



## STUDI DAL TERRITORIO

### LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE DEL PERSONALE SANITARIO DELL'OSPEDALE S. CHIARA DI TRENTO

Pirous Fateh-Moghadam<sup>1</sup>, Thomas Lechthaler<sup>2</sup>, Michela Monterosso<sup>3</sup>, Enrico Baldantoni<sup>3</sup>,  
Valter Carraro<sup>4</sup>, Silvano Piffer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servizio Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

<sup>2</sup> Scuola Provinciale Superiore di Sanità, Bolzano

<sup>3</sup> Direzione ospedaliera S. Chiara, Trento

<sup>4</sup> Igiene Pubblica, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

È stato dimostrato che la vaccinazione antinfluenzale degli operatori sanitari è efficace nella riduzione dell'incidenza della malattia e del relativo assenteismo tra gli operatori sanitari, nel risparmio di risorse finanziarie e nella prevenzione della mortalità tra i pazienti; è inoltre contemplata anche nei piani di prevenzione per la pandemia influenzale.

Ciononostante, in Italia le coperture vaccinali tra gli operatori sanitari solitamente non vengono monitorate se non da sporadici studi *ad hoc*. In tutti gli studi effettuati risultano coperture piuttosto basse, analogamente ad altri Paesi europei e agli Stati Uniti. Esistono alcuni interventi di provata efficacia per aumentare le coperture vaccinali tra gli operatori sanitari.

Al fine di implementare interventi di promozione della vaccinazione, determinare la copertura vaccinale degli operatori sanitari, le caratteristiche anagrafiche e professionali degli operatori in relazione allo stato vaccinale, la comparsa di eventi av-

versi, l'efficacia sul campo del vaccino e i motivi della vaccinazione/non vaccinazione, è stato condotto nel mese di luglio 2005 uno studio trasversale di prevalenza tramite somministrazione telefonica (in reparto) di un questionario standardizzato e pre-testato nel contesto dell'ospedale S. Chiara di Trento. La popolazione in studio è costituita dai dipendenti dei reparti di degenza. Le persone da intervistare sono state selezionate tramite campionamento casuale semplice dalla lista dei dipendenti. La dimensione del campione (105 persone) è stata calcolata in maniera da avere stime con precisione assoluta del 6%, con intervallo di confidenza (IC) al 95%, per un parametro la cui prevalenza stimata sia al 12%. Ai soggetti selezionati è stata inviata una lettera cartacea con informazioni relative allo studio. Il questionario, l'inserimento dei dati e l'analisi sono stati realizzati con Epi-info 3.2.

Lo studio ha dimostrato che in nessun caso si è verificato il rifiuto dell'intervista. Tuttavia, in 13 casi (12% del campione) si è dovuto

ricorrere a rimpiazzamenti (assenze per maternità e trasferimenti). La durata media dell'intervista è stata di 6 minuti. Nel 15% dei casi, l'intervista è stata condotta al primo contatto telefonico, nel 17% al secondo e nel 68% dei casi ci sono voluti più di 2 contatti telefonici (in media 4) prima di effettuare l'intervista.

Solo 28 persone sono risultate vaccinate contro l'influenza almeno una volta nella vita, il 26,7% del campione (IC al 95%; 18,5-36,2), il 23% delle donne ed il 39% degli uomini. La probabilità di essere stati vaccinati è più elevata a partire dai 46 anni d'età. Gli operatori più vaccinati sono medici con il 55% (Odds Ratio, OR=4,9, IC al 95%; 1,7-13,7). La meno vaccinata è la categoria degli amministrativi (nessuno), mentre gli infermieri risultano essere vaccinati almeno una volta nella vita nel 21% dei casi. Per escludere un possibile confondimento dovuto all'età e al sesso sull'associazione della professione del medico, si è costruito un modello multivariato di regressione logistica, nel quale la professione del

medico viene confermata (OR=4,5, IC al 95%; 1,5-14,2).

Delle 28 persone vaccinate contro l'influenza, il 15% riporta effetti collaterali dopo l'ultima vaccinazione effettuata. Solo in due casi si è trattato di una reazione sistemica (febbre e reazione allergica).

Nel 2003-04 risulta vaccinato il 13% del campione (IC al 95%; 7,5-21,4), mentre nell'ultima stagione (2004-05) il 7,6% del campione (IC al 95%; 3,3-14,5).

Solo il 4,8% ha effettuato la vaccinazione sia nella stagione 2003-04 sia in quella 2004-05.

La motivazione più frequente per chi si è vaccinato è risultata quella della protezione personale (82% per proteggersi in maniera generica + 7% per proteggersi dai pazienti). Un quarto circa del campione ha eseguito la vaccinazione antinfluenzale per proteggere i propri pazienti; solo 6 sui 28 vaccinati (20%) per entrambe le ragioni.

Per contro, tra i non vaccinati quasi l'80% delle persone riporta motivi che sono legati ad una sotto-stima del rischio collegato alla malattia (non mi ammalo mai, non sono a rischio, l'influenza è una malattia banale).

Agli intervistati è stata rivolta la domanda se avessero avuto l'influenza nell'ultima stagione con valutazione del quadro clinico, leggendo da un elenco i possibili sintomi. Così sono stati individuati coloro che corrispondevano alla definizione di caso della rete sentinella SPES<sup>a</sup>: 13 casi di influenza durante l'ultima stagione 2004-05.

Per valutare l'efficacia sul campo della vaccinazione si sono confrontati i tassi di attacco tra i vaccinati e i non vaccinati secondo la formula:

efficacia del vaccino =  $1 - \text{tasso di attacco dei vaccinati} / \text{tasso di attacco non vaccinati} * 100$ .

Il tasso di attacco tra i vaccinati era 3,6% (1/28) e 15,6% (12/77) tra i non vaccinati. L'efficacia della vaccinazione antinfluenzale degli operatori sanitari dell'ospedale S. Chiara nella stagione 2004-05 risulta del 77%.

Questo studio dimostra che, di fronte alla presenza di un vaccino efficace e sicuro e ad una popolazione bersaglio ben definita, la copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari dell'ospedale S. Chiara risulta insoddisfacente, lasciando ampi margini di miglioramento per una campagna di promozione della vaccinazione. Tale campagna dovrebbe affrontare soprattutto l'importanza e la gravità della malattia, la responsabilità professionale e sociale degli operatori sanitari nella protezione dei propri pazienti e l'efficacia e la sicurezza del vaccino stesso.

In seguito a questo studio, il comitato infezioni ospedaliere dell'ospedale S. Chiara ha deciso di adottare alcune iniziative già a partire dalla prossima stagione influenzale: l'affissione di inviti alla vaccinazione in tutti i reparti, servizi ed uffici e l'invio di solleciti insieme alla busta paga di novembre. È prevista inoltre l'offerta attiva della vaccinazione presso alcuni reparti (il personale vaccinatore si reca presso i reparti in giorni prestabiliti) con la possibilità di confronti delle coperture vaccinali tra i reparti con offerta attiva e quelli con offerta tradizionale per la verifica dell'efficacia dell'intervento.

La registrazione delle coperture permetterà anche la futura diffusione delle coperture vaccinali reparto

per reparto, un'altra delle misure raccomandate a livello internazionale.

L'efficacia delle iniziative realizzate potrà inoltre essere verificata tramite ripetizione della presente indagine, che si è dimostrata fattibile e molto ben accettata.

### Ringraziamenti

Gli autori ringraziano Antonino Bella del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS per i suoi preziosi suggerimenti.

### Riferimenti bibliografici

1. Corà G, Lazzaro M, Cerutti B *et al.* La vaccinazione contro l'influenza presso l'ente ospedaliero cantonale, *Salute Pubblica* 2003; 17.
2. National Foundation for Infectious Diseases. Influenza vaccination among health care workers. Bethesda, MD: National Foundation for Infectious Diseases, 2004. (disponibile online all'indirizzo: <http://www.nfid.org/publications/calloaction.pdf>).
3. Detection and Control of Influenza Outbreaks in Acute Care Facilities. National Center for Infectious Diseases and The National Immunization Program, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, September 2001. (disponibile online all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/INFECT/FluBook2001.pdf>).
4. Initiative zur Erhöhung der Impfraten bei ärztlichem und Pflegepersonal, Zehn mögliche Aktivitäten, um die Impfrate unter den Angestellten zu erhöhen, Robert Koch Institut. 2005. (disponibile online all'indirizzo: [http://www.rki.de/cln\\_006/nn\\_387378/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/AGI/aktivitaeten\\_impfrate,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/aktivitaeten\\_impfrate](http://www.rki.de/cln_006/nn_387378/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/AGI/aktivitaeten_impfrate,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/aktivitaeten_impfrate)).

<sup>a</sup>: febbre >38°C, con almeno uno dei seguenti sintomi: mal di testa, malessere generale, sensazione di febbre (sudorazione, brividi), astenia e uno dei seguenti sintomi respiratori: tosse, mal di gola, congestione nasale

## STUDI DAL TERRITORIO

### L'ACCESSO ALLE CURE PRENATALI IN EMILIA-ROMAGNA, 2003

Elizabeth Bakken, Nicoletta Bertozzi, Mauro Palazzi, Francesca Righi, Patrizia Vitali  
 Dipartimento di Sanità Pubblica, Ausl di Cesena

L'accesso non adeguato all'assistenza prenatale rappresenta un problema di salute pubblica, comportando rischi di parto prematuro, complicanze durante il parto, basso peso del bambino alla nascita e mortalità neonatale (1). Sebbene in Italia l'assistenza alla gravidanza sia offerta gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), alcune caratteristiche socio-demografiche delle madri (giovane età, basso livello di scolarizzazione, cittadinanza straniera, condizione disoccupata), indicative di situazione economica disagiata, possono condizionare la fruibilità del servizio da parte della donna e determinare un accesso inadeguato ai servizi di assistenza prenatale (2,3).

Secondo un'indagine svolta a metà degli anni Novanta, in Italia la stima della percentuale di donne con accessi inadeguati alle cure prenatali (4,2%) era tra le più basse rispetto a quelle dei Paesi europei (4). Nonostante il dato incoraggiante e il tradizionale "buon" livello di assistenza nel nostro Paese, rimane l'esigenza di verificare quanto l'offerta di servizi risponda alle effettive esigenze della popolazione, soprattutto alla luce dei recenti fenomeni di transizione demografica. Sempre più consistente è infatti la presenza di giovani donne straniere che, nell'affrontare gravidanza e parto, incontrano tutti i problemi legati all'integrazione con un sistema di cure impostato su una tradizione culturale spesso distante dalla propria.

In un precedente articolo sono stati presentati i risultati riguardanti le disuguaglianze nelle cure prenatali a livello di una singola Azienda

Sanitaria (5). Il presente studio si propone di dimensionare il fenomeno attuale degli accessi inadeguati ai servizi di assistenza prenatale in Emilia-Romagna e di valutare il ruolo dei vari determinanti socio-demografici sotto il profilo quantitativo. L'analisi è stata finalizzata ad individuare categorie di donne a maggior rischio e raccogliere elementi utili per promuovere eventuali interventi di prevenzione e promozione della salute della gravidanza.

L'analisi è stata condotta utilizzando l'archivio dei Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP), compilati nei 34 punti nascita dell'Emilia-Romagna nel 2003 e relativi a 33.930 parti. Attraverso questo flusso informativo (attivo nelle 11 Aziende Sanitarie della regione dal 2002)

sono raccolte informazioni relative a gravidanza, parto e neonato. La sezione relativa alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori è particolarmente dettagliata, rendendo il CeDAP uno strumento privilegiato per la lettura e il monitoraggio delle disuguaglianze.

Sulla base della letteratura ed in linea con le raccomandazioni che l'Organizzazione Mondiale della Sanità propone per l'assistenza alla gravidanza (6), si è scelto di considerare gli accessi alle cure come inadeguati se la madre dichiara di aver effettuato il primo controllo ginecologico dopo la tredicesima settimana oppure di essersi sottoposta a meno di 4 visite lungo tutto il decorso della gestazione. Questi due indicatori (considerati nel presente studio in-

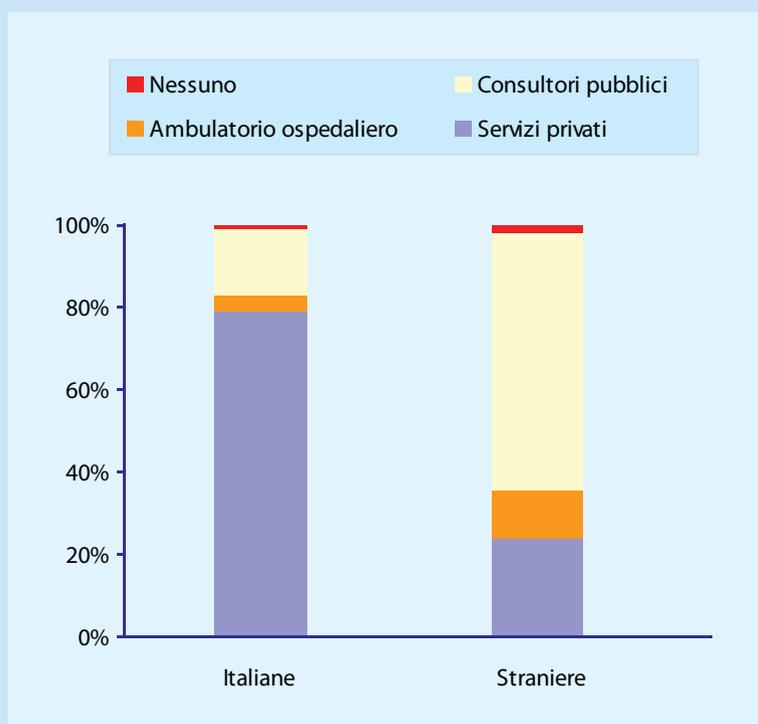


Figura - Servizi prevalentemente utilizzati in base alla cittadinanza delle partorienti, Gravidanze fisiologiche (Emilia-Romagna 2003)

dipendentemente l'uno dall'altro) consentono d'identificare i casi in cui l'accesso all'assistenza non può essere considerato sufficiente, anche se non forniscono informazioni sulla qualità in termini di appropriatezza ed efficacia.

L'analisi ha dimostrato che la maggior parte delle partorienti è di età compresa tra i 25 e i 34 anni (età mediana 32 anni) ed è primipara (57%). Le donne sono occupate nel 72% dei casi, casalinghe nel 22% e disoccupate o in cerca di prima occupazione nel 5% dei casi. Circa una madre su tre (66%) presenta un titolo di studio alto (laurea o diploma di scuola media superiore).

Complessivamente 5.594 partorienti (pari al 16%) hanno cittadinanza straniera. Queste provengono soprattutto dall'Africa e dall'Europa dell'Est (Balcani ed ex-URSS). Le partorienti straniere sono più giovani rispetto alle italiane (età mediana di 28 vs 32 anni) e hanno più frequentemente un titolo di studio basso (56% vs 30%).

Nel corso della gravidanza il 75% delle straniere si rivolge ai servizi pubblici (Figura), in particolare ai consultori (63%). Le italiane, invece, si rivolgono più spesso a servizi privati (79%) e solo una su cinque si fa seguire in ambito pubblico (20%).

Complessivamente 1.839 donne hanno effettuato la prima visita dopo la tredicesima settimana di gestazione (5,5% di tutti i casi) e 712 donne hanno effettuato meno di 4 controlli (2% di tutti i casi). Le partorienti straniere presentano una percentuale più elevata di donne che hanno effettuato meno di 4 visite durante la gravidanza (14% vs 5%) e si sono recate alla prima visita oltre la tredicesima settimana (17% vs 3%). Tra le 217 partorienti (0,6%) che non si sono sottoposte ad alcun controllo in gravidanza, ben tre su quattro (71%) sono straniere. Il 16% delle straniere, rispetto al 3% delle italiane, dichiara di avere effettuato nel corso della gravidanza meno delle 3 ecografie

raccomandate in base all'evidenza scientifica e offerte gratuitamente dal SSN.

La percentuale di gravidanze a decorso patologico è invece simile (6% per le italiane e 7% per le straniere), così pure quella di nati di basso peso (circa 4% delle gravidanze fisiologiche) e di nati pretermine (tra il 4 e il 5% delle gravidanze fisiologiche). Rispetto alla modalità del parto, le partorienti straniere sono sottoposte a taglio cesareo in percentuale minore (25% vs 29%) rispetto alle italiane.

Quanto emerso dal presente studio conferma la possibilità di utilizzare il flusso informativo dei CeDAP come strumento di lettura e studio del fenomeno delle disuguaglianze in salute.

L'analisi dei dati ha evidenziato modalità differenti di accesso alle cure prenatali in base a diverse condizioni socio-demografiche delle madri, in particolare in base alla diversa cittadinanza. Particolarmente rilevante a questo proposito è il fatto che la maggior parte delle donne che non ha effettuato controlli durante tutta la gravidanza è straniera; tuttavia anche gli altri fattori indagati hanno dimostrato un proprio peso e contribuiscono a delineare situazioni specifiche da considerare con attenzione sia tra le immigrate sia tra le italiane.

Le disuguaglianze, portate in evidenza da questo studio, richiedono un'attivazione da parte dei Servizi di Sanità Pubblica; per definire eventuali interventi o per ottimizzare quelli già in atto rimane la necessità di comprendere meglio le dinamiche che portano le donne ad accedere in maniera inadeguata ai servizi, anche attraverso indagini di tipo qualitativo che interpellino i

soggetti più direttamente coinvolti, dalle madri agli operatori sanitari.

Sarà inoltre importante ripetere nel tempo elaborazioni di tipo quantitativo sui dati degli archivi CeDAP, selezionando gli indicatori che meglio si possono prestare a monitorare il fenomeno delle disuguaglianze e a valutare gli interventi messi in atto.

Nel processo di perfezionamento della qualità del dato, che sta accompagnando il consolidarsi di questo flusso informativo, è pertanto necessario non trascurare l'importanza delle variabili socio-demografiche, essenziali allo studio delle disuguaglianze.

### Riferimenti bibliografici

1. Salute riproduttiva. In: *Rapporto OsservaSalute 2004*. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano; Vita e Pensiero. 2004. p. 187-199.
2. Corchia C, Mastroiacovo P, Lanni R, et al. Social and geographical inequalities in prenatal care in Italy. *Prenat Diagn* 1995; 6: 535-40.
3. Rowe RE, Garcia J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med.* 2003; 25 (2): 113-9.
4. Delvaux T, Buekens P, Godin I et al. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med.* 2001; 21 (1): 52-9.
5. Elizabeth Bakken, Nicoletta Bertozzi, Francesca Righi, et al. Analisi sulle disuguaglianze di accesso alle cure prenatali delle partorienti nell'Azienda Sanitaria di Cesena nel 2002. (<http://www.epicentro.iss.it/ben/2004/novembre/1.htm>).
6. Villar J, Bergsjø P. WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. 2001 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR0130/RHR0130contents.en.html>).

#### Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,  
Marina Maggini, Stefania Salmaso

e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)