include la pandemia influenzale. Questa scelta si giustifica principalmente per il fatto che l'influenza stagionale comporta sfide ricorrenti che vanno affrontate distintamente. Ciò nondimeno, il potenziamento delle capacità di prevenzione (maggiore produzione di vaccini, comportamento adeguato dei gruppi bersaglio ecc.) avrà anche un impatto positivo sul carico potenziale di malattia della pandemia influenzale³.

Principali novità della Strategia GRIPS

Durante l'elaborazione della strategia è emersa l'importanza dei seguenti aspetti:

1. **Estendere la strategia oltre gli sforzi di promozione vaccinale**
La strategia prevede due nuovi ambiti d'azione: la ricerca in salute pubblica e la protezione dei pazienti.
2. **Dare la priorità alla ricerca in salute pubblica**
In Svizzera occorre approfondire le conoscenze disponibili sull'influenza. Vi sono lacune da colmare per quanto riguarda il **carico di malattia** che non consentono di definire con sufficiente precisione la natura e la portata dei problemi di salute pubblica posti dall'influenza. Sono inoltre necessarie conoscenze più precise in merito all'**impatto potenziale di determinate misure chiave** sulla prevenzione. Queste conoscenze sono fondamentali qualora sia necessario adottare misure di portata più o meno estesa a livello nazionale.

¹ Ha suscitato ampi consensi la campagna di informazione «Uniti contro l'influenza», lanciata a Ginevra nel 1993, che è stata estesa progressivamente agli altri Cantoni romandi e al Ticino e ha avuto un impatto indiretto nei Cantoni della Svizzera tedesca. Le attività realizzate nell'ambito della campagna sono state principalmente la produzione di spot televisivi, l'organizzazione di conferenze stampa, l'informazione per gli operatori sanitari e l'allestimento di un sito internet e di altro materiale informativo per i gruppi a rischio. Per valutare la campagna si sono paragonati i tassi di copertura vaccinale della popolazione geriatrica a Ginevra, che tra il 1991 e il 2000 è passata dal 29 al 59 per cento (Toscani, 2003).

² Nel caso delle persone di 65 anni e oltre il tasso di copertura vaccinale è passato in media dal 55 % tra il 1999 e il 2008 al 46 % cento durante la stagione influenzale 2010/11 (Frey, 2012). In Francia è diminuito in proporzione analoga, passando da una media del 70 % tra il 2006 e il 2009 al 61 % durante la stagione influenzale 2010/11 (Caille-Brillet, 2013).

³ Per maggiori informazioni sulla preparazione a una pandemia d'influenza rinviamo al Piano pandemico svizzero (UFSP, 2013).

L'accento posto sulla ricerca in salute pubblica è fondamentale per **preparare la strategia per il periodo successivo**. La ricerca sul carico di malattia permette infatti di capire meglio l'incidenza di questo problema di salute pubblica ed è un prerequisito principale per mobilitare le risorse necessarie. La ricerca sull'impatto di determinate misure a livello di prevenzione consente di creare le basi scientifiche per le future misure strategiche.

I dati verranno per lo più ricavati dagli studi già condotti in Svizzera e all'estero. La ricerca in salute pubblica nell'ambito della Strategia GRIPS si limiterà quindi allo stretto necessario.

3. **Introdurre cambiamenti strutturali o potenziare le misure esistenti per la protezione dei pazienti**

Gli attori principali di questo ambito d'azione sono le direzioni delle istituzioni sanitarie (cfr. Glossario), che devono garantire il rispetto di determinate misure di prevenzione la cui efficacia è convalidata da dati scientifici.

4. **Mantenere i risultati raggiunti nella promozione della vaccinazione**

Le misure elencate nella Strategia GRIPS mirano ad incoraggiare la pratica della **decisione informata** (informed decision) delle persone ad alto rischio di complicazioni. La decisione informata è necessaria anche per la vaccinazione della cerchia familiare e la scelta dell'ospedale o di un altro stabilimento sanitario qualora occorra programmare un ricovero in una struttura stazionaria. Questo ambito d'azione sarà rafforzato da alcune misure adottate nel quadro dell'implementazione del futuro Programma nazionale di vaccinazione (cfr. Punti di contatto con altre strategie).

Approccio partecipativo

All'elaborazione della Strategia GRIPS hanno partecipato numerosi partner (cfr. Ringraziamenti). Al primo seminario di pianificazione strategica, che ha permesso di accordarsi sulla definizione dei problemi, sugli interventi necessari e sugli obiettivi da raggiungere, hanno preso parte complessivamente 34 rappresentanti delle principali istituzioni attive nella prevenzione dell'influenza. A fine aprile 2013 è stato organizzato un secondo seminario allo scopo di proporre una serie di misure per raggiungere gli obiettivi definiti, discutere i compiti e le responsabilità degli attori come pure le implicazioni finanziarie dell'attuazione delle misure proposte. Successivamente è stato definito un ordine di priorità. Alla fine del primo semestre 2014 si è tenuta una consultazione nell'ambito della quale gli attori interessati hanno potuto pronunciarsi sulla bozza di strategia. Nel limite del possibile le proposte formulate sono state integrate nel presente documento.

1 Dati e fatti sull'influenza stagionale

1.1 Epidemiologia⁴

L'influenza che colpisce l'uomo è una malattia infettiva acuta delle vie respiratorie causata da vari virus di tipo A e B che si modificano costantemente. Nelle regioni temperate si manifesta ogni inverno. In Svizzera, l'epidemia d'influenza inizia generalmente in gennaio (superamento della soglia epidemica), raggiunge il suo picco in febbraio e dura mediamente nove settimane.

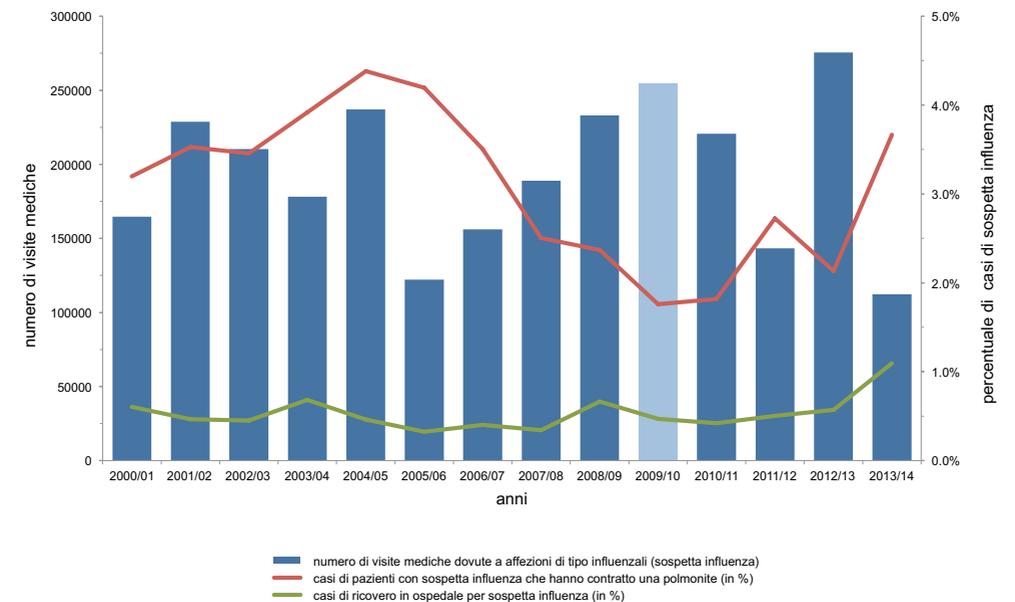
Il numero di casi e il livello di gravità dell'infezione variano di anno in anno in funzione di vari fattori, tra cui la natura dei virus in circolazione e il livello immunitario della popolazione. Secondo le stime disponibili, l'influenza stagionale colpisce una parte della popolazione compresa tra il 5 e il 20 per cento (Heymann, 2008). In Svizzera, dall'1,4 al 3,4 per cento della popolazione consulta un medico di base a causa di sintomi influenzali, per un totale di visite mediche che varia tra 112 000 e 275 000 per stagione influenzale (cfr. grafico). L'influenza colpisce con maggior frequenza i bambini; è raro però che provochi gravi complicazioni in questo gruppo.

Le complicazioni quali le polmoniti costituiscono un fattore determinante per la morbilità e la mortalità associate all'influenza (Klugman, 2009). In Svizzera, dal 2 al 4 per cento delle persone che durante la stagione influenzale consultano un medico di base per un'affezione influenzale (ILI) sviluppano una polmonite e lo 0,5 per cento è ricoverato in ospedale (cfr. grafico). Ad essere toccati con maggiore frequenza sono gli anziani: il 10 per cento degli ultrasessantacinquenni che consultano un medico per sintomi influenzali si vede diagnosticare una polmonite e il 3 per cento viene ricoverato in ospedale. Si stima che ogni anno le complicazioni associate all'influenza provochino diverse migliaia

di ricoveri all'ospedale. Spesso, tuttavia, questi casi vengono registrati in base al tipo di complicazione e non sono attribuiti alla categoria «influenza». È quindi difficile ottenere dati affidabili sui ricoveri e i decessi dovuti all'influenza, anche perché manca una sorveglianza specifica.

Numero di visite mediche per affezioni di tipo influenzale (sospetto d'influenza) e proporzione di casi di sospetto d'influenza che sono sfociati in polmonite o hanno portato al ricovero in ospedale

(estrapolazione basata sui dati del sistema di dichiarazione Sentinella)



⁴ In Svizzera le epidemie d'influenza sono valutate nell'ambito del sistema di sorveglianza Sentinella (sistema di dichiarazione Sentinella) che rileva i casi di affezione di tipo influenzale dichiarati dai medici di famiglia. La caratterizzazione dei virus è garantita dal Centro di riferimento nazionale per l'influenza (CRNI). Le informazioni sull'influenza stagionale menzionate nella presente strategia si basano sui dati del sistema Sentinella (dalla settimana 40 alla settimana 20 dell'anno successivo) raccolti nelle scorse tredici stagioni influenzali (senza i dati della pandemia 2009/10).

1.2 Modalità di trasmissione

Il virus dell'influenza si trasmette principalmente per via aerea attraverso goccioline di saliva cariche di particelle virali emesse con la tosse, lo starnuto o anche semplicemente parlando. Il virus può essere trasmesso anche indirettamente, ad esempio stringendo la mano a una persona infetta o toccando oggetti contaminati, come la maniglia di una porta. Una persona infetta può contagiare un'altra prima della comparsa dei sintomi influenzali. Il virus può essere trasmesso anche da persone infette che non manifestano sintomi o che manifestano sintomi leggeri.

Si reputa che un adulto infetto sia contagioso dal giorno che precede l'apparizione dei sintomi e che lo rimanga per tre-cinque giorni. I bambini sono potenzialmente contagiosi prima e possono restarlo per oltre dieci giorni dopo l'apparizione dei sintomi. Il rischio di trasmissione del virus nella fase presintomatica o asintomatica è una delle principali ragioni per cui le persone che sono spesso in contatto con soggetti a rischio dovrebbero farsi vaccinare.

1.3 Complicazioni

Le complicazioni più frequenti sono sinusite, otite media, bronchite, polmonite e pseudocrup, che possono avere origine virale o essere causati da sovrinfezione batterica secondaria. Possono sopraggiungere altre complicazioni pericolose quali pleurite, miosite, miocardite o pericardite che provocano cardiomiopatia dilatativa, infarto del miocardio o sindrome da shock tossico. Altre complicazioni rare e molto gravi sono la meningite, l'encefalite, la mielite e la sindrome di Guillain-Barré (SGB). Le complicazioni gastrointestinali rare, come l'appendicite e l'infiammazione della cistifellea, si manifestano con un certo ritardo.

1.4 Mezzi di prevenzione

La **vaccinazione** rappresenta la misura di prevenzione più efficace contro l'influenza e la sua trasmissione. Il rischio di contagio può essere ridotto anche grazie all'adozione **delle regole di igiene basilari**.

- La **vaccinazione** contro l'influenza stagionale è disponibile dagli anni 1940. La composizione dei vaccini è adeguata ogni anno (in febbraio per l'emisfero settentrionale) in base ai nuovi ceppi virali in circolazione. In linea di massima si tratta di vaccini inattivati. La loro **efficacia** dipende dall'età e dalle capacità immunitarie del soggetto vaccinato come pure dalla corrispondenza degli antigeni del vaccino con i virus in circolazione. Negli adulti con meno di 50 anni in buona salute la vaccinazione permette di ridurre il rischio di contagio del 70-90 per cento. Negli ultrasessantacinquenni la sua efficacia varia tra il 30 e il 50 per cento. Per questa fascia di età è stato autorizzato un vaccino adiuvato che presenta un'efficacia di circa il 60 per cento (Van Buynder, 2013).

L'efficacia del vaccino è ridotta nelle persone con un sistema immunitario indebolito, nei bambini con meno di due anni e negli anziani. La vaccinazione è quindi importante non solo per le persone ad alto rischio di complicazioni ma anche per coloro che sono in contatto regolare con questi soggetti (cerchia familiare).

La vaccinazione riduce il rischio di ammalarsi e la mortalità. Inoltre costituisce il miglior modo di attenuare la gravità della malattia e di evitare complicazioni (Carman, 2000; Riphagen-Dalhuisen, 2013). A titolo di esempio, una meta analisi di studi clinici randomizzati ha evidenziato che, tra i pazienti ad alto rischio cardiovascolare, quelli vaccinati presentavano un rischio molto più basso di sviluppare un problema cardiovascolare nel corso dell'anno successivo rispetto a quelli che avevano ricevuto un placebo o che facevano parte dei gruppi di controllo, ossia del 2,9 per cento contro il 4,7 per cento (Udell, 2013). Un altro studio condotto su circa 2400 persone di 65 anni e oltre ha mostrato che nei soggetti vaccinati la gravità dei sintomi

influenzali era inferiore del 31 per cento rispetto ai soggetti non vaccinati (VanWormer, 2014). Anche la mortalità degli anziani nelle case di riposo è diminuita in modo significativo grazie alla vaccinazione del personale di cura (Hayward, 2006). Infine, uno studio ha evidenziato che la protezione contro le affezioni di tipo influenzale (ILI, Influenza-like illness) migliora se il personale e gli ospiti delle strutture sono vaccinati (Thomas, 2006). In Giappone la vaccinazione generalizzata degli allievi nel periodo 1962-1987 ha permesso di ridurre la mortalità tra gli anziani (Reichert, 2001).

- Alcuni comportamenti contribuiscono a ridurre i rischi di trasmissione del virus, ad es. tossire e starnutire proteggendosi con il gomito o utilizzando un fazzoletto, coprire bocca e naso quando si starnutisce, smaltire correttamente i fazzoletti, lavarsi le mani, restare a casa o ritornarvi non appena si manifestano sintomi influenzali, garantire una buona igiene delle mani e portare una mascherina (Aiello, 2010).

1.5 Effetti collaterali del vaccino antinfluenzale

Gli effetti collaterali più frequenti del vaccino antinfluenzale sono rossore o dolore nel punto di iniezione e interessano circa un quarto dei soggetti. Altri sintomi quali febbre, dolori muscolari o nausea interessano meno del 10 per cento delle persone vaccinate. Questi effetti sono benigni e scompaiono al più tardi entro due giorni. Molto raramente il vaccino può causare reazioni allergiche come orticaria, edema, asma o shock anafilattico dovute ad ipersensibilità alle proteine dell'uovo. Secondo i dati internazionali, in un caso su un milione la vaccinazione ha causato una complicazione di tipo neurologico – la sindrome di Guillain-Barré (SGB) – che ha reso necessario il ricovero in ospedale (UFSP, 2011). È importante notare che questa sindrome è osservata con maggiore frequenza come complicazione dell'influenza piuttosto che come effetto collaterale della vaccinazione. Il tasso di ricovero ospedaliero è di 17,2 casi di SGB su un milione di casi d'influenza (Kwong, 2013).

Chiunque fabbrica vaccini o li somministra a titolo professionale conformemente all'articolo 59 della legge federale sugli agenti terapeutici (LATer) è tenuto a notificare all'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici (Swissmedic) qualsiasi effetto indesiderato grave conosciuto o no e qualsiasi evento o difetto di qualità. La legge prevede inoltre che i consumatori, i pazienti consumatori, i pazienti e le loro organizzazioni nonché terzi interessati possono notificare all'Istituto gli eventi o gli effetti indesiderati degli agenti terapeutici.

1.6 Persone esposte ad alto rischio di complicazioni gravi

I soggetti ad alto rischio di complicazioni gravi in caso d'influenza sono:

- persone anziane;
- persone che soffrono di determinate malattie croniche che colpiscono le funzioni del cuore, dei polmoni, dei reni o del sistema immunitario;
- donne in gravidanza o puerpere;
- lattanti (particolarmente quelli di età inferiore a 6 mesi) e i bambini nati prematuri;
- ospiti di case di riposo e pazienti di istituti di cura per malati cronici.

Il tasso di ricovero ospedaliero per queste persone è due-cinque volte superiore a quello dei giovani adulti in buona salute (Thompson, 2004; UFSP, 2011).

1.7 Raccomandazioni per la vaccinazione contro l'influenza stagionale⁵

Ogni anno in autunno l'UFSP e la Commissione federale per le vaccinazioni (CFV) raccomandano la vaccinazione contro l'influenza stagionale alle categorie seguenti:

A) Persone di sei mesi o più ad alto rischio di complicazioni gravi in caso d'influenza:

- ultrasessantacinquenni;
- persone che soffrono di una delle seguenti malattie croniche: malattie cardiache e polmonari (ad es. asma), turbe metaboliche che riducono la funzione cardiaca, polmonare o renale (ad es. diabete o obesità patologica, IMC \geq 40), malattie neurologiche (ad es. morbo di Parkinson, disturbi cerebrovascolari) o muscolo-scheletriche che possono compromettere la funzione cardiaca, polmonare o renale, patologie epatiche, insufficienza renale, asplenia o disfunzioni della milza (comprese le emoglobinopatie) e immunodeficienze (ad es. infezione HIV, tumore, terapie immunosoppressive);
- donne in gravidanza o donne che hanno partorito da meno di quattro settimane;
- bambini nati prematuri (prima della 33a settimana o con un peso alla nascita inferiore ai 1500 g) nei primi due inverni di vita;
- ospiti di case di riposo e pazienti di istituti di cura per malati cronici.

B1) persone che in famiglia o nell'ambito delle loro attività private sono regolarmente a contatto con:

- persone della categoria A;
- lattanti fino a sei mesi (questi soggetti presentano un rischio elevato di complicazioni e non possono essere vaccinati vista la loro tenera età).

B2) persone che, nell'ambito delle loro attività professionali, sono regolarmente a contatto con:

- persone della categoria A;
- lattanti fino a sei mesi (questi soggetti presentano un rischio elevato di complicazioni e non possono essere vaccinati vista la loro tenera età).

La vaccinazione è raccomandata in particolare a tutto il personale sanitario, medico o paramedico, al personale degli asili nido e delle strutture di custodia extrascolastica, al personale degli stabilimenti sanitari e delle case di riposo o per anziani, compresi gli studenti e gli stagisti che vi lavorano. È consigliabile anche a tutte le persone che desiderano limitare il loro rischio d'infezione.

Per le persone del gruppo A la vaccinazione è rimborsata dall'assicurazione malattia, per quelle del gruppo B2 è rimborsata generalmente dal datore di lavoro (contatti nell'ambito dell'attività professionale).

⁵ Per le raccomandazioni aggiornate consultare le pagine del sito dell'UFSP sull'influenza stagionale:
www.bag.admin.ch/influenza/01118/01121/index.html?lang=it

2 Elementi principali della strategia

Obiettivo generale

Ridurre il numero di casi gravi d'influenza stagionale, in particolare nelle persone ad alto rischio di complicazioni.

Ambiti d'azione

Ricerca in salute pubblica

Protezione dei pazienti

Promozione della vaccinazione

Obiettivi specifici

Vengono stimati il carico di malattia dell'influenza in Svizzera come pure l'impatto e i costi delle varie misure.

Le istituzioni sanitarie e gli istituti di formazione per le professioni sanitarie s'impegnano attivamente nella prevenzione della trasmissione del virus al fine di proteggere le persone prese a carico.

I moltiplicatori dei messaggi di prevenzione, le persone ad alto rischio di complicazioni e i loro familiari conoscono i vantaggi e i limiti della vaccinazione contro l'influenza. Grazie a queste conoscenze le persone a rischio e la loro cerchia familiare si proteggono facendosi vaccinare.

Interventi

Mettere a punto o ottimizzare la sorveglianza:

- delle affezioni di tipo influenzale (ILI);
- dei casi di ricovero in ospedale e decesso legati all'influenza;
- della proporzione di casi d'influenza nosocomiale.

Stimare i costi dell'influenza.

Misurare la copertura vaccinale dei gruppi bersaglio e il rispetto delle altre misure di prevenzione.

Condurre studi sui motivi del mancato rispetto delle misure di prevenzione.

Stilare un inventario delle misure e dei progetti di prevenzione nei Cantoni e selezionare quelli da estendere a livello nazionale.

Formare e informare.

Far intervenire le direzioni delle istituzioni sanitarie: ambiente di lavoro, ruolo attivo del personale, sostegno delle campagne di vaccinazione del personale, sistema di monitoraggio del rispetto delle misure.

Includere la copertura vaccinale del personale e i casi d'influenza nosocomiale negli indicatori di qualità degli ospedali e degli stabilimenti sanitari.

Elaborare una strategia di comunicazione.

Spiegare alle persone a rischio quanto è importante che i loro familiari si facciano vaccinare.

Raccomandare sistematicamente ai gruppi bersaglio di vaccinarsi.

Agevolare la vaccinazione negli ambulatori a bassa soglia.

Ottimizzare l'approvvigionamento di vaccini.

3 Obiettivi

3.1 Obiettivo strategico generale

Ridurre il numero di casi gravi d'influenza stagionale, in particolare nelle persone ad alto rischio di complicazioni.

L'obiettivo strategico generale consiste nella riduzione della morbilità e della mortalità associata all'influenza nelle persone ad alto rischio di complicazioni. Le conseguenze dell'influenza sono infatti particolarmente gravi nelle persone che presentano condizioni che favoriscono:

1. una forma grave d'influenza;
2. lo sviluppo di altre infezioni;
3. l'aggravamento delle condizioni patologiche preesistenti (malattie croniche polmonari, cardiache, renali o di altro tipo).

In questa categoria rientrano principalmente le persone d'età superiore ai 65 anni, le donne in gravidanza, i lattanti fino a 6 mesi o i nati prematuri (fino a 2 anni), i malati cronici e gli ospiti di stabilimenti sanitari a carattere residenziale (cfr. anche capitolo Persone ad alto rischio di complicazioni gravi).

Il numero di **casi gravi** (cfr. Glossario) si riferisce al numero di persone ricoverate in ospedale per un'influenza confermata in laboratorio (ECDC, 2012).

Spesso i casi di malattia e decesso dovuti all'influenza non sono registrati come tali, ma sono attribuiti ad altre patologie. Per misurare con precisione il raggiungimento dell'obiettivo strategico generale occorre una **ricerca attiva** del virus negli stabilimenti sanitari, il che è difficilmente attuabile per motivi di costo. Pertanto, **il conseguimento dell'obiettivo generale sarà valutato in base al grado di raggiungimento degli obiettivi specifici correlati**⁶.

⁶ Si ammette infatti che un obiettivo strategico generale (o principale) è spesso difficilmente verificabile, ma è considerato raggiunto se gli obiettivi specifici correlati sono stati centrati. Cfr. tra l'altro la pagina «Sistema di obiettivi»: www.bag.admin.ch/tabak_praevention/07165/07166/index.html?lang=it

Poiché il numero di casi gravi d'influenza stagionale dipende dal virus stesso, dall'efficacia del vaccino e da altri fattori, per valutare il successo della Strategia GRIPS sarà necessario raccogliere dati supplementari oltre a quelli attualmente disponibili.

Risultato atteso

Il carico di malattia annuo dei casi gravi d'influenza viene valutato periodicamente e tende a diminuire.⁷

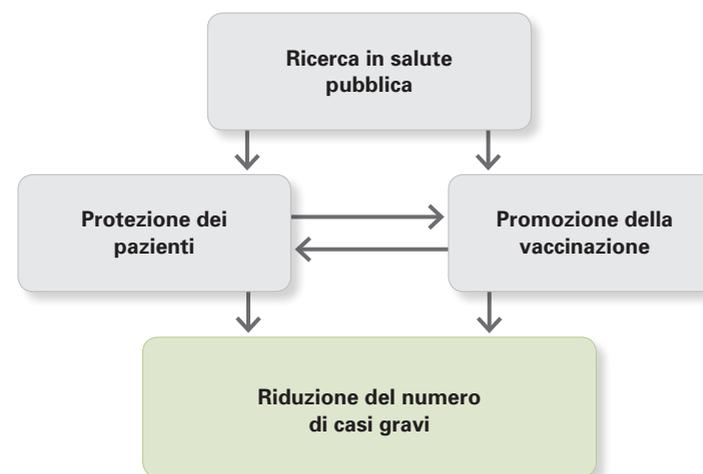
3.2 Articolazione degli obiettivi specifici

Qui di seguito sono riportati i tre ambiti d'azione e gli obiettivi specifici della strategia **in ordine di importanza**:

1. Ricerca in salute pubblica	Vengono stimati il carico di malattia dell'influenza in Svizzera come pure l'impatto e i costi delle varie misure.
2. Protezione dei pazienti	Le istituzioni sanitarie e gli istituti di formazione per le professioni sanitarie si impegnano attivamente nella prevenzione della trasmissione del virus al fine di proteggere le persone prese a carico.
3. Promozione della vaccinazione	I moltiplicatori dei messaggi di prevenzione, le persone ad alto rischio di complicazioni e i loro familiari conoscono i vantaggi e i limiti della vaccinazione contro l'influenza. Grazie a queste conoscenze le persone a rischio e la loro cerchia familiare si proteggono facendosi vaccinare.

In questa strategia, l'obiettivo specifico dell'ambito d'azione ricerca in salute pubblica è prioritario perché fornirà informazioni fondamentali per realizzare gli obiettivi di protezione dei pazienti e di promozione della vaccinazione. Si pensi ad esempio all'inventario (mapping study) delle pratiche nei Cantoni e nelle istituzioni o alla valutazione del carico di malattia. L'obiettivo specifico dell'ambito d'azione protezione dei pazienti costituisce la seconda priorità: le informazioni disponibili indicano un'elevata trasmissione del virus dell'influenza all'interno degli ospedali (Iten, 2012). È inoltre importante una maggiore adesione alle misure di prevenzione da parte delle istituzioni sanitarie, che in questo contesto fungono da esempio e da moltiplicatori. Ciò contribuirà alla realizzazione dell'obiettivo del terzo ambito d'azione, che mira a una maggiore accettazione della vaccinazione tra le persone ad alto rischio di complicazioni e i loro familiari.

La figura seguente schematizza le relazioni tra gli obiettivi specifici e l'obiettivo generale:



⁷ Vari Paesi calcolano il carico di malattia annuo dei casi gravi d'influenza basandosi sulle unità di cure intensive. All'inizio del periodo coperto dalla Strategia GRIPS un gruppo di esperti si pronuncerà sui dati da considerare ai fini del calcolo.

4 Ambito d'azione 1: ricerca in salute pubblica

4.1 Situazione attuale

L'intensità e la distribuzione dell'influenza vengono stimate principalmente attraverso il **sistema di sorveglianza Senti-nella**, che comprende circa 200 studi di medici di base ripartiti su tutto il territorio nazionale. I medici partecipanti dichiarano su base settimanale il numero di pazienti che presentano un'affezione di tipo influenzale (i cosiddetti casi di sospetta influenza o «Influenza-like illness»). Questo sistema di dichiarazione fornisce indicazioni e un confronto su base annua dell'inizio dell'epidemia, del suo picco e della sua fine, fondandosi su un numero approssimativo di casi. Inoltre, da un campione dei pazienti viene prelevato uno striscio naso-faringeo che viene inviato al laboratorio del Centro di riferimento nazionale per l'influenza di Ginevra per accertamento dei tipi e sottotipi di virus⁸.

Oltre ai casi di sospetta influenza, il **sistema di dichiarazione obbligatoria** considera tutti i casi d'influenza confermati in laboratorio. Questo permette una stima dei tipi di virus dell'influenza secondo l'età dei pazienti, il sesso e la regione.

Per quanto attiene ai **costi diretti e indiretti dell'influenza stagionale**, negli scorsi anni è stato condotto un unico studio a livello nazionale (Piercy, 2003)⁹.

L'**efficacia delle misure** è stata quantificata principalmente nell'ambito delle campagne nazionali di prevenzione dell'influenza per gli anni 2001-2007 e 2011. Le misurazioni consistevano essenzialmente in **studi sulla copertura vaccinale** dei gruppi a rischio, del personale medico e del personale di cura. Secondo un'inchiesta la copertura vaccinale durante la stagione influenzale 2013-2014 era del 37 per cento per gli ultrasessantacinquenni, del 31 per cento per i malati cronici e del

19 per cento per il personale sanitario a contatto con persone ad alto rischio di complicazioni (UFSP, 2014).

Sono stati condotti altri studi su temi più specifici, ad esempio sulla sorveglianza attiva dell'influenza in due reparti degli Ospedali universitari di Ginevra (HUG), inclusa la genotipizzazione dei virus, allo scopo di documentare le catene di trasmissione intraospedaliera (Iten, 2012). L'UFSP ha inoltre commissionato una revisione sistematica degli studi condotti in vari Paesi nell'ambito dei lavori di elaborazione del futuro Programma nazionale di vaccinazione (Bosch, 2014). Nella Strategia GRIPS sono stati considerati gli studi specifici che hanno dimostrato l'impatto significativo di vari interventi sulla copertura vaccinale.

4.2 Obiettivo

Vengono stimati il carico di malattia dell'influenza in Svizzera come pure l'impatto e i costi delle varie misure.

I risultati della ricerca in salute pubblica devono servire da base scientifica per gli altri due ambiti d'azione della Strategia GRIPS (protezione dei pazienti e promozione della vaccinazione) e documentare la morbilità e la mortalità per influenza, l'entità dei costi, la trasmissione del virus all'interno degli stabilimenti sanitari come pure l'efficacia e i costi delle misure chiave. In altri Paesi sono già stati condotti numerosi studi a questo proposito. Per evitare doppioni, ci si baserà su questi studi limitando l'attività di ricerca allo stretto necessario.

Queste informazioni sono inoltre di grande utilità per l'elaborazione della strategia che subentrerà alla Strategia GRIPS.

⁸ Alla sorveglianza virologica partecipa un'ottantina di medici sentinella.

⁹ Lo studio estrapola i dati disponibili nella letteratura scientifica e stima in modo molto approssimativo la morbilità e la mortalità in Svizzera.

4.3 Misure chiave

Carico di malattia

- I **dati sulle affezioni di tipo influenzale (ILI)** e sui **casi d'influenza confermati in laboratorio** continuano ad essere rilevati in maniera continuativa com'è il caso attualmente.
- I dati attuali sui **ricoveri ospedalieri** e sui **decessi** per influenza permettono di ottenere una stima approssimativa – spesso troppo bassa – dei casi gravi. Dal 2016 verrà quindi condotto uno **studio sul carico di malattia** che tenga conto delle variazioni stagionali e consenta di valutare la **morbilità**, la **mortalità** e i **costi** dell'influenza in Svizzera. A tal fine un **gruppo di esperti** coordinato dall'UFSP propone, all'inizio del periodo coperto dalla Strategia GRIPS, varie opzioni metodologiche¹⁰ che tengono conto delle esperienze raccolte a livello nazionale e internazionale. Quella prescelta verrà poi applicata¹¹ per stimare il carico di malattia prima della fine del periodo coperto dalla strategia.

¹⁰ Le opzioni metodologiche poggiano sulle esperienze maturate in altri Paesi, raccolte attraverso una revisione non sistematica della letteratura che verrà effettuata nel 2015. Accanto ai dati, le fonti, le modellizzazioni e le estrapolazioni necessarie nonché un eventuale sistema di sorveglianza epidemiologica negli ospedali, il gruppo di esperti propone la definizione di caso (case definition) da applicare allo screening virologico dei pazienti ricoverati. Non sempre, infatti, la definizione di caso proposta è adatta per i gruppi a rischio che presentano quadri clinici atipici, in particolare per i pazienti che presentano un aggravamento acuto di malattie preesistenti (colloquio con il prof. L. Kaiser). Alcuni studi mostrano che oltre il 75 per cento dei casi di malattie gravi dovute all'influenza non era stato registrato come influenza ma come malattia cardiovascolare, malattia polmonare cronica o diabete. Ciò avrebbe potuto essere parzialmente evitato con una migliore definizione di caso (Hirve, 2012).

¹¹ Lo studio sarà oggetto di un bando di concorso che rispetti le esigenze della Confederazione.

Impatto delle misure

In collaborazione con l'UFSP, le autorità sanitarie cantonali, H+ e CURAVIVA (Settore persone anziane), gli stabilimenti sanitari sviluppano un **metodo comune e comprovato** per raccogliere i seguenti dati durante ogni stagione influenzale:

- Dati sul **rispetto delle misure di prevenzione** raccomandate dallo stabilimento sanitario, ovvero 1) dati sul livello di **copertura vaccinale** del personale a contatto con i pazienti, se possibile suddivisi per settore d'attività o reparto e per categoria professionale¹²; 2) dati sulla disponibilità e l'utilizzo di mascherine e di materiale per l'igiene delle mani da parte dei visitatori e del personale a contatto con i pazienti.
- **Percentuale di casi d'influenza nosocomiale, ossia diagnosticata negli stabilimenti sanitari e contratta all'interno di essi** (sindrome influenzale intervenuta 72 ore dopo il ricovero in ospedale o in una struttura residenziale), suddivisa possibilmente per settore d'attività o reparto. Per motivi di costo non è possibile procedere a una ricerca attiva del virus su larga scala negli stabilimenti sanitari. Si raccomanda tuttavia di svolgere indagini puntuali in alcuni istituti e strutture¹³.

Gli attori interessati svolgono studi qualitativi per determinare in modo più preciso i motivi alla base del **rispetto insufficiente delle misure di prevenzione** (ambulatori inclusi), ad esempio dal personale delle istituzioni sanitarie e dalla cerchia familiare delle persone a rischio. Gli studi considerano anche i **fattori strutturali** o i **fattori valoriali** che hanno un impatto sul comportamento. Devono porre l'accento sugli **elementi facilitatori**

¹² Le direzioni delle risorse umane di vari ospedali svizzeri raccolgono già queste informazioni.

¹³ Per sapere se il virus è stato trasmesso dal personale o da un paziente, lo stabilimento sanitario deve determinare il genotipo del virus. Questo permette di orientare meglio gli sforzi per prevenire la trasmissione del virus, ma raddoppia il costo dell'indagine per campione analizzato, che passa da circa 30 a 60 franchi.

che permettono di rimediare al rispetto insufficiente delle misure di prevenzione, compresi i **mezzi per aumentare la fiducia di queste persone nella vaccinazione antinfluenzale**.

- Un'**inchiesta** annuale rappresentativa della popolazione svizzera, analoga a quella condotta per la stagione 2013/14, che permette di stimare la **copertura vaccinale di almeno due gruppi a rischio** (≥ 65 anni e malati cronici) e del **personale sanitario** a contatto con persone ad alto rischio di complicazioni.
- Un **inventario (mapping study)** delle misure, dei progetti, delle politiche e delle attività di prevenzione in corso nei Cantoni, condotto o commissionato dall'UFSP nella prima metà del periodo coperto dalla Strategia GRIPS. Si tratta di misure e progetti di tipo strutturale nonché di misure e iniziative di comunicazione/informazione (ad es. convocazione via SMS di pazienti per la vaccinazione, distribuzione di materiale informativo) promossi dalle autorità cantonali o dagli stabilimenti sanitari. Nella seconda metà del periodo coperto dalla Strategia GRIPS vengono **valutati** i progetti e le misure che sembrano più promettenti a livello di impatto e di costo. Vengono poi **selezionati** quelli più adatti ad essere estesi a tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle differenze regionali.

4.4 Risultati attesi

Carico di malattia

Sono disponibili i seguenti dati:

- stima del numero settimanale di visite mediche dovute a un'**affezione di tipo influenzale (ILI)** durante ogni stagione influenzale;
- stime dei **costi** dell'influenza in base ai dati relativi all'**eccesso di morbilità e mortalità** negli anni per i quali questi dati sono disponibili e per estrapolazione in funzione della gravità delle epidemie.

Impatto delle misure

Per ogni stagione influenzale sono disponibili i seguenti dati raccolti possibilmente da un ampio numero di stabilimenti sanitari:

- dati sul **rispetto delle misure di prevenzione** contro l'influenza, compresa la **copertura vaccinale** del personale a contatto con i pazienti, se possibile suddivisa per settore d'attività o reparto e per categoria professionale;
- **percentuale di casi d'influenza nosocomiale, ossia diagnosticata negli stabilimenti sanitari e contratta all'interno di essi** (sindrome influenzale intervenuta 72 ore dopo il ricovero in ospedale o in una struttura residenziale), suddivisa possibilmente per settore d'attività o reparto.

Nel periodo coperto dalla Strategia GRIPS sono stati condotti:

- almeno tre studi nelle diverse regioni linguistiche sui motivi all'origine del **rispetto insufficiente delle misure di prevenzione** da parte del personale a contatto con i gruppi a rischio e sui provvedimenti correttivi; se possibile gli studi prendono in considerazione anche la cerchia familiare delle persone a rischio;

5 Ambito d'azione 2: protezione dei pazienti

- **inchieste annuali sulla copertura vaccinale** di almeno due gruppi a rischio e del personale sanitario a contatto con le persone ad alto rischio di complicazioni;
- un **inventario (mapping study)** delle misure, dei progetti, delle politiche e delle attività di prevenzione in atto nei Cantoni, una **valutazione** delle misure e dei progetti che sembrano più promettenti a livello di impatto e di costo e una **selezione** di quelli più adatti ad essere estesi a tutto il territorio nazionale.

5.1 Situazione attuale

Il personale delle istituzioni sanitarie (cfr. Glossario) a contatto con le persone assistite (pazienti, ospiti o clienti) non è sempre consapevole dell'importanza di prevenire il rischio di trasmissione dell'influenza nell'assistenza ambulatoriale o residenziale. La trasmissione del virus può avere conseguenze gravi, in particolare perché spesso le persone assistite presentano spesso un rischio elevato di complicazioni in caso di influenza. Durante la stagione 2011/12, per esempio, il 55 per cento dei 152 pazienti degli Ospedali universitari di Ginevra (HUG) ai quali era stata diagnosticata l'influenza l'aveva contratta durante la degenza, ossia per contatto con una persona infetta (personale, visitatori o pazienti). Tra i pazienti ai quali era stata diagnosticata l'influenza, il 48 per cento presentava complicazioni talvolta gravi (Iten, 2012).

Nelle professioni sanitarie, la copertura vaccinale varia fortemente in funzione dell'attività svolta e del luogo di lavoro. Ad esempio, circa l'80 per cento dei medici liberi professionisti e dei loro assistenti si fa vaccinare contro l'influenza. Negli stabilimenti sanitari la percentuale è nettamente inferiore sia tra i medici (dal 30 al 60 % circa) che tra il personale di cura (dal 10 al 30 % circa), in particolare dopo la pandemia del 2009, che si era rivelata relativamente contenuta.

Va detto che la vaccinazione antinfluenzale non è obbligatoria e resta una decisione personale. Il personale sanitario, tuttavia, ha il dovere morale di informarsi in modo esauriente sul tema, di riflettere e di decidere con cognizione di causa se farsi vaccinare o no (Thurnherr, 2003).

5.2 Obiettivo

Le istituzioni sanitarie e gli istituti di formazione per le professioni sanitarie si impegnano attivamente nella prevenzione della trasmissione del virus al fine di proteggere le persone prese a carico.

Il coinvolgimento delle direzioni delle istituzioni sanitarie e degli istituti di formazione per le professioni sanitarie è fondamentale per prevenire i casi d'influenza stagionale all'interno di queste istituzioni. Le direzioni devono garantire che il personale a contatto con i pazienti, i visitatori e le persone prese a carico siano informati sui rischi di trasmissione dell'influenza e adottino le misure di prevenzione rivelatesi efficaci¹⁴. Questo è particolarmente importante perché le assenze dal lavoro dovute a influenza fanno aumentare la pressione sui colleghi, con conseguenze negative sulle persone assistite. Un'ampia indagine condotta su 300 ospedali in nove Paesi europei ha infatti evidenziato che l'onere di lavoro in più che si aggiunge al carico medio sopportato dal personale di cura per ogni nuovo paziente, fa aumentare del 7 per cento la probabilità che un soggetto ricoverato muoia entro 30 giorni dall'ammissione in ospedale (Aiken, 2014).

La riduzione della trasmissione del virus dell'influenza all'interno delle istituzioni sanitarie potrebbe avere un forte impatto sull'obiettivo generale strategico, in quanto permetterebbe di ridurre il numero di casi gravi d'influenza, in particolare nelle persone ad alto rischio di complicazioni.

¹⁴ I pazienti dei reparti di cure intense, oncologia, dialisi, trapianto, ostetricia e neonatologia presentano un rischio di complicazioni particolarmente elevato.

5.3 Misure chiave

Formazione e informazione

I programmi di formazione delle professioni sanitarie affrontano il tema dell'influenza insistendo sulla differenza tra influenza e raffreddore e sull'importanza della vaccinazione. Ogni anno in autunno la vaccinazione antinfluenzale viene proposta agli studenti ma anche agli stagisti e agli operatori sanitari che non sono a contatto diretto con le persone prese a carico e che fungono spesso da moltiplicatori dei messaggi di prevenzione.

Le **informazioni sui vaccini esistenti**, sulla loro efficacia e sui loro limiti sono integrate in modo per quanto possibile equilibrato e comunicate in modo trasparente. Servono inoltre dati quantitativi e immagini incisive sulla **trasmissione del virus all'interno degli stabilimenti** sanitari per preparare gli argomenti atti a sensibilizzare il personale medico e di cura a contatto con i pazienti, anche nell'ambito della formazione.

Coordinamento

Sotto la guida delle autorità sanitarie cantonali, le direzioni delle istituzioni sanitarie si **impegnano attivamente** a:

1. creare un **ambiente di lavoro favorevole al rispetto delle regole di igiene** per il personale a contatto con le persone assistite; ciò include una **dotazione sufficiente di personale** (Aiken, 2014) e **direttive chiare** sulle misure di prevenzione e sulla loro **attuazione** (CDC, 2013);
2. attribuire al personale a contatto con i pazienti maggiori **responsabilità** e un ruolo attivo nell'elaborazione delle campagne di prevenzione e nella loro attuazione. Da uno studio condotto in un ospedale svizzero risulta, ad esempio, che una campagna di vaccinazione contro l'influenza è stata efficace tra il personale medico ma non tra quello infermieristico. Gli autori rilevano che la concezione delle strategie di vaccinazione avrebbe dovuto essere affidata

quanto prima al personale infermieristico (Friedl, 2012:61). In Francia una campagna di informazione top-down fondata sull'idea che la vaccinazione è un atto altruistico, condotta in 43 centri geriatrici, non ha evidenziato un aumento significativo della copertura vaccinale del personale sanitario rispetto al gruppo di controllo. L'anno successivo, in 36 dei 43 centri geriatrici è stata condotta una campagna di informazione bottom-up che nella **fase di attuazione ha coinvolto il personale sanitario**, in particolare i **leader di opinione**. La campagna, **adattata ai gruppi professionali bersaglio**, ha sottolineato la **necessità di proteggersi** dall'influenza e ha permesso di raggiungere una copertura vaccinale del 44 per cento nel gruppo di intervento contro il 27 per cento nel gruppo di controllo (Rothan-Tondeur, 2011). Da ultimo, secondo un recente studio qualitativo condotto presso infermieri e naturopati in Svizzera, i fattori che hanno favorito la decisione di farsi vaccinare sono la pressione esercitata dai colleghi, la disponibilità di informazioni considerate imparziali (ossia non condizionate da interessi economici o di altro genere), la consapevolezza dell'aspetto etico e deontologico della prevenzione delle malattie, il coinvolgimento nell'elaborazione delle campagne e le «gare di vaccinazione» all'interno dell'ospedale. Le raccomandazioni del datore di lavoro, invece, hanno minore importanza (Tatzel, 2014);

3. sostenere l'**organizzazione di campagne di vaccinazione** del personale a contatto con le persone assistite. A tal fine si può utilizzare una checklist (UFSP, 2012). Per ottenere un impatto sul personale vanno adottati approcci creativi e innovativi. Da alcuni studi condotti in Svizzera è infatti risultato che le campagne basate su una lettera con argomenti volti a confutare le idee errate, colloqui educativi con i capi infermieri e la possibilità di farsi vaccinare senza appuntamento sul luogo di lavoro aumentano considerevolmente il tasso di copertura vaccinale tra i medici ma non tra gli infermieri (Tapiainen, 2005 ; Friedl, 2012). Si sono ottenuti risultati analoghi anche in Germania, dopo

una campagna di informazione estesa a circa 2000 ospedali. La campagna a costo contenuto (45 000 dollari USA e una persona a tempo pieno per due mesi) ha permesso di aumentare la copertura vaccinale dei medici dal 21 al 31 per cento e, in misura non significativa, quella degli infermieri dal 20 al 22 per cento (Leitmeyer, 2006);

4. creare un **sistema interattivo e costruttivo** per monitorare il rispetto, durante l'intera stagione influenzale, delle misure di prevenzione raccomandate (vaccinazione, mascherina, igiene delle mani e isolamento a casa) da parte del personale a contatto con i pazienti, dei pazienti e dei visitatori allo scopo di proteggere le persone assistite e il personale. Uno studio mostra ad esempio che l'uso di mascherine chirurgiche da parte dei pazienti con influenza riduce considerevolmente la trasmissione del virus tra il personale e gli altri pazienti (Milton, 2013);
5. fornire, sia all'interno dell'istituzione sia al pubblico, un'informazione **trasparente** sulle misure di prevenzione adottate e sulla loro efficacia.

Le autorità sanitarie cantonali trasmettono alle direzioni degli istituti medico-sociali (IMS) direttive che includono i punti summenzionati.

Definizione e verifica degli standard di qualità

Gli attori nazionali che partecipano alla sorveglianza, alla prevenzione e alla lotta contro le infezioni nosocomiali come pure allo sviluppo della qualità si adoperano per inserire due indicatori nel **piano di misurazione del Contratto nazionale di qualità** o in altre misurazioni per garantire la qualità delle cure)¹⁵. Si tratta della **copertura vaccinale del personale a contatto con i pazienti** e della **percentuale di casi d'influenza nosocomiale, ossia diagnosticata negli stabilimenti sanitari e trasmessa all'interno di essi** (sindrome influenzale intervenuta 72 ore dopo il ricovero). Questo avviene in coordinamento con la Strategia della qualità nel sistema sanitario

6 Ambito d'azione 3: promozione della vaccinazione

svizzero e la Strategia nazionale per la sorveglianza, la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali (Strategia NOSO, cfr. anche capitolo Punti di contatto con altre strategie).

5.4 Risultati attesi

È messo a punto un sistema di sorveglianza dei casi d'influenza trasmessi negli stabilimenti sanitari. La realizzazione di attività di prevenzione dell'influenza in questi stabilimenti è coordinata con la Strategia nazionale per la sorveglianza, la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali (Strategia NOSO).

La copertura vaccinale del personale medico e di cura delle istituzioni sanitarie (senza studi medici) raggiunge il 50 per cento, contro il 22 per cento nella stagione influenzale 2010/11 (Frey, 2012).

La copertura vaccinale dei medici liberi professionisti e dei loro assistenti non scende al di sotto della soglia registrata durante la stagione influenzale 2010/11 (80 %).

La popolazione può informarsi sugli standard, le misure di prevenzione dell'influenza nelle istituzioni e la loro efficacia.

6.1 Situazione attuale

Come risulta dalla valutazione della Stratégie de communication pour la prévention de la grippe saisonnière 2008-2012 (Frey, 2012), gli obiettivi di copertura vaccinale dei gruppi a rischio e della loro cerchia familiare non sono stati raggiunti. Dopo la stagione 2010/11, la copertura vaccinale dei gruppi ad alto rischio di complicazioni era del 42 per cento (contro il valore target della strategia precedente pari al 75 %) e quella delle persone a stretto contatto con questi gruppi a rischio era del 26 per cento (valore target 50 %).

In alcuni Cantoni romandi, le persone di 65 anni e oltre hanno acconsentito più spesso a farsi vaccinare quando la vaccinazione era stata proposta da uno studente di medicina prima di una visita medica (Birchmeyer, 2002). Nel Canton Vaud una campagna di informazione mirata ha permesso di aumentare la copertura vaccinale del gruppo degli ultrasessantacinquenni che altrimenti non si recano dal medico (Luthi, 2002).

6.2 Obiettivo

I moltiplicatori dei messaggi di prevenzione, le persone ad alto rischio di complicazioni e i loro familiari conoscono i vantaggi e i limiti della vaccinazione contro l'influenza. Grazie a queste conoscenze le persone a rischio e la loro cerchia familiare si proteggono facendosi vaccinare.

La comunicazione deve orientarsi specificamente a questi gruppi bersaglio e rispondere ai loro bisogni, tematizzando i timori, i dubbi e le riserve in merito alla vaccinazione e presentando argomenti appropriati per confutarli. A tal fine è necessario coinvolgere nell'elaborazione non solo i gruppi di attori in grado di diffondere i messaggi di prevenzione (moltiplicatori), ma anche i gruppi bersaglio, che sono i più indicati per valutare in base alla loro esperienza diretta l'impatto dei messaggi e l'efficacia dei canali utilizzati. Tra i moltiplicatori, i medici, il personale infermieristico, gli assistenti, i farmacisti, i dentisti e i

¹⁵ Ad esempio, la Francia ha incluso il tasso di vaccinazione antinfluenzale del personale sanitario tra gli otto indicatori pubblicati della qualità/sicurezza delle cure negli stabilimenti sanitari. www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130410_infectionsoinsindicateurs.pdf

media svolgono un ruolo chiave per trasmettere alla popolazione informazioni chiare, oggettive e basate su prove scientifiche in merito alla vaccinazione antinfluenzale. Da ultimo, occorre facilitare e ottimizzare l'accesso alla vaccinazione.

6.3 Misure chiave

Misure connesse all'elaborazione del materiale informativo e alla sua distribuzione

L'UFSP coordina l'elaborazione da parte della Confederazione e dei Cantoni di un **piano di comunicazione congiunto**. I lavori di pianificazione della Strategia GRIPS hanno evidenziato l'importanza di tre elementi nella strategia di comunicazione:

- La comunicazione destinata ai gruppi a rischio e alla loro cerchia familiare deve includere le informazioni necessarie per permettere ai diretti interessati di scegliere di farsi vaccinare per proteggere sé stessi o una persona vicina a rischio. Questo modo di informare introduce un cambiamento di paradigma e un approccio di empowerment.
- Il materiale informativo deve tener conto delle **differenze culturali, delle caratteristiche regionali** (città/campagna, lingue ecc.), delle **professioni** e delle **sensibilità dei gruppi bersaglio** e rispecchiare al contempo le conoscenze scientifiche più aggiornate. Le valutazioni condotte nell'ambito della campagna «Uniti contro l'influenza» hanno ad esempio mostrato differenze di sensibilità negli ultrasessantacinquenni: tendenzialmente le donne avevano poca fiducia nel vaccino, mentre gli uomini ritenevano di non essere a rischio influenza (Toscani, 2003).

- Occorre **identificare i moltiplicatori chiave** e le modalità per coinvolgerli nella diffusione di informazioni e nella promozione della vaccinazione. Poiché il ricorso ad essi ha permesso di ottenere risultati positivi in Svizzera, l'UFSP e gli altri attori interessati continueranno a mettere a loro disposizione materiale informativo e supporti comunicativi (Frey, 2012).

Misure di promozione della vaccinazione connesse al sistema sanitario

Durante i lavori di pianificazione strategica sono state evidenziate quattro misure chiave connesse al sistema sanitario che sono prioritarie per aumentare la copertura vaccinale dei gruppi bersaglio:

1. I medici curanti, gli assistenti domiciliari e i farmacisti spiegano alle persone ad alto rischio di complicazioni la differenza in termini di efficacia tra il vaccino somministrato ai soggetti a rischio e quello somministrato alle persone più giovani e in buona salute. Sottolineano quanto sia importante che anche **i familiari si facciano vaccinare** per prevenire il rischio contagio. Talvolta, infatti, i soggetti a rischio non spiegano ai loro familiari l'importanza di farsi vaccinare o non la comunicano in modo adeguato. Sarebbe quindi utile che i moltiplicatori mettessero a disposizione delle persone a rischio **schede informative** o **opuscoli** (in formato cartaceo o elettronico) da **distribuire ai familiari**. L'UFSP appronta questo materiale e lo mette a disposizione dei moltiplicatori.

2. I promemoria ai pazienti (patient reminders) con l'invito a farsi vaccinare si sono rivelati un metodo efficace per aumentare la copertura vaccinale (Jacobson Vann, 2005). È quindi raccomandabile che le persone ad alto rischio di complicazioni siano **convocate** per quanto possibile **sistematicamente** per SMS, email, telefono o lettera d'invito dal loro medico – o dal farmacista se non seguono un trattamento – per la vaccinazione o siano invitate a **fissare un appuntamento** dal medico per farsi vaccinare. A tal fine viene sempre più spesso utilizzato il libretto di vaccinazione elettronico (cfr. Glossario). I cittadini possono creare o far creare da un professionista (medico/farmacista) un libretto di vaccinazione elettronico sul sito lemievaccinazioni.ch e farlo validare o completare da un medico o un farmacista. In collaborazione con l'UFSP e in funzione dell'avanzamento dei lavori, i Cantoni informano i medici e i farmacisti sulle nuove opportunità offerte dal progetto «cartella di vaccinazione informatizzata» di eHealth Suisse.
3. Le misure di comprovata efficacia, come la giornata nazionale di vaccinazione contro l'influenza, vanno portate avanti o sviluppate. Oltre alla Giornata nazionale di vaccinazione contro l'influenza, sono organizzati **servizi di informazione e di vaccinazione a bassa soglia** in funzione dei bisogni e delle basi normative cantonali¹⁶, ad esempio nelle farmacie¹⁷, negli ospedali, nei centri medici con servizio di picchetto, nelle aziende, nelle ONG o attraverso il servizio Spitex. A tal fine, la Confederazione e i Cantoni valutano la fattibilità e intraprendono i passi necessari (anche a livello normativo) per conferire a determinate categorie professionali, come gli infermieri e i farmacisti¹⁸, la competenza e l'autorizzazione a somministrare il vaccino antinfluenzale senza ricetta medica. Ad esempio, ha incontrato ampio favore tra gli ultrasessantacinquenni la presenza di un **centro di vaccinazione senza appuntamento e a basso costo** all'interno di una clinica che fornisce assistenza sanitaria di base a Ginevra e i cui pazienti appartengono per lo più a fasce a basso reddito e non parlano il francese (Humair, 2002).

4. L' **approvvigionamento di vaccini** negli **studi medici** e nelle **farmacie** è ottimizzato. L'UFSP coordina un tavolo di discussione con gli attori interessati.

Le misure di promozione della vaccinazione che non riguardano specificamente l'influenza saranno trattate anche nel futuro **Programma nazionale di vaccinazione** (cfr. capitolo Punti di contatto con altre strategie).

6.4 Risultato atteso

La copertura vaccinale delle persone a stretto contatto con i gruppi a rischio (eccetto il personale delle istituzioni sanitarie) e delle persone a rischio elevato di complicazioni non scende al di sotto della soglia osservata durante la stagione influenzale 2010/11, ossia rispettivamente 25 e 40 per cento.

¹⁶ L'inventario (mapping study) delle misure e dei progetti previsti nell'ambito d'azione 1 preciserà anche le basi normative cantonali esistenti, in particolare per quanto riguarda l'autorizzazione a somministrare il vaccino contro l'influenza senza ricetta medica.

¹⁷ La rete delle farmacie copre soprattutto vaste zone degli agglomerati. La Conferenza sull'armonizzazione della preparazione a una pandemia ha rilevato che in caso di pandemia le farmacie possono fungere da potenziali centri vaccinali, a condizione però che possano effettuare vaccinazioni antinfluenzali anche nei periodi interpandemici (Conferenza sull'armonizzazione della preparazione a una pandemia del 28 aprile 2014).

¹⁸ Concerne i farmacisti che hanno ottenuto un certificato di formazione complementare FPH Vaccinazione e prelievo di sangue o che hanno acquisito le necessarie competenze durante la formazione di base o la formazione continua.

7 Compiti e responsabilità degli attori principali

Misure chiave	UFSP e Sentinella	Cantoni	Associazioni di categoria	Direzioni delle istituzioni sanitarie	Personale medico e di cura	Medici liberi professionisti	Laboratori	Farmacie	Istituti di formazione	Istituti di ricerca
1. Ricerca in salute pubblica										
Raccogliere i dati di routine sulle afezioni di tipo influenzale (ILI) e sui casi d'influenza confermati in laboratorio .	X				X	X	X			
Stimare il carico di malattia dell'influenza in Svizzera (morbilità, mortalità, costi).	X									X
Raccogliere i dati sul rispetto delle misure di prevenzione (copertura vaccinale del personale a contatto con i pazienti e altre misure) .		X	X	X						
Rilevare la percentuale di casi d'influenza diagnosticata negli stabilimenti sanitari e contratta all'interno di essi .		X	X	X			X			
Condurre studi qualitativi sui motivi del rispetto insufficiente delle misure di prevenzione da parte del personale a contatto con i gruppi a rischio e sui provvedimenti correttivi .	X	X		X				X		X
Svolgere ogni anno un' inchiesta nazionale sulla copertura vaccinale degli ultrasessantacinquenni, dei malati cronici e del personale sanitario a contatto con persone a rischio.	X									
Stilare un inventario delle misure e dei progetti di prevenzione influenzale nei Cantoni, individuare quelli più promettenti e selezionare quelli più adatti ad essere estesi a livello nazionale.	X	X								

X Indicazione dell'attore/istituzione che coordina le misure o che ne è responsabile.

Misure chiave	UFSP	Cantoni	Associazioni di categoria	Direzioni delle istituzioni sanitarie	Personale medico e di cura	Medici liberi professionisti	Laboratori	Farmacie	Istituti di formazione	Istituti di ricerca
2. Protezione dei pazienti										
Integrare il tema dell'influenza nella formazione delle professioni sanitarie e prevedere possibilità di vaccinazione sul posto .	X		X		X	X		X	X	
Nell'informazione e nella formazione utilizzare dati quantitativi e immagini incisive sulla trasmissione del virus all'interno degli stabilimenti sanitari .	X		X	X	X	X			X	
Motivare le direzioni delle istituzioni sanitarie affinché creino un ambiente di lavoro favorevole al rispetto delle regole di igiene da parte del personale, attribuiscono al personale un ruolo attivo nell'elaborazione delle campagne di prevenzione e nella loro attuazione, sostengano l' organizzazione di campagne di vaccinazione del personale e creino un sistema interattivo e costruttivo per monitorare il rispetto delle misure di prevenzione raccomandate.				X	X	X				
Valutare l'opportunità di inserire la copertura vaccinale del personale a contatto con i pazienti e la percentuale di casi d'influenza nosocomiale (diagnosticata negli stabilimenti sanitari e contratta all'interno di essi) nel piano di misurazione del Contratto nazionale di qualità o in altre misure di qualità delle cure.	X		X	X	X					
Fornire, sia all'interno dell'istituzione che all'esterno, un'informazione trasparente sulle misure di prevenzione adottate e sulla loro efficacia.				X						

X Indicazione dell'attore/istituzione che coordina le misure o che ne è responsabile.

8 Ripercussioni finanziarie della strategia

Misure chiave	UFSP	Cantoni	Associazioni di categoria	Direzioni delle istituzioni sanitarie	Personale medico e di cura	Medici liberi professionisti	Laboratori	Farmacie	Istituti di formazione	Istituti di ricerca
3. Promozione della vaccinazione										
Elaborare un piano di comunicazione congiunto (Confederazione e Cantoni).	X	X	X	X	X	X		X	X	
Spiegare alle persone ad alto rischio di complicazioni quanto sia importante che anche i familiari si facciano vaccinare per prevenire il rischio di contagio.	X		X		X	X		X		
Approntare schede informative attrattive che le persone a rischio possono distribuire alla cerchia familiare .	X		X			X		X		
Contattare sistematicamente le persone ad alto rischio di complicazioni invitandole a farsi vaccinare.		X				X		X		
Organizzare servizi d'informazione e di vaccinazione a bassa soglia in funzione dei bisogni e delle basi normative cantonali, ad esempio nelle farmacie, negli ospedali, nei centri medici aperti 24 ore su 24 (mini ospedali), nelle aziende, nelle ONG o attraverso il servizio Spitex.	X	X		X	X	X		X		
Ottimizzare l' approvvigionamento di vaccini negli studi medici e nelle farmacie .	X					X		X		

X Indicazione dell'attore/istituzione che coordina le misure o che ne è responsabile.

Ripercussioni finanziarie per L'UFSP

Si prevede che le spese annue dell'UFSP per l'attuazione della Strategia GRIPS si situeranno a un livello analogo a quello degli ultimi cinque anni.

Nel settore della **ricerca in salute pubblica** si registrerà un picco di spesa nei primi due anni (cfr. tabella), riconducibile da un lato allo studio sul carico di malattia, dall'altro agli studi qualitativi sui motivi del rispetto insufficiente delle misure di prevenzione da parte del personale a contatto con i gruppi a rischio. Nel periodo considerato, le spese connesse all'inchiesta nazionale sulla copertura vaccinale dei tre gruppi bersaglio e le spese in risorse umane resteranno stabili.

Si prevede che le spese in risorse umane rimangano stabili anche negli altri due ambiti d'azione. In quello della **promozione della vaccinazione** si aggiungono le spese per il materiale informativo sulla prevenzione dell'influenza (media e produzione) e il contributo finanziario all'organizzazione della Giornata nazionale di vaccinazione.

Spese annuali dell'UFSP per l'attuazione della Strategia GRIPS (in migliaia di franchi)

Spese annuali	2015/ 2016	2016/ 2017	2017/ 2018	2018/ 2019
1. Ricerca in salute pubblica	425	500	375	375
2. Protezione dei pazienti	100	100	100	100
3. Promozione della vaccinazione	400	400	400	400
Totale	925	1000	875	875

Punti di contatto con altre strategie

Ripercussioni finanziarie per le autorità sanitarie cantonali

Le autorità cantonali saranno chiamate a partecipare finanziariamente ai costi della **ricerca in salute pubblica** facendosi carico delle spese legate alla ricerca attiva dei casi di infezioni nosocomiali da influenza negli istituti medico-sociali (IMS)¹⁹.

Se da un lato non si prevedono spese aggiuntive a carico delle autorità cantonali nel settore della **sicurezza dei pazienti**, dall'altro è possibile che le spese per la **promozione della vaccinazione** aumentino. Tuttavia, nei Cantoni in cui vi sono già centri di vaccinazione a bassa soglia non si prevede un incremento sostanziale delle spese per l'attuazione della Strategia GRIPS.

In ultima analisi, i risultati dell'inventario (mapping study) previsto nel settore della ricerca in salute pubblica e stilato dall'UFSP permetteranno ai Cantoni di definire meglio le spese da sostenere per ottimizzare gli interventi.

Ripercussioni finanziarie per gli altri attori

Nel settore della **ricerca in salute pubblica** è possibile che le **istituzioni sanitarie** che non raccolgono dati sul rispetto delle misure di prevenzione o sui casi d'influenza diagnosticata negli stabilimenti sanitari e contratta all'interno di essi (influenza nosocomiale) debbano sostenere spese supplementari. Genereranno spese anche gli studi qualitativi sui motivi del rispetto insufficiente delle misure di prevenzione da parte del personale a contatto con i gruppi a rischio. Nel settore della **sicurezza dei pazienti**, le spese a carico delle direzioni delle istituzioni sanitarie saranno probabilmente limitate nel tempo: le misure da adottare si aggiungeranno ai lavori già in corso per garantire la sicurezza delle persone assistite.

Per gli **istituti di formazione** potrebbe esserci un aumento di spesa legato agli adeguamenti necessari dei programmi di formazione e alla possibilità per gli studenti e gli stagisti di farsi vaccinare sul posto.

Programma nazionale di vaccinazione (National Immunisation Program, NIP)

In collaborazione con gli attori principali, l'UFSP sta elaborando un Programma nazionale di vaccinazione (NIP) il cui obiettivo generale è di garantire una protezione per quanto possibile adeguata della popolazione contro le malattie infettive che possono essere evitate grazie a un vaccino. I tre ambiti principali nei quali si concentrano i lavori sono l'accesso, gli incentivi per fornitori di prestazioni e la promozione delle competenze sanitarie. Il programma NIP fungerà da programma quadro per altre strategie che implicano una profilassi vaccinale, inclusa la Strategia GRIPS.

Piano pandemico svizzero

Per i principali attori coinvolti (Confederazione, Cantoni, privati) il Piano pandemico svizzero influenza rappresenta un importante strumento per pianificare la preparazione ad una pandemia e sostenere il coordinamento internazionale. Per ogni fase sono descritti le misure da adottare e il loro scopo nonché il ruolo dei diretti interessati.
(Cfr. anche www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=it)

Strategia nazionale per la sorveglianza, la lotta e la prevenzione delle infezioni nosocomiali (strategia NOSO)

Questa strategia è in fase di elaborazione e verrà implementata dal 2016. Si prevede che sarà strettamente correlata con la Strategia GRIPS e con le successive strategie di prevenzione dell'influenza. Il secondo ambito d'azione GRIPS, ossia la protezione dei pazienti, concerne innanzitutto la prevenzione della trasmissione del virus all'interno degli stabilimenti sanitari. La strategia NOSO rientra nelle priorità di politica sanitaria del Consiglio federale («Sanità2020»).

(Cfr. anche www.bag.admin.ch/themen/medizin/14888/index.html?lang=it)

¹⁹ Le spese per i prelievi, la spedizione e le analisi ammontano a circa 32,50 franchi per campione (comunicazione di Samuel Cordey)

Strategia della qualità nel sistema sanitario svizzero

Nel 2009 il Consiglio federale ha approvato la Strategia della qualità nel sistema sanitario svizzero e nel 2011 il rapporto sulla sua concretizzazione, gettando le basi dell'attività della Confederazione nel settore della qualità e della sicurezza dei pazienti. L'attuazione della strategia concerne la fornitura di prestazioni nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e figura tra le priorità definite dal Consiglio federale nella strategia «Sanità2020». (Cfr. anche www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/14791/index.html?lang=it)

Strategia nazionale contro le resistenze agli antibiotici (StAR)

La strategia è in fase di elaborazione e verrà attuata dal 2016. Oltre a considerare le infezioni nosocomiali, prevede la promozione della vaccinazione. In particolare, promuove la somministrazione di vaccini come mezzo per prevenire le infezioni virali e batteriche (ad es. infezioni secondarie provocate dall'influenza) e ridurre l'impiego di antibiotici. La strategia StAR figura tra le priorità definite dal Consiglio federale nella strategia «Sanità2020». (Cfr. anche www.bag.admin.ch/themen/medizin/14226/index.html?lang=it)

Programma nazionale alimentazione e attività fisica (PNAAF) 2008–2012

L'alimentazione è un determinante fondamentale della risposta immunitaria. La sovralimentazione e l'obesità riducono l'immunità, mentre la carenza di proteine e micronutrienti causa l'alterazione delle risposte immunitarie (Chandra, 2002). Le misure di prevenzione raccomandate dal PNAAF nel settore dell'alimentazione e dell'attività fisica permettono di rinforzare le difese naturali contro le infezioni come l'influenza. Tuttavia, non bastano da sole a fornire una protezione efficace contro l'influenza. (Cfr. anche www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13227/index.html?lang=it)

Carico di malattia (burden of disease):

impatto medico, sociale ed economico di un problema di salute su una popolazione. Il carico di malattia si misura in base ai costi, alla morbilità, alla mortalità o ad altri indicatori. Gli indicatori economici sono rappresentati dai costi diretti delle cure sanitarie e dai costi indiretti legati alla perdita di produttività (assenze dal lavoro).

Caso grave d'influenza stagionale:

persona ricoverata in ospedale con influenza confermata da test di laboratorio; la definizione è conforme a quella dell'ECDC: person admitted to hospital with a laboratory-confirmed influenza infection (ECDC, 2012).

Istituzioni sanitarie:

stabilimenti sanitari e settore delle cure ambulatoriali, ossia gli studi medici, i farmacisti e l'assistenza domiciliare (ad es. Spitex).

Libretto di vaccinazione elettronico:

versione elettronica del libretto di vaccinazione cartaceo che contiene informazioni supplementari, ad esempio malattie precedenti, allergie, medicazione attuale, situazione immunitaria. Fa parte della cartella informatizzata del paziente (CIP) e può essere utilizzata in tutta la Svizzera. (Cfr. anche www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00135/00218/00249/index.html?lang=it)

Moltiplicatori:

gruppi di attori in grado di diffondere i messaggi chiave sull'influenza e sulle misure di prevenzione. In questo gruppo rientrano principalmente gli operatori sanitari (sia nelle strutture stazionarie che in quelle ambulatoriali), le autorità cantonali, i media, i datori di lavoro, i farmacisti e gli insegnanti.

Riferimenti bibliografici

Personale delle istituzioni sanitarie:

medici, personale infermieristico, personale medico-tecnico, personale medico terapeutico, servizi sociali, personale di servizio (servizio alberghiero), servizi tecnici (compreso il personale della farmacia) e personale amministrativo (secondo la classificazione dell'Ufficio federale di statistica).

Stabilimenti sanitari:

il termine comprende gli ospedali che forniscono assistenza sanitaria di base e le cliniche specializzate come pure gli istituti socio-sanitari residenziali, comprese le case per anziani, gli istituti medico-sociali, gli istituti per invalidi, gli istituti per la cura delle dipendenze e gli istituti per casi psico-sociali (secondo la classificazione dell'Ufficio federale di statistica).

Aiello AE, Murray GF, Perez V et al. Mask Use, Hand Hygiene, and Seasonal Influenza-Like Illness among Young Adults: A Randomized Intervention Trial. *J Inf Dis*, 2010; 201: 491-8.

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. for the RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 25 febbraio 2014, pii: S0140-6736(13)62631-8 [pubblicazione elettronica prima della stampa]

Assemblea mondiale della sanità. Lutte contre les pandémies et les épidémies annuelles de grippe. *WHA 56.19*, 2003. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa56r19.pdf

Beauté J, Broberg E, Plata F et al. Overrepresentation of influenza A(H1N1) pdm09 virus among severe influenza cases in the 2011/12 season in four European countries. *Euro Surveillance*, 2012; 17(9). www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20105

Birchmeier M, Favrat B, Pécoud A et al. Improving influenza vaccination rates in the elderly. *J Fam Pract*, ottobre 2002; 51(10):856.

Bosch-Capblanch X, Christian Auer C, Olifson S. The relevance of research evidence in informing vaccination policies in Switzerland. Poster presentato al Geneva Health Forum, aprile 2014. <http://ghf.g2hp.net/2014/02/25/the-relevance-of-research-evidence-in-informing-vaccination-policies-in-switzerland>

Brinkhof M, Spoerri A, Birrer A, Hagman R, Koch D, Zwahlen M. Influenza-attributable mortality among the elderly in Switzerland: Estimates and trend assessment for the years 1969–1999. *Swiss Med Wkly*, 13 maggio 2006, 136(19-20):302-9.

Caille-Brillet AL, Raude J, Lapidus N et al. Trends in influenza vaccination behaviours – results from the CoPanFlu cohort, France, 2006 to 2011. *Euro Surveillance*, 7 novembre 2013, 18(45):20628.

Carman WF, Elder AG, Wallace LA et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2000, 355: 93–97.

Centers for Disease Control and Prevention. Prevention strategies for seasonal influenza in healthcare settings: Guidelines and recommendations. Atlanta, gennaio 2013. www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/healthcaresettings.htm

Chandra RK. Nutrition and the immune system from birth to old age. *Eur J Clin Nutr*. Agosto 2002; 56 Suppl 3:S73-6.

Consiglio dell'Unione europea. Raccomandazione del Consiglio del 22 dicembre 2009 relativa alla vaccinazione contro l'influenza stagionale (2009/1019/UE). Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, 2009, Bruxelles, L 348/71; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:348:0071:0072:IT:PDF>

Frey K, Fontana MC, Itin A et al. Evaluation de la stratégie de communication pour la prévention de la grippe saisonnière 2008-2012. Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr. 9, Università di Zurigo, 2012. www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02073/11568/index.html?lang=fr

Friedl A, Aegerter C, Saner E, Meier D, Beer JH. An intensive 5-year-long influenza vaccination campaign is effective among doctors but not nurses. *Infection*, febbraio 2012; 40(1):57-62.

Heymann D.L. *Control of Communicable Diseases Manual*. 19th edition, APHA press, 2008, Washington.

Hayward AC, Harling R, Wetten S et al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 2006;333(7581):1241.

Hirve S, Chadha M, Lele P et al. Performance of case definitions used for influenza surveillance among hospitalized patients in a rural area of India. *Bull World Health Organ*, 1^o novembre 2012; 90(11):804-12.

Humair JP, Buchs CR, Stalder H. Promoting influenza vaccination of elderly patients in primary care. *Fam Pract*, agosto 2002, 19(4):383-9.

Iten A, Siegrist CA, Kaiser L, Perrier A, Pittet D. Prévention de la grippe dans les hôpitaux : un défi à relever. *Bollettino UFSP*, 2012; 41:696-698. www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/11505/12789/index.html?lang=fr

Jacobson Vann JC, Szilagyi P. Patient reminder and recall systems to improve immunization rates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3.

Klugman K.P., Chien W., Madhi S.A. Pneumococcal pneumonia and influenza: A deadly combination. *Vaccine*, 2009; 27(Suppl. 3):C9-14.

Kwong JC, Vasa PP, Campitelli MA et al. Risk of Guillain-Barré syndrome after seasonal influenza vaccination and influenza health-care encounters: a self-controlled study. *Lancet Infect Dis*, settembre 2013; 13(9):769-76.

Leitmeyer K, Buchholz U, Kramer M et al. Influenza vaccination in German health care workers: effects and findings after two rounds of a nationwide awareness campaign. *Vaccine*, 17 novembre 2006; 24(47-48):7003-8.

Luthi JC, Méan F, Ammon C, Burnand B. Evaluation of a population-based prevention program against influenza among Swiss elderly people. *Swiss Med Wkly*, 23 novembre 2002; 132(41-42):592-7.

Milton DK, Fabian MP, Cowling BJ et al. Influenza virus aerosols in human exhaled breath: particle size, culturability, and effect of surgical masks. *PLoS Pathog*, marzo 2013; 9(3):e1003205.

Piercy J, Miles A. The economic impact of influenza in Switzerland – Interpandemic situation. *Mapi Values*, febbraio 2003.

Reichert TA, Sugaya N, Fedson DS et al. The Japanese Experience with Vaccinating Schoolchildren against Influenza. *N Engl J Med*, 2001; 344(12):889–896.

Riphagen-Dalhuisen J, Burgerhof JG, Frijstein J et al. Hospital-based cluster randomised controlled trial to assess effects of a multi-faceted programme on influenza vaccine coverage among hospital healthcare workers and nosocomial influenza in the Netherlands, 2009 to 2011. *Euro Surveill*, 2013; 18(26):pii=20512.

Rothan-Tondeur M, Filali-Zegzouti Y, Golmard JL et al. Randomised active programs on healthcare workers' flu vaccination in geriatric health care settings in France: the VESTA study. *J Nutr Health Aging*, febbraio 2011; 15(2):126-32.

SAGE. Riunione del Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, aprile 2012 – conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, maggio 2012; 87,201–216. www.who.int/wer/2012/wer8721.pdf

Tapiainen T, Bär G, Schaad UB, Heininger U. Influenza vaccination among healthcare workers in a university children's hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, novembre 2005; 26(11):855-8.

Tatzel J. Exploring the factors that contribute to influenza vaccination non-compliance of medical staff in rural Switzerland. Tesi di master in salute pubblica (MPH) all'Università di Liverpool e ricerca svolta all'interno dell'UFSP, marzo 2014 [non pubblicata].

Thomas RE, Jefferson TO, Demicheli V et al. Influenza vaccination for health-care workers who work with elderly people in institutions: a systematic review. *Lancet Infect Dis*, 2006; 6(5):273–279.

Thompson WW, Shay DK, Weintraub E et al. Influenza-associated hospitalizations in the United States. *JAMA*. 15 settembre 2004; 292(11):1333-40.

Thurnherr U. Le personnel médical est-il tenu moralement de se faire vacciner contre la grippe? *Bollettino UFSP*, 2003; 5:63-65.

Toscani L, Gauthey L, Robert CF. The information network of senior citizens in Geneva, Switzerland, and progress in flu vaccination coverage between 1991 and 2000. *Vaccine*, 17 gennaio 2003; 21(5-6):393-8.

Udell JA, Zawi R, Bhatt DL et al. Association between influenza vaccination and cardiovascular outcomes in high-risk patients: a meta-analysis. *JAMA*, 23 ottobre 2013, 310(16):1711-20.

Ufficio federale della sanità pubblica. Stratégie nationale visant à promouvoir la vaccination contre la grippe de 2008 à 2012. *Bollettino UFSP*, 2008; 41:709-713. www.bag.admin.ch/pdf_link.php?lang=fr&download=BU41_08f

Ufficio federale della sanità pubblica. Recommandations pour la vaccination contre la grippe. UFSP, Berna, settembre 2011.

Ufficio federale della sanità pubblica. Checklist per l'organizzazione di azioni di vaccinazione contro l'influenza destinate al personale medico e al personale curante. Berna, 2012. www.bag.admin.ch/influenza/01118/01123/13391/index.html?lang=it

Ufficio federale della sanità pubblica. Piano pandemico svizzero influenza. Strategie e misure di preparazione a una pandemia influenzale. Berna, 3a edizione, ottobre 2013. www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=it

Ufficio federale della sanità pubblica. Grippe saisonnière 2013/2014: Épidémiologie, virologie, approvisionnement en vaccins et composition des vaccins. Bollettino UFSP, 2014; 27:459-466.

Van Buynder PG, Konrad S, Van Buynder JL et al. The comparative effectiveness of adjuvanted and unadjuvanted trivalent inactivated influenza vaccine (TIV) in the elderly. *Vaccine*. 9 dicembre 2013; 31(51):6122-8.

VanWormer JJ, Sundaram ME, Meece JK et al. A cross-sectional analysis of symptom severity in adults with influenza and other acute respiratory illness in the outpatient setting. *BMC Infectious Diseases*, maggio 2014, 14:231.

Sigla editoriale

© Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Editore: Ufficio federale della sanità pubblica, dicembre 2014

Informazioni: Sezione Strategie, principi e pianificazione (SGP), UFSP, 3003 Berna
Telefono +41 (0)58 463 87 06, epi@bag.admin.ch
<https://www.bundespublikationen.admin.ch>

Questa pubblicazione è disponibile anche in francese e tedesco.
Può essere scaricata in formato PDF.

Direzione del progetto: Hans C. Matter, capo della Sezione Strategie, principi e pianificazione (SGP), UFSP
Responsabile del progetto: Sylvie Olifson (SGP), UFSP
Team di redazione: Sylvie Olifson, Rita Born, Nadine Eckert, Sirkka Mullis
Team di progetto: Rita Born, Catherine Bourquin, Nadine Eckert, Deborah Gaspoz, Nora Grunder, Judith Hanhart, Marcel Marti, Patrick Mathys, Hans Matter, Sirkka Mullis, Sylvie Olifson, Ulrike Schröder, Mike Schüpbach, Jutta Tatzel, Sabine Walser

Layout: 2C Communication GmbH

Numero di pubblicazione UFSP: 2014-OEG-66

Ordinazioni: 3200 d, 1200 f, 400 i
UFCL, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna
www.pubblicazionifederali.admin.ch, vendita.civile@bbl.admin.ch
Numero di ordinazione: 316.510.i

Riproduzione autorizzata con indicazione della fonte (anche sotto forma di estratti)

Stampato su carta sbiancata senza cloro