

Le vaccinazioni degli operatori sanitari
Un contributo del Nucleo etico per la pratica clinica dell’Azienda Sanitaria Universitaria di Trieste
(ASUITs)

Presentazione	1
Premessa	1
Morbillo, Rosolia, Parotite, Varicella e Epatite B	2
Influenza	4
Le adesioni	5
Le non adesioni	5
Fattori che migliorano l’adesione	5
Aspetti etici	6
Etica clinica	6
Etica di salute pubblica	6
Etica professionale	8
Etica delle istituzioni	8
Considerazioni del Nucleo etico per la pratica clinica dell’Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste	10
Allegato	11

Presentazione

Alcuni fatti accaduti di recente, non solo nella nostra Azienda, hanno riaperto il dibattito attorno al tema della vaccinazione degli operatori sanitari (OS)¹.

Con questo documento, il Nucleo etico per la pratica clinica (NEPC) della ASUITs interviene sul punto, proponendo alcune considerazioni di carattere etico, tratte anche dall'analisi della letteratura: la finalità è di contribuire alla riflessione del professionista nel definire ed argomentare le proprie posizioni in materia.

Premessa

Nonostante la disponibilità di vaccini efficaci, le malattie trasmissibili prevenibili attraverso i vaccini sono ancora molto diffuse e presentano esiti estremamente gravi (1) (2) (3) (4) (5).

Negli Stati Uniti, il tasso di mortalità per influenza stagionale è uguale a quello del tumore al seno e tre volte quello per AIDS. In Europa il morbillo è in aumento, la pertosse lo è anche in molti paesi del mondo.

Gli agenti antimicrobici possono risultare inefficaci o non esistono. La prevenzione, compresa la vaccinazione, è quindi di importanza fondamentale (1) (6).

La vaccinazione dell'OS, assieme alle altre misure di protezione collettive ed individuali per la prevenzione della trasmissione delle infezioni nelle strutture sanitarie, risponde a tre esigenze di sanità pubblica (7) (8) (1) (6):

1. proteggere l'operatore dal rischio professionale di carattere infettivo;
2. proteggere le persone che si rivolgono ai servizi sanitari, la cui condizione di fragilità le rende maggiormente suscettibili alle infezioni;
3. garantire l'operatività dei servizi assistenziali, salvaguardando la continuità, qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, durante le epidemie.

Le malattie prevenibili con i vaccini non solo sono contagiose prima della comparsa dei sintomi, ma possono anche manifestarsi con una sintomatologia sfumata: pertanto gli OS possono diffondere la malattia inconsapevoli di essere ammalati (1).

In diverse strutture sanitarie sono state segnalate trasmissioni di influenza stagionale e pandemica, morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, epatite A, epatite B e sepsi da meningococco, con gravi conseguenze in termini di morbilità e mortalità, anche per gli OS (1).

In generale, i vaccini sono dotati di efficacia, soprattutto nei confronti degli adulti sani (1).

Nonostante le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC), gli sforzi dedicati in termini di gratuità e facile accessibilità al vaccino, la realizzazione di diverse forme di pubblicità, programmi educativi e di formazione nonché i sistemi incentivanti e premianti messi in atto, i programmi di vaccinazione volontaria si sono dimostrati non di rado privi degli effetti auspicati (1) (6).

Numerosi studi evidenziano infatti che le politiche di vaccinazione volontaria non consentono il raggiungimento di coperture vaccinali ottimali (1) (6) (9).

Anche nella nostra Regione, le iniziative messe in atto per favorire la vaccinazione del personale sanitario *"sono ancora oggetto di possibile miglioramento"* (10).

La maggior parte delle malattie prevenibili con il vaccino hanno un programma di immunizzazione

¹ Il termine Operatori sanitari (OS), in questo documento, comprende tutti coloro che vengono a contatto con le persone che accedono ai servizi e alle strutture sanitarie, indipendentemente dal lavoro e dall'attività svolta.

di base nell'infanzia, in alcuni casi può essere necessaria la somministrazione di dosi di richiamo al momento dell'assunzione dell'OS. L'influenza stagionale richiede la vaccinazione annuale² (1).

Nei diversi Paesi, le raccomandazioni per le vaccinazioni sono abbastanza simili, si riscontrano invece notevoli differenze per quanto riguarda l'obbligatorietà (1) (2) (11).

Anche il CNB raccomanda l'osservanza dell'obbligo di un'adeguata profilassi vaccinale, da parte degli operatori sanitari e del personale impegnato nelle scuole (12).

Laddove non esistono politiche che le impongono, i tassi di vaccinazione del personale sanitario risultano essere piuttosto bassi anche per le malattie ad alta diffusività quali influenza, morbillo, pertosse ed Epatite B (1).

Diversi studi evidenziano anche differenti tassi di adesione alla vaccinazione nelle diverse famiglie professionali (6) (1) (9) (4), maggiori tra gli operatori più anziani o affetti da patologie (6).

L'obbligo migliora i tassi, ma solleva la questione etica dell'imposizione (1) (6) (9).

Negli Stati Uniti è costantemente e progressivamente aumentato il numero di autorità sanitarie pubbliche e di istituzioni che hanno introdotto politiche di vaccinazione obbligatoria, suscitando controversie ed opposizioni (1).

Gli aspetti etici della vaccinazione obbligatoria sono stati analizzati principalmente per l'influenza stagionale, meno per quella pandemica e ancor meno per le altre malattie altamente trasmissibili (per esempio morbillo, pertosse ed Epatite B) e per le altre malattie prevenibili attraverso il vaccino (1).

Morbillo, Rosolia, Parotite, Varicella e Epatite B

L'immunità confermata nei confronti del morbillo, rosolia, parotite, varicella e epatite B e lo screening della tubercolosi, al momento dell'assunzione di un OS in una struttura sanitaria, sono richieste in molti Paesi e generalmente ben accettate (1)³.

In Italia, il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019⁴ individua alcune categorie professionali per le quali sono indicate specifiche vaccinazioni⁵; per gli OS si prevede un *adeguato intervento di immunizzazione* per l'Epatite B, l'influenza, il morbillo, la parotite, la rosolia (MPR), la varicella e la pertosse.

La base legislativa delle vaccinazioni nei lavoratori a rischio è il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, che all'articolo 279 recita: *"1. I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria; 2. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali: - la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono*

² L'inefficacia dei vaccini effettuati solo nelle stagioni precedenti e la mancanza di effetti negativi delle vaccinazioni ripetute ogni anno, sono state dimostrate anche da uno studio svedese (21).

³ In Allegato, la Tabella 1 illustra una sintesi tratta da una revisione del 2015 che ha analizzato le politiche vaccinali in 31 Paesi (2)

⁴ Il Piano Nazionale Italiano di prevenzione vaccinale 2017-2019 (PNPV) consegue al Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (European Vaccine Action Plan 2015– 2020, EVAP), approvato dalla 65° Assemblea Mondiale della Sanità con la Risoluzione WHA65.17, come struttura operativa per l'implementazione della visione, espressa dalla "Decade dei Vaccini" (iniziativa dell'OMS), di un mondo in cui ogni individuo, indipendentemente da dove sia nato, dove viva e chi sia, possa godere di una vita libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione, grazie alla disponibilità dei vaccini, che deve essere garantita dalle Autorità Sanitarie

⁵ In allegato, nella Tabella 2 è riportata una sintesi delle indicazioni vaccinali per gli OS contenuta nel PNPV (8).

già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente [...]”.

Il medico competente (MC) dell'azienda, della quale l'operatore è dipendente è, pertanto responsabile dell'identificazione dei lavoratori a rischio, delle informazioni sul controllo sanitario e su vantaggi e inconvenienti della vaccinazione e della non vaccinazione, nonché dell'esecuzione delle vaccinazioni stesse (13).

Nel marzo 2018, richiamando i principi di cui all'art.1 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*⁶, i Medici competenti della Regione Emilia Romagna hanno stabilito le linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, nonché le indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario (13).

Tra le altre, il documento stabilisce che:

*“Il rifiuto immotivato della vaccinazione **Epatite B** da parte del lavoratore che, cioè, non risulti basato su reali controindicazioni alla somministrazione del vaccino, rappresenta un fattore che influenza il giudizio di idoneità alla mansione.*

A fronte di un rifiuto a sottoporsi alla vaccinazione, dopo aver esplorato tutte le possibilità di convincimento del lavoratore, a fronte della valutazione dell'esistenza di un rischio significativo per l'operatore e/o per i terzi, non resta al medico competente che esprimere un giudizio d'idoneità parziale alla mansione specifica (esclusione dalle manovre invasive a rischio), ovvero, quando ciò non sia possibile (mansione intrinsecamente legata all'esecuzione di manovre invasive), di non idoneità alla mansione specifica.

(...) Rifiuto che ovviamente deve essere rispettato così come l'operatore che rifiuta la vaccinazione deve rispettare ed accettare l'indicazione del medico competente sulla emissione di un'idoneità parziale o di una non idoneità.”

*“In assenza di conferma sierologica dell'immunità per **Varicella, morbillo, parotite e rosolia**, la **vaccinazione è obbligatoria** per chi lavora nei reparti ad alto rischio (oncologia, ematologia, centro trapianti, neonatologia, ostetricia, pediatria, malattie infettive, pronto soccorso).*

In caso di assenza di immunocompetenza e rifiuto/impossibilità a sottoporsi a specifica vaccinazione, deve essere rilasciato giudizio di idoneità parziale temporanea con le seguenti limitazioni: da non adibire ad attività sanitaria nelle aree ad alto rischio; e/o da non adibire ad assistenza diretta a paziente affetti da patologia (quando assegnato a aree non ad alto rischio). Infatti le misure standard di prevenzione per la protezione non garantiscono la totale protezione dell'operatore non immune”

⁶ 1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale

Influenza

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che ogni anno l'influenza stagionale contagia dal 5% al 15% della popolazione mondiale, produce da 3 a 5 milioni di casi di malattia grave e porta a 250.000 a 500.000 decessi (3).

Mediamente, le sindromi simil-influenzali (ILI) colpiscono ogni anno il 9% della popolazione italiana, con un minimo del 4%, osservato nella stagione 2005-06, e un massimo del 15% registrato nella stagione 2017-18 (14). Nella stessa stagione, sono stati registrati 764 casi gravi confermati ricoverati in strutture specialistiche, tra cui 15 donne gravide. Di questi 173 decessi, tra cui 2 donne gravide e 11 casi di minori di 14 anni (15).

Alcuni studi hanno rilevato un aumento della morbilità e mortalità, per influenza trasmessa nelle strutture sanitarie a persone anziane o immunocompromesse. In uno studio canadese condotto tra il 2006 e il 2012, il 17,3% dei casi di influenza confermati in laboratorio tra gli adulti ospedalizzati erano associati all'assistenza sanitaria, di questi, il 40% circa (6,8% dei casi di influenza totale) era stato acquisito in un ospedale per acuti. In uno studio di sorveglianza condotto in Giappone, durante la stagione influenzale, i dati di laboratorio hanno confermato la positività per influenza nel 20-30% degli OS (6).

Nelle strutture per acuti, è difficile stabilire un nesso tra infezione e momento del contagio, le persone potrebbero essersi infettate immediatamente prima o dopo il ricovero ospedaliero, tuttavia, la vaccinazione anti influenzale si è dimostrata protettiva nei confronti di alcuni gruppi di malati ospedalizzati, per esempio i trapiantati di midollo osseo (1).

È stato anche rilevato che nelle strutture lungodegenziali in cui operano OS vaccinati diminuisce la mortalità per influenza: una revisione Cochrane del 2016 (16) non ha peraltro identificato evidenze conclusive a supporto della vaccinazione degli operatori sanitari per prevenire l'influenza nelle persone di età ≥ 60 anni residenti nelle strutture lungodegenziali.

Nonostante le differenze riscontrate nei risultati, che potrebbero derivare dai diversi disegni di studio (6) e o dalla scarsa qualità degli stessi (5), la vaccinazione è in ogni caso considerata essenziale per ridurre la diffusione dell'influenza tra i malati, i ricoverati e per tutta la collettività (6) (17).

L'OMS raccomanda al personale sanitario la vaccinazione annuale per l'influenza stagionale (9) e la vaccinazione annuale del personale sanitario contro l'influenza stagionale è ufficialmente raccomandata in 29 paesi europei su 30, esclusa solo la Svezia (6).

Il tasso di vaccinazione degli OS registra variazioni dal 5 al 90% in tutto il mondo (6).

Negli Stati Uniti, a partire dagli anni '80, i programmi di vaccinazione volontaria raggiungevano tassi del 60-70% solo dopo intense campagne di promozione, con un investimento molto elevato di risorse. In Europa, i tassi sono comunemente inferiori al 35% e spesso inferiori al 25% (1) (5). In Inghilterra è rimasto ben al di sotto dell'obiettivo fissato al 75% (9), ma comunque relativamente più elevati che nel resto d'Europa (6).

In Italia, dove non esistono dati nazionali, studi documentano tassi differenti (4) (6), comunque inferiori al 20%.

Gli effetti dei programmi e delle campagne educative convenzionali sono in genere di impatto molto modesto (1) (6) mentre la comodità di accesso alle vaccinazioni e l'esempio degli operatori anziani si sono dimostrati più efficaci (6), ma comunque insufficienti.

Per colmare il divario tra tassi ottimali e quelli di adesione volontaria, alcuni stati (Nuova Zelanda, Ontario - Canada (6)) e molte organizzazioni ne hanno sancito l'obbligo.

Negli Stati Uniti, la vaccinazione anti influenzale è richiesta in più di 600 istituzioni sanitarie (11).

Le adesioni

Uno studio condotto in Liguria (4), conferma i risultati ottenuti in altre ricerche condotte in Italia e all'estero, la protezione per se stessi (6) e per la propria famiglia rappresenta la principale motivazione per aderire alla vaccinazione anti influenzale (5).

Meno importanti risultano i problemi dell'organizzazione e le raccomandazioni del Ministero della salute (4).

La responsabilità etica nei confronti dei pazienti e l'accordo sull'obbligatorietà della vaccinazione sono più frequenti tra chi sceglie di vaccinarsi (4) (5) (6).

I medici si vaccinano di più degli infermieri e dell'altro personale di assistenza (1) (3) (4).

L'adesione alla vaccinazione aumenta tra i sanitari con maggiore anzianità di servizio (6) affetti da patologie croniche, quali ad esempio diabete e malattie cardiovascolari, e tra coloro con un livello superiore di istruzione (4).

I colleghi, l'organizzazione nella quale si lavora e più in generale il contesto sembrano influenzare l'adesione alla vaccinazione (4) (5) (6).

Le non adesioni

I dubbi sulla reale efficacia del vaccino, la preoccupazione per gli effetti collaterali e la scarsa percezione della gravità dell'influenza rappresentano, invece, i motivi più comuni che portano a non vaccinarsi (3) (4) (5) (6) (9).

In uno studio condotto dal Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie è emersa anche la diffidenza nei confronti delle industrie farmaceutiche, delle autorità sanitarie e della ricerca, nonché una contrarietà generale nei confronti delle vaccinazioni (4).

Altre motivazioni sono: la mancanza di informazioni (3) (9); la scarsa percezione del rischio (6) (4); la negazione del beneficio e lo scarso valore sociale della vaccinazione (5).

Fattori che migliorano l'adesione

Qualsiasi decisione razionale si basa sul bilanciamento tra rischi e benefici, la scelta ricade sulla soluzione che massimizza il beneficio e minimizza il danno (6). Le politiche di promozione della vaccinazione devono pertanto puntare ad aumentare la consapevolezza dei rischi connessi all'influenza e alla vaccinazione (6) e di costituire un vettore di trasmissione (1).

Le strategie combinate si sono dimostrate più efficaci (5), in letteratura sono documentate:

- inserimento del tasso vaccinale degli OS tra gli indicatori di qualità della struttura (2) (1);
- pubblicità dei tassi raggiunti nelle diverse strutture (2) (1);
- diversificazione delle politiche in rapporto allo specifico contesto di lavoro (1);
- accettazione dei rifiuti dettati da motivi religiosi, (anche se le religioni che si oppongono alla vaccinazione sono estremamente poche) (11);
- pubblicità dell'adesione dei *senior* e degli *opinion leader* (6);
- accesso gratuito (risultato insufficiente se adottato come unica strategia) (6);
- vaccinazione effettuata direttamente nelle strutture operative (6);
- incentivazioni per il personale (6);
- menzioni e premi all'equipe (6);
- testimonianze di esperti, per esempio personale assegnato alle strutture di Malattie infettive (2) (4) (5);
- monitoraggio e audit (2).

Aspetti etici

Le vaccinazioni contro Morbillo, varicella, pertosse ed epatite B sono generalmente accettate, quella anti influenzale è sicuramente la più controversa (1) (17).

L'ammissibilità etica della vaccinazione obbligatoria contro l'influenza è stata analizzata principalmente secondo due prospettive:

1. L'etica clinica
2. L'etica di sanità pubblica.

Etica clinica

L'approccio all'etica clinica si basa su principi *prima facie*, ovvero principi non assoluti che possono entrare in conflitto nelle situazioni specifiche e che, non potendo essere disposti secondo una gerarchia, richiedono un bilanciamento: il rispetto per le persone (autonomia); beneficenza; non maleficenza e giustizia.

Il rispetto per le persone riconosce a chi è in grado di autodeterminarsi, la possibilità di scegliere secondo il proprio interesse e protezione rispetto a chi non lo è (17). Le persone vulnerabili, non sceglierebbero di acquisire una patologia che comprometterebbe il loro stato di salute, con esiti potenzialmente letali (17).

In base al principio di autonomia, i malati hanno diritto di sapere se sono assistiti da personale non vaccinato (1) (3).

L'obbligo morale dell'OS di agire per il bene della persona assistita (beneficenza) è connesso all'obbligo di non danneggiare (non maleficenza), ciò impone agli OS di evitare di diffondere l'infezione. Il principio morale che impone di proteggere i vulnerabili è valido in tutti i contesti di vita ma assume ancor più rilevanza nella relazione sanitaria (1) (17).

L'assistenza offerta da personale non vaccinato deve essere considerata una cattiva pratica (1), alla stessa stregua del mancato lavaggio delle mani (3).

Il principio di giustizia, inteso come equità per l'accesso e nell'allocazione delle risorse, comporta che le persone che non possono vaccinarsi, o che non raggiungono l'immunità nonostante il vaccino, siano circondati da persone immunizzate (17).

Il vantaggio della vaccinazione, non si sostanzia all'interno di un rapporto 1:1 tra operatore e paziente, ma dalla così detta immunità di gregge⁷ che, pertanto, può essere considerata un bene pubblico (17).

Etica di salute pubblica

La prospettiva etica di sanità pubblica considera le questioni sulla base di due principi: gli interventi attuati devono essere di dimostrata efficacia e minimamente intrusivi nella libertà individuale di ciascuno (1) (11) (17). Il rispetto per l'autonomia è stato utilizzato anche nell'ambito dell'etica di sanità pubblica, per difendere il diritto degli operatori di rifiutare il vaccino. Secondo questa prospettiva, l'autonomia non è più considerata un principio *prima facie*, ma diventa dominante, rispetto a tutte le altre argomentazioni, tuttavia l'autonomia di ciascuno si interrompe, laddove danneggia gli altri. Tanto più se si tratta di una relazione che vede protagonisti una persona sana ed una vulnerabile (17).

⁷ una forma di protezione indiretta che si verifica quando la vaccinazione di una parte significativa di una popolazione finisce con il fornire una tutela anche agli individui che non hanno sviluppato direttamente l'immunità.

Evitare il diffondersi delle infezioni è un'assoluta priorità per la sanità pubblica. Il diritto di protezione della collettività supera il diritto dell'OS di esercitare la propria libertà, rifiutando la vaccinazione (1).

L'investimento di risorse per la realizzazione di campagne di promozione della vaccinazione, che si sono dimostrate infruttuose, potrebbe non essere eticamente giustificato, stante che potrebbero essere utilizzate meglio per il raggiungimento di altri obiettivi (1).

Le due prospettive etiche (clinica e di sanità pubblica), non affrontando pienamente gli obblighi dei membri di una società democratica, risultano parziali e non esauriscono i termini del dibattito (17).

Per colmare le lacune lasciate da queste due prospettive è necessario considerare il principio di giustizia in una prospettiva ampia: equità delle opportunità e l'obbligo di seguire le regole formulate democraticamente (17).

In una società giusta, ovvero in un *sistema equo di cooperazione sociale tra cittadini considerati liberi e uguali*, tutti i membri hanno il dovere di contribuire equamente per poter partecipare ai vantaggi che derivano dalla vita sociale. La giustizia riconosce la libertà individuale, ma la limita quando danneggia o incide su quella degli altri; la giustizia, come principio etico, si basa su una partecipazione equa a schemi cooperativi, stabilendo come devono essere distribuiti oneri e benefici (17).

In una società giusta il principio di equità, quindi, comporta pari opportunità di accesso alle libertà fondamentali (quali ad esempio la salute) e la creazione di un sistema in cui i meno avvantaggiati possano ottenere il massimo beneficio. In una società giusta dovremmo agire nella prospettiva che John Rawls ha definito *velo dell'ignoranza*, dovremmo cioè chiederci sempre come vorremmo essere trattati qualora ci trovassimo nella posizione di bisogno, vulnerabilità e svantaggio. Gli schemi cooperativi funzionano se ci impegniamo tutti, così come accade nell'immunità di gregge⁸ in cui l'efficacia dipende dal contributo di tutti, massimizziamo la nostra protezione, proteggendo gli altri (17).

Secondo quest'ottica, nella società giusta, le esenzioni dovrebbero essere consentite solo a chi presenta controindicazioni alla vaccinazione. Ridurre al minimo le esenzioni consentite, aiuta anche a promuovere la solidarietà. Infatti, i dati delle ricerche dimostrano una maggior propensione ad accettare gli oneri se si è consapevoli che tutti lo stanno facendo. La percezione di mancanza di equità rende più difficile accettare una politica obbligatoria (17).

L'approccio alla vaccinazione, muove dall'etica della "terza persona": la coscienza non ha il ruolo di portare a scegliere un comportamento virtuoso, quanto piuttosto di fare proprie norme che sono state dettate da altri. L'agire umano viene, così, governato da norme che prescindono dal soggetto; oggetto dell'indagine etica non è "come si deve vivere", ma solo se una certa azione risulti lecita o illecita all'osservazione di un giudice esterno (la "terza persona") (7).

Il Comitato nazionale di Bioetica (CNB) afferma *"La necessità che ognuno ha di prendersi cura della vita propria e di quella altrui nasce non da una forma astratta di filantropismo, ma dalla constatazione che l'uomo esiste solo in quanto essere vivente, nello stesso tempo dotato di una propria individualità, che lo rende unico, e strettamente interconnesso alla società della quale fa"*

⁸ una forma di protezione indiretta che si verifica quando la vaccinazione di una parte significativa di una popolazione finisce con il fornire una tutela anche agli individui che non hanno sviluppato direttamente l'immunità.

parte. Accanto alla dimensione attiva del “prendersi cura” della vita ne esiste una passiva, rappresentata dal “bisogno di cura”. Queste due dimensioni strutturano l’essere umano e costituiscono il presupposto fondamentale, svincolato da qualsiasi riferimento religioso o filosofico, dell’etica della responsabilità verso se stessi e verso la società” (18).

Ed ancora “Come fondamento della decisione di vaccinarsi, oltre all’effetto di protezione delle vaccinazioni (c.d. herd immunity) e alle connesse motivazioni di carattere solidaristico e cooperativo, vanno aggiunte ulteriori motivazioni riguardanti l’interesse personale: in assenza di una ottimale diffusione della vaccinazione, il rischio individuale di ammalarsi è grandemente superiore ai rischi connessi al vaccino” (12).

La questione vaccinazione del personale sanitario viene anche argomentata in due ulteriori diverse prospettive: l’etica professionale; l’etica delle istituzioni.

Etica professionale

Gli OS possono svolgere un ruolo determinante nella promozione della vaccinazione nella popolazione (19) e i loro comportamenti devono essere coerenti. La fiducia è una componente essenziale della relazione di cura: la fiducia sarà minata se gli operatori propongono vaccini agli altri, ma li rifiutano per se stessi (1).

L’esercizio della professione in sicurezza, senza danneggiare gli altri, rappresenta un obbligo professionale⁹-

Gli OS, quando hanno liberamente scelto la loro professione, hanno anche accettato un certo grado di rischio. Chi non è immune e rifiuta la vaccinazione, dovrebbe accettare di essere assegnato a posizioni senza contatto con i malati, o decidere di abbandonare la professione (1).

Etica delle istituzioni

Le organizzazioni sanitarie hanno la responsabilità di adottare le politiche più appropriate per raggiungere alti tassi di vaccinazioni tra i suoi dipendenti, per garantire ai cittadini il pieno funzionamento dei servizi in caso di epidemia (1).

Nelle aree critiche, in occasione di eventi epidemici, potrebbero innescarsi contenziosi dall’esito potenzialmente sfavorevole per l’azienda sanitaria (19).

Invitare tutti gli OS a vaccinarsi e alla stretta osservanza di tutte le altre precauzioni per evitare il propagarsi delle infezioni è moralmente giustificato. Qualora, attraverso la vaccinazione volontaria, non si raggiungessero i tassi di copertura desiderati, dovrebbero essere prese in considerazione politiche obbligatorie, a condizione che: i benefici per gli OS siano superiori ai danni, vi sia un beneficio per i pazienti e siano previste regole corrette per il rifiuto (1) (3).

⁹ Così all’art. 14 del Codice di Deontologia medica del 2014: “Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l’adeguamento dell’organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico (...) (20)

Nel Codice deontologico degli infermieri: *Articolo 9*: L’infermiere, nell’agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere. *Articolo 10*: L’infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l’uso ottimale delle risorse disponibili (23).

L'obbligatorietà della vaccinazione anti influenzale è sostenuta da numerose società scientifiche (3), anche italiane¹⁰.

Per i sostenitori dell'obbligatorietà, la vaccinazione soddisfa tutti i criteri di eticità, scientificità ed economicità, pertanto, dovrebbe essere considerata una precauzione standard, come il lavaggio delle mani (1) (3). Chi sostiene l'obbligatorietà ritiene che la salvaguardia della sicurezza e la salute dei pazienti sia un obbligo fondamentale per i professionisti sanitari, ben più importante della scelta personale (6) (3) (17).

Per gli oppositori, i tassi di copertura desiderati dovrebbero essere raggiunti con la volontarietà piuttosto che con la coercizione: la conflittualità che potrebbe generarsi come conseguenza delle politiche obbligatorie, rischierebbe anche di allontanare gli OS dalla promozione della vaccinazione nella cittadinanza (1).

¹⁰ La Carta di Pisa, redatta con il contributo di esperti, operatori e ricercatori che hanno partecipato ai lavori della Conferenza Nazionale "*Medice cura te ipsum*" - tenutasi il 27-28 Marzo 2017 - è sottoscritta da: Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie.- SIMPIOS; Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica – SITI; Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale – SIMLII; Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale – SIMET; Società Italiana di Pediatria – SIP; Federazione Italiana Medici Pediatri) – FIMP; Federazione Italiana Medici di Medicina Generale – FIMMG.

Considerazioni del Nucleo etico per la pratica clinica dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste

Il NEPC, aderendo ai contenuti della Carta di Pisa (19), invita:

- ASUITs a
 - realizzare interventi informativi e formativi, accreditati ECM, che favoriscano il confronto e consentano agli OS di acquisire conoscenze aggiornate, in tema di vaccinazioni, da esperti e testimoni privilegiati;
 - ampliare lo spazio dedicato alle vaccinazioni, nell'ambito dei corsi obbligatori per la sicurezza;
 - riconoscere il valore della vaccinazione negli OS, stabilendo un programma mirato di aumento del tasso di copertura vaccinale che tenga anche conto dei fattori di rischio e dell'immunizzazione individuale
 - ✓ anti-epatite B per tutti coloro che possono venire a contatto con sangue o altri liquidi corporei infetti
 - ✓ anti-morbillo, anti-parotite, anti-rosolia, anti-pertosse e anti-varicella per tutti coloro che a diverso titolo vengono a contatto con i malati, ed in generale con il pubblico
 - ✓ condizionare l'idoneità al servizio in determinati reparti all'adesione alla vaccinazione
 - promuovere forme di incentivazione, individuale e di equipe, per la vaccinazione antinfluenzale;
 - rendere pubblici i tassi di adesione alle vaccinazione anti influenzale dei dipendenti di ASUITs.
- gli operatori a
 - aderire alla vaccinazione contro l'influenza e a rispettare scrupolosamente tutte le precauzioni per prevenirne la diffusione;
 - non diffondere informazioni, non supportate da evidenze scientifiche, che possono contribuire a svalutare l'importanza della vaccinazione nella cittadinanza;
- gli Ordini e le associazioni professionali a promuovere la vaccinazione, come assunzione di responsabilità professionale nei confronti dei malati, delle loro famiglie, dei colleghi nonché di se stessi.

Allegato

<i>Patologia</i>	<i>Frequenza trasmissione nosocomiale</i>	<i>OS vaccinati / Tasso immunizzazioni</i>	<i>Politica</i>
Influenza	Frequente	15-90%	Raccomandato a tutti gli OS in 26/31 Paesi UE/SEE, USA e Giappone Consigliato a tutti gli operatori sanitari dei Paesi ad alto reddito
Epatite B	Frequente	63 -95%	Raccomandato a tutti gli OS dei Paesi ad alto reddito Obbligatorio per gli studenti di medicina in Francia
Pertosse	Frequente	14-73%	Raccomandato a tutti gli OS dei Paesi ad alto reddito
Morbillo	Frequente	87-97%	Raccomandato a tutti gli OS dei Paesi ad alto reddito Obbligatorio in Finlandia e per le lavoratrici in Slovenia
Parotite	Raro		
Rosolia	Eccezionale		
Varicella	Raro	90-100%	Raccomandato alla popolazione generale negli Stati Uniti, in Canada, Australia e 4 paesi UE / SEE. Consigliato per alcuni o tutti gli OS in 10 paesi UE / SEE
Tetano	Eccezionale	89-97%	Raccomandato alla popolazione generale in 14/30 Paesi EU/EEA e in USA
Difterite	Eccezionale		

Tabella 1: Sintesi delle politiche vaccinali in 31 Paesi (2)

Vaccinazione	Forza dell'indicazione	Tipologia di operatori sanitari
Anti-epatite A	Indicata	Chi è a contatto con primati infettati dal virus dell'Epatite A (HAV) Chi lavora con HAV in strutture laboratoristiche
Anti-epatite B	Indicata	Se non già vaccinati: <ul style="list-style-type: none"> – nuovi assunti nel SSN; – già impegnati in attività a maggior rischio di contagio (emodialisi, rianimazione, oncologia, chirurgia generale e specialistica, ostetricia e ginecologia, malattie infettive, ematologia, laboratori di analisi, centri trasfusionali, sale operatorie, studi dentistici, medicina legale e sale autoptiche, pronto soccorso, assistenza sanitaria nelle carceri) – chi svolge attività di lavoro, studio e volontariato nel settore della sanità; – addetti al soccorso e al trasporto di infortunati e infermi; – chi svolge attività di assistenza: <ul style="list-style-type: none"> ○ in centri di recupero per tossicodipendenti; ○ a persone con disabilità fisiche e mentali; – addetti alla lavorazione di emoderivati; – religiosi che svolgono attività in ambito sanitario; – addetti alla raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti; – addetti al lavaggio di materiali potenzialmente infetti.
Anti-Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR)	Raccomandata	Tutti gli OS suscettibili
Anti-pertosse (dTaP)	Consigliata	OS impegnati nell'assistenza al neonato
Anti rabbia	Consigliata	Chi è a continuo rischio di esposizione al virus della rabbia (personale di laboratorio, veterinari, ...)
Anti-tubercolare (BCG)	Indicata	operatori sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi di bacilli tubercolari multi-farmacoresistenti, oppure che operino in ambienti ad alto rischio e non possano, in caso di cuticonversione, essere sottoposti a terapia preventiva, perché presentano controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici.
Anti-varicella	Proposta attivamente	OS suscettibili, prioritariamente a chi è a contatto con neonati, bambini, donne gravide o con persone immunodepresse
Antiinfluenzale	Indicata (promossa attraverso campagne stagionali)	Tutti gli OS

Tabella 2: Vaccinazioni indicate per le diverse tipologie di personale sanitario (Fonte Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017 – 2019 pagg. 68-72)

Riferimenti

1. Galanakis E (et al), Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers, Euro Surveill. 2013 Nov 7;18(45):20627
2. Haviari S. (et al), Vaccination of healthcare workers: A review, Hum Vaccin Immunother. 2015;11(11):2522-37. doi: 10.1080/21645515.2015.1082014. Review.
3. Cortes-Penfield N., Mandatory influenza vaccination for health care workers as the new standard of care: a matter of patient safety and nonmaleficent practice, Am J Public Health. 2014 Nov;104(11):2060-5. doi: 10.2105/AJPH.2013.301514. Epub 2013 Dec 12.
4. Durando P (et al), Determinants of adherence to seasonal influenza vaccination among healthcare workers from an Italian region: results from a cross-sectional study, BMJ Open. 2016 May 17;6(5):e010779. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010779
5. Dini G (et al), Influenza vaccination in healthcare workers: A comprehensive critical appraisal of the literature, Hum Vaccin Immunother. 2018 Mar 4;14(3):772-789. doi: 10.1080/21645515.2017.1348442. Epub 2017 Oct 20.
6. To KW (et al), Increasing the coverage of influenza vaccination in healthcare workers: review of challenges and solutions, Hum Vaccin Immunother., 11:11, 2522-2537, DOI: 10.1080/21645515.2015.1082014
7. Ministero della Salute, Vaccinazioni: stato dell'arte, falsi miti e prospettive. Il ruolo chiave della prevenzione, 27 marzo 2017
8. Ministero della Salute, Piano Nazionale Italiano di prevenzione vaccinale 2017-2019
9. Carter AH, Yentis SM, Ethical considerations in the uptake of influenza vaccination by healthcare workers, Public Health. 2018 May;158:61-63. doi: 10.1016/j.puhe.2018.01.020. Epub 2018 Mar 22
10. Regione Friuli Venezia Giulia, Piano regionale prevenzione del Friuli Venezia Giulia 2014-2018
11. Yang YT, Silverman RD, Mandatory influenza vaccination and religious accommodation for healthcare workers: Lessons from recent legal challenges, Vaccine. 2018 Jun 27;36(28):3998-4000. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.05.071. Epub 2018 May 19
12. Comitato nazionale per la Bioetica, Mozione l'importanza delle vaccinazioni, 24 aprile 2015
13. Regione Emilia Romagna, Deliberazione n. 351, dd 12.03.2018. Approvazione del Documento Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario
14. Epicentro - Istituto Superiore Sanità, Aspetti epidemiologici dell'influenza (ultima consultazione il 19.11.2018)
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/influenza/epidItalia.asp>

15. Epicentro - Istituto Superiore Sanità, Influenza stagionale 2017-2018 (ultima consultazione il 20.11.2018)
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/influenza/InfluenzaStagionale2017-18.asp>
16. Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ, Influenza Vaccination For Healthcare Worker Who Care For People Aged 60 Or Older Living In Long-Term Care Institution(Review), Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 2;(6):CD005187. doi: 10.1002/14651858.CD005187.pub5. Review
17. Lee LM, Adding justice to the clinical and public health ethics arguments for mandatory seasonal influenza immunisation for healthcare workers, J Med Ethics. 2015 Aug;41(8):682-6. doi: 10.1136/medethics-2014-102557. Epub 2015 Feb 16
18. Comitato nazionale per la Bioetica, Le vaccinazioni, 22 settembre 1995
19. Carta di Pisa,
http://www.gimpios.it/r.php?v=2904&a=29262&l=334060&f=allegati/02904_2017_04/fulltext/155-157_CartaPisa.pdf
20. Federazione Nazionale Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri, Codice deontologia medica, 2014
<https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf>
21. Örtqvist A (et al), Impact of repeated influenza vaccinations in persons over 65 years of age: A large population-based cohort study of severe influenza over six consecutive seasons, 2011/12–2016/17, Vaccine. 2018 Sep 5;36(37):5556-5564. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.07.052. Epub 2018 Jul 31
22. Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche, Codice deontologico, 2009,
<http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>