



182/57

Prefettura di Palermo  
Ufficio Territoriale del Governo  
Gabinetto

PBC

Palermo, 7 agosto 2017

Prefettura Palermo  
Prot. Uscita del 11/08/2017  
Numero: **0092430**  
Classifica: 10.15



Al Signor Sindaco  
Città Metropolitana  
di PALERMO

Ai Sigg. Sindaci e Commissari  
Straordinari Comuni della Provincia  
LORO SEDI


Al Sig. Questore  
PALERMO

Al Sig. Comandante Provinciale  
Carabinieri  
PALERMO

Al Sig. Comandante Provinciale  
Guardia di Finanza  
PALERMO

OGGETTO: Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2016-2017.

Si trasmette, per opportuna conoscenza e per le iniziative volte ad assicurare la massima diffusione, la circolare emanata dal Ministro della Salute per la prevenzione e controllo dell'influenza stagionale 2017-2018, comprendente le più recenti indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla composizione dei vaccini antinfluenzali.

  
IL PREFETTO  
(De Miro)



# *Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA  
Ufficio 5 Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profili Internazionali

**Prevenzione e controllo dell'influenza:  
raccomandazioni per la stagione 2017-2018**

## Indice

1. Premessa
    - 1.1. Sorveglianza epidemiologica durante la stagione 2016-2017
    - 1.2. Sorveglianza virologica durante la stagione 2016-2017
  2. La prevenzione dell'influenza
    - 2.1. Misure di igiene e protezione individuale
    - 2.2. La vaccinazione
      - 2.2.1. I Vaccini disponibili
      - 2.2.2. Raccomandazioni sull'impiego dei vaccini antinfluenzali per la stagione 2017-18
      - 2.2.3. Tipologia dei vaccini
      - 2.2.4. Dosaggio e modalità di somministrazione
      - 2.2.5. Conservazione del vaccino, temperatura e stabilità
      - 2.2.6. Controindicazioni e precauzioni
      - 2.2.7. False controindicazioni
      - 2.2.8. Somministrazione simultanea di più vaccini
      - 2.2.9. Reazioni indesiderate segnalate dopo somministrazione di vaccino antinfluenzale
  3. Gli antivirali
  4. Interventi
    - 4.1. Sorvegliare le sindromi simil-influenzali
    - 4.2. Obiettivi di copertura del programma di vaccinazione
    - 4.3. Raccomandazione per l'incremento della copertura vaccinale
    - 4.4. Raccomandazioni per la rilevazione della copertura vaccinale
    - 4.5. Sorvegliare gli eventi avversi temporalmente correlati alla vaccinazione
- Allegati

## 1. Premessa

L'influenza rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per l'attuazione delle misure di controllo e la gestione dei casi e delle complicanze della malattia ed è tra le poche malattie infettive che di fatto ogni uomo sperimenta più volte nel corso della propria esistenza indipendentemente dallo stile di vita, dall'età e dal luogo in cui vive.

In Europa, l'influenza si presenta con epidemie annuali durante la stagione invernale. Casi sporadici possono verificarsi anche al di fuori delle normali stagioni influenzali, anche se nei mesi estivi l'incidenza è trascurabile.

I casi severi e le complicanze dell'influenza sono più frequenti nei soggetti al di sopra dei 65 anni di età e con condizioni di rischio, quali ad esempio il diabete, malattie immunitarie o cardiovascolari e respiratorie croniche. Alcuni studi hanno messo in evidenza un aumentato rischio di malattia grave nei bambini molto piccoli e nelle donne incinte. Tuttavia, casi gravi di influenza si possono verificare anche in persone sane che non rientrano in alcuna delle categorie sopra citate.

Le epidemie influenzali annuali sono associate a elevata morbilità e mortalità. Il Centro Europeo per il controllo delle Malattie (ECDC) stima che in media circa 40.000 persone muoiano prematuramente ogni anno a causa dell'influenza nell'UE. Il 90% dei decessi si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni, specialmente tra quelli con condizioni cliniche croniche di base.

In Italia, la sorveglianza integrata dell'influenza prevede la rilevazione stagionale delle sindromi simil influenzali (influenza-like-illness, ILI) attraverso la rete di medici sentinella, Influenet. I dati forniti dal sistema di rilevazione, attivo dal 1999, hanno permesso di stimare che le ILI interessano ogni anno una percentuale compresa tra il 4 ed il 12% della popolazione italiana, a seconda delle caratteristiche del virus influenzale circolante. Inoltre, dalla stagione pandemica 2009/10 è attivo in Italia il monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza stagionale (introdotta con Circolare del 19 novembre 2009 e successive integrazioni con Circolari del 26 novembre 2009, del 27 gennaio 2011, del 7 dicembre 2011, 16 gennaio 2013, 16 gennaio 2014, del 12 gennaio 2015, del 1 dicembre 2015, e del 20 dicembre 2016<sup>1</sup>). Secondo quanto previsto dalla circolare del Ministero della Salute, le Regioni e Province autonome sono tenute a segnalare al Ministero e all'ISS i casi gravi e complicati di influenza, le cui condizioni prevedano il ricovero in Unità di terapia intensiva (UTI) e/o, il ricorso alla terapia in ECMO.

### 1.1 Sorveglianza epidemiologica durante la stagione 2016-2017

In Italia l'attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi influenzali e dei casi gravi e severi di influenza è coordinata dal Dipartimento Malattie Infettive (DMI) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) grazie al contributo dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri e referenti presso le Asl e le Regioni. Inoltre, Influenet vede anche in attiva collaborazione del Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza (CIRI) di Genova.

Nella stagione 2016-2017, il picco epidemico è stato raggiunto nell'ultima settimana del 2016 in anticipo di circa quattro settimane rispetto alle stagioni precedenti con un livello di incidenza pari a 9,5 casi per 1.000 assistiti. Il periodo epidemico (incidenza superiore a 2,44 casi per 1.000 assistiti) ha avuto una durata di 12 settimane.

L'incidenza cumulativa osservata durante la stagione è stata pari a 93 casi per 1.000 assistiti. La stagione influenzale è stata caratterizzata, quindi, da una incidenza cumulativa di media entità (116 casi per 1.000 nella stagione 2004-2005, 99 casi per 1.000 assistiti nella stagione pandemica 2009-2010). L'incidenza cumulativa osservata nelle due fasce di età pediatrica è stata di 230 casi per 1.000 assistiti nella fascia di età 0-4 anni e di 133 casi nella fascia di età 5-14 anni.

<sup>1</sup>  
<http://www.trovainorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=57264&parte=1%20&serie=null>

Come di consueto, l'incidenza ha mostrato una diminuzione all'aumentare dell'età, e ha raggiunto il valore minimo negli anziani (87 casi per 1.000 assistiti tra gli individui di età compresa tra 15 e 64 anni, e 51 casi tra quelli di età pari o superiore a 65 anni).

Come ha evidenziato la sorveglianza delle ILI, l'impatto di questa stagione, in termini di numero di casi gravi e di decessi da influenza confermata, è stato di media entità e pertanto rispetto alla precedente stagione sono stati segnalati più casi gravi e decessi. In particolare nella stagione 2016/17, sono stati segnalati 162 casi gravi e 68 decessi da influenza confermata da 11 regioni e province autonome.

Nella maggior parte dei casi gravi è stato isolato il virus A/H3N2 (63%), seguito dal virus A/H1N1pdm09 (6%) e dal virus B (4%). Nel 27% dei casi gravi e nel 20% dei decessi non è stato possibile tipizzare i virus di tipo A isolati. Nel 69% dei decessi è stato isolato il virus A/H3N2 e nel 10% il virus A/H1N1pdm09.

Durante questa stagione, l'età mediana dei casi gravi è stata di 73 anni (range 0-94); tra i decessi è stata di 76 anni (20-90). Il 82% dei casi gravi ed il 92% dei decessi segnalati al sistema, presentava almeno una patologia cronica preesistente per la quale la vaccinazione antinfluenzale viene raccomandata e solo il 25% era vaccinato. Nessuna donna in gravidanza è stata segnalata in questa stagione.

### 1.2 Sorveglianza Virologica durante la stagione 2016-2017

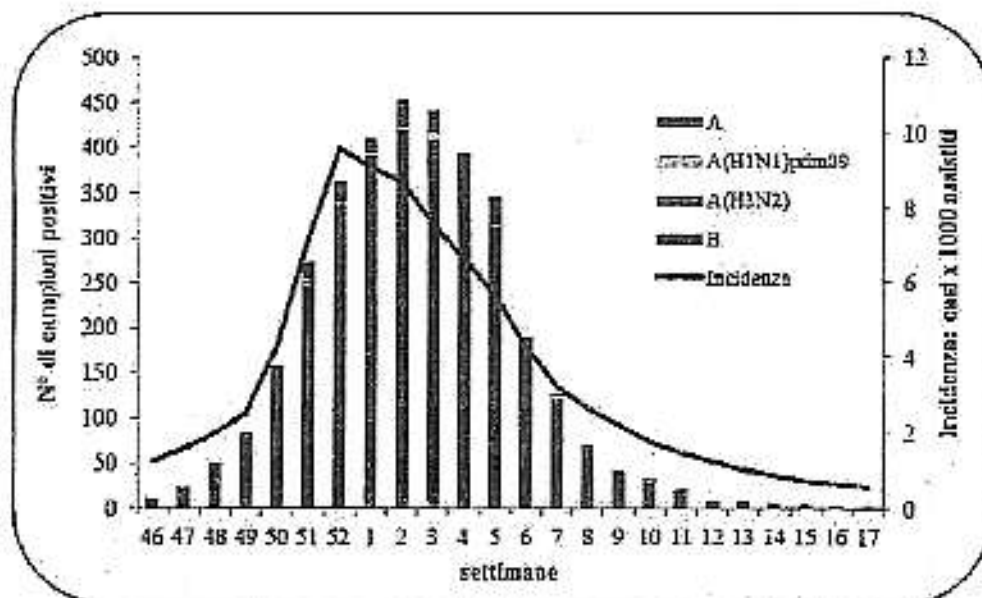
La sorveglianza virologica dell'influenza in Italia è coordinata dal Centro Nazionale OMS per l'Influenza (National Influenza Centre - NIC) dell'Istituto Superiore di Sanità (Dipartimento di Malattie Infettive) e viene svolta in collaborazione con una rete di laboratori di riferimento regionale (Rete Influnet), periodicamente riconosciuti dal NIC per le attività di diagnostica e caratterizzazione di virus influenzali epidemici. Nell'Allegato 3 viene riportato l'elenco dei suddetti laboratori Influnet.

In periodo interpandemico, le attività di monitoraggio virologico sono prioritariamente finalizzate alla caratterizzazione dei virus circolanti nel periodo invernale e alla valutazione del grado di omologia antigenica tra ceppi epidemici e vaccinali. Questi studi, che richiedono l'impiego di complesse metodiche laboratoristiche, permettono l'aggiornamento annuale della composizione vaccinale.

Nel corso della stagione 2016/17, nell'ambito delle attività di laboratorio, sono stati raccolti ed analizzati 12.034 campioni clinici, di cui 3.518 (29%) sono risultati positivi al virus influenzale. La stagione 2016/2017 è stata caratterizzata da un avvio anticipato e già nel mese di settembre alcuni laboratori di riferimento (Bari, Parma, Perugia, Roma, Torino) hanno segnalato casi sporadici di influenza, tutti associati a virus A(H3N2), alcuni dei quali da soggetti di ritorno dall'estero. Successivamente, la circolazione dei virus influenzali ha subito un graduale incremento, raggiungendo il picco più elevato ad inizio gennaio, nella 2ª settimana del 2017 (Figura 1), mentre il periodo di massima incidenza è stato registrato già nella 52ª settimana del 2016, in coincidenza con il picco più elevato nella percentuale di positività registrata (17%).

Durante tutta la stagione vi è stata una netta predominanza del virus influenzale di tipo A (95%), in particolare di quelli appartenenti al sottotipo H3N2 (99% dei ceppi A sottotipizzati). Solo a partire da metà febbraio si è osservata una proporzione crescente dei virus di tipo B, la cui circolazione si è comunque sempre mantenuta a bassi livelli (5%).

**Figura 1** Andamento settimanale dei campioni positivi per influenza, per tipo/sottotipo (stagione 2016/2017)



Nell'ambito del tipo A, sono stati prevalentemente isolati e/o identificati virus appartenenti al sottotipo H3N2 (93%) rispetto ai ceppi H1N1pdm09 (1%). Il restante 6% dei ceppi di tipo A non è stato sottotipizzato.

I risultati delle analisi di caratterizzazione antigenica e molecolare, effettuate sui ceppi A(H3N2), hanno permesso di confermare l'appartenenza di tutti i ceppi analizzati al sottogruppo genetico 3C.2a, la maggior parte dei quali confluisce all'interno del più recente *sub-clade* 3C.2a1, definito dalle sostituzioni aminoacidiche N171K, I405V e G484E nel gene HA, rispetto al ceppo vaccinale A/Hong Kong/4801/2014 (sottogruppo 3C.2a). È stato tuttavia sottolineato dall'OMS e dall'ECDC che i virus appartenenti ai due suddetti sottogruppi genetici risultano antigenicamente simili.

La caratterizzazione molecolare dei virus A(H1N1)pdm09 ne ha evidenziato l'appartenenza al gruppo genetico 6B.1, a cui appartiene il ceppo di riferimento A/Michigan/45/2015 che è stato incluso nella nuova composizione vaccinale per l'emisfero Nord, per la stagione 2017/2018.

I virus influenzali di tipo B appartenenti ai due lineage B/Yamagata/16/88 e B/Victoria/2/67 hanno co-circolato, sebbene i ceppi appartenenti al lineage B/Yamagata siano risultati largamente predominanti (96%).

Le analisi molecolari hanno evidenziato che i ceppi italiani appartenenti al lineage B/Yamagata confluiscono, in particolare, nel gruppo genetico 3, il cui ceppo di riferimento è il B/Phuket/3073/2013.

I pochi ceppi isolati in Italia appartenenti al lineage B/Victoria si raggruppano nel gruppo genetico 1A, rappresentato dal ceppo di riferimento B/Brisbane/60/2008, confermato nella composizione vaccinale per la stagione 2017/2018.

## 2. La prevenzione dell'influenza

### 2.1 Misure di igiene e protezione individuale

La trasmissione interumana del virus dell'influenza si può verificare per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce, ma anche attraverso il contatto con mani contaminate

dalle secrezioni respiratorie. Per questo, una buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie può giocare un ruolo importante nel limitare la diffusione dell'influenza. Recentemente l'ECDC ha valutato le evidenze sulle misure di protezione personali (misure non farmacologiche) utili per ridurre la trasmissione del virus dell'influenza, e ha raccomandato le seguenti azioni:

1. Lavaggio delle mani (in assenza di acqua, uso di gel alcolici) **Fortemente raccomandato**
2. Buona igiene respiratoria (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, trattare i fazzoletti e lavarsi le mani) **Raccomandato**
3. Isolamento volontario a casa delle persone con malattie respiratorie febbrili specie in fase iniziale **Raccomandato**
4. Uso di mascherine da parte delle persone con sintomatologia influenzale quando si trovano in ambienti sanitari (ospedali) **Raccomandato**.

Tali misure si aggiungono a quelle basate sui presidi farmaceutici (vaccinazioni e uso di antivirali).

La campagna di comunicazione sulla prevenzione dell'influenza dovrà quindi includere informazioni sulle misure non farmacologiche.

Tra i messaggi da privilegiare vi sono: l'igiene respiratoria (contenimento della diffusione derivante dagli starnuti, dai colpi di tosse, con la protezione della mano o di un fazzoletto, evitando contatti ravvicinati se ci si sente influenzati); l'evidenziazione che un gesto semplice ed economico, come il lavarsi spesso le mani, in particolare dopo essersi soffiati il naso o aver tossito o starnutito, costituisce un rimedio utile per ridurre la diffusione dei virus influenzali, così come di altri agenti infettivi.

Sebbene tale gesto sia sottovalutato, esso rappresenta sicuramente l'intervento preventivo di prima scelta, ed è pratica riconosciuta, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra le più efficaci per il controllo della diffusione delle infezioni anche negli ospedali.

## 2.2. La vaccinazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19 riportano, tra gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale: il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio.

Per ciò che concerne l'individuazione dei gruppi a rischio rispetto alle epidemie di influenza stagionale, ai quali la vaccinazione va offerta in via preferenziale, esiste una sostanziale concordanza, in ambito europeo, sul fatto che principali destinatari dell'offerta di vaccino antinfluenzale stagionale debbano essere le persone di età pari o superiore a 65 anni, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza.

Pertanto, gli obiettivi della campagna vaccinale stagionale contro l'influenza sono:

- riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte
- riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità

### 2.2.1 I Vaccini disponibili

Attualmente in Italia sono disponibili vaccini antinfluenzali trivalenti (TIV) che contengono 2 virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e un virus di tipo B e un vaccino quadrivalente che contiene 2 virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e 2 virus di tipo B.

L'efficienza del vaccino dipende soprattutto dal match esistente fra i virus in esso contenuti e quelli circolanti. Per tale motivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica ogni anno la composizione del vaccino basandosi sulle informazioni sui ceppi virali circolanti e sull'andamento delle ILI raccolti dal Global Influenza Surveillance Network dell'OMS.

L'OMS ha indicato che la composizione del vaccino per l'emisfero settentrionale nella stagione 2017/2018 sia la seguente:

- antigene analogo al ceppo A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09;
- antigene analogo al ceppo A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2);
- antigene analogo al ceppo B/Brisbane/60/2008 (lineaggio B/Victoria).

Il vaccino per la stagione 2017/2018 conterrà, pertanto, una nuova variante antigenica di sottotipo H1N1pdm09 (A/Michigan/45/2015), che sostituirà il ceppo A/California/7/2009.

Dai dati raccolti dal network dell'OMS si evidenzia che la maggior parte dei virus A(H1N1)pdm09 identificati a livello mondiale sono risultati antigenicamente correlati ai ceppi A/California/7/2009 ed A/Michigan/45/2015 (ceppi inseriti, rispettivamente, nella composizione vaccinale per la stagione 2016/2017 nell'emisfero Nord ed in quella per la stagione 2017 nell'emisfero Sud). Va tuttavia sottolineato che i virus circolanti hanno mostrato una minore reattività antigenica verso alcuni sieri umani post-vaccinazione (A/California/7/2009). Dal punto di vista molecolare, la maggior parte dei ceppi A(H1N1)pdm09 analizzati è risultata appartenere al sottogruppo genetico 6B.1. Solo una piccola proporzione di virus circolanti in Asia e Oceania è risultata appartenere al sottogruppo 6B.2.

La maggior parte dei virus di sottotipo A(H3N2) circolanti nella stagione 2016/2017 ha mostrato una discreta reattività con antisieri diretti verso la variante A/Hong Kong/4801/2014, confermata nella composizione vaccinale 2017/2018 per l'emisfero Nord. Permangono, tuttavia, i problemi legati alla caratterizzazione antigenica della maggior parte dei virus appartenenti a questo sottotipo, a causa di una ridotta o nulla capacità di agglutinare i globuli rossi di diverse specie animali. Le analisi molecolari hanno mostrato l'appartenenza di tutti i ceppi analizzati al gruppo genetico 3C.2a, la maggior parte dei quali si raggruppa all'interno del più recente sottogruppo 3C.2a1. Nell'ambito di quest'ultimo raggruppamento, è stata tuttavia evidenziata una sostanziale diversificazione genetica, con la comparsa di numerosi *clusters* definiti da specifiche sostituzioni aminoacidiche nel gene dell'emagglutinina.

Nell'ambito dei virus influenzali di tipo B, è stata osservata una co-circolazione di ceppi appartenenti ad entrambi i lineage B/Yamagata/16/88 e B/Victoria/2/87, sebbene con proporzioni diverse nei vari paesi. Per quanto riguarda i ceppi appartenenti al lineage B/Yamagata, la maggior parte è risultata antigenicamente e genericamente riconducibile al ceppo B/Phuket/3073/2013 (clade 3), mentre i virus B/Victoria sono risultati correlati al ceppo B/Brisbane/60/2008 (clade 1A), confermato nella composizione vaccinale 2017/2018 per l'emisfero Nord.

Dagli anni 70 in poi i virus influenzali di tipo B si sono suddivisi in due lineage distinti geneticamente sulla base di differenze dell'emagglutinina. Dalla metà degli anni 80, i due lineage rappresentati dai ceppi B/Victoria/2/87 e dal B/Yamagata/16/88, hanno co-circolato in proporzioni variabili nelle diverse stagioni e nei diversi Paesi [Euroflu, Influnet]. Pertanto, nel caso dei vaccini quadrivalenti, l'OMS raccomanda, l'inserimento del virus B/Phuket/3073/2013-like (lineaggio B/Yamagata/16/88), in aggiunta ai tre sopramenzionati.

### 2.2.2 Raccomandazioni sull'impiego dei vaccini antinfluenzali per la stagione 2017-18

Il vaccino antinfluenzale è indicato per tutti i soggetti che desiderano evitare la malattia influenzale e che non abbiano specifiche controindicazioni (vedi paragrafo 2.2.6).

Tuttavia, in accordo con gli obiettivi della pianificazione sanitaria nazionale e con il perseguimento degli obiettivi specifici del programma di immunizzazione contro l'influenza, tale vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente ai soggetti che per le loro condizioni personali corrono un maggior rischio di andare incontro a complicanze nel caso contraggano l'influenza.

Il periodo destinato alla conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, per la nostra situazione climatica e per l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, quello autunnale, a partire dalla metà di ottobre fino a fine dicembre, fatte salve specifiche indicazioni, che saranno fornite se particolari eventi legati ai vaccini e/o l'andamento epidemiologico stagionale dell'influenza lo richiederanno. La campagna di vaccinazione



stagionale, promossa ed economicamente sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale, è rivolta principalmente ai soggetti classificati e individuati a rischio di complicanze severe e a volte letali, in caso contraggano l'influenza. L'offerta gratuita attiva è rivolta anche alle persone non a rischio che svolgono attività di particolare valenza sociale (Tabella 1).

L'inserimento dei bambini sani di età compresa tra 6 mesi e 24 mesi (o fino a 5 anni) nelle categorie da immunizzare prioritariamente contro l'influenza stagionale è un argomento attualmente oggetto di discussione da parte della comunità scientifica internazionale, soprattutto a causa della mancanza di studi clinici controllati di efficacia. L'offerta di vaccinazione è raccomandata dalla Sanità Americana e Canadese e da pochi paesi della Comunità Europea (Gran Bretagna, Finlandia, Belgio, Ungheria e Malta); e i dati disponibili, anche se non conclusivi, mettono in evidenza che livelli di copertura intorno al 50% in soggetti di età compresa fra 11 e 17 anni, permettono una riduzione complessiva del 54% delle ILI, tuttavia ulteriori studi sono necessari per valutare l'impatto comunitario di tale intervento. Pertanto, allo stato attuale, non si ritiene necessario promuovere programmi di offerta attiva gratuita del vaccino influenzale stagionale ai bambini che non presentino fattori individuali di rischio.

Pur in assenza di raccomandazioni per la vaccinazione dei bambini "sani" di età superiore a 6 mesi, qualora il loro pediatra optasse per tale scelta sono valide le stesse regole (dosaggio, n° di dosi) indicate per i bambini appartenenti ai gruppi di rischio.

Per tutti i soggetti della popolazione generale che decidano di vaccinarsi contro l'influenza stagionale, per varie motivazioni (timore della malattia, viaggi, lavoro, etc.), il vaccino stagionale è disponibile presso le farmacie.

Occorre sottolineare che la protezione indotta dal vaccino comincia due settimane dopo l'inoculazione e perdura per un periodo di sei-otto mesi, poi tende a declinare. Per tale motivo, e perché possono cambiare i ceppi in circolazione, è necessario sottoporsi a vaccinazione antinfluenzale all'inizio di ogni nuova stagione influenzale.

**Tabella 1. Elenco delle categorie per le quali la vaccinazione stagionale è raccomandata.**

|   | Categoria  | Dettaglio   |
|---|--|---|
| 1 | Soggetti di età pari o superiore a 65 anni   |   |
| 2 | Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti fino a 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) malattie croniche e ricriche dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopulmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronica ostruttiva-BPCO)</li> <li>b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite</li> <li>c) diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI &gt;30)</li> <li>d) insufficienza renale/giunale cronica</li> <li>e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie</li> <li>f) tumori</li> <li>g) malattie congenite o acquisite che comportino carenze produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV</li> <li>h) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale</li> <li>i) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici</li> <li>j) patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari)</li> <li>k) epatopatie croniche</li> </ul> |
| 3 | Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.     |   |
| 4 | Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano nel secondo e terzo trimestre di gravidanza.  |   |
| 5 | Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti.   |   |
| 6 | Medici e personale sanitario di assistenza.  |   |
| 7 | Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio.  |   |
| 8 | Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Forze di polizia</li> <li>b) Vigili del fuoco</li> <li>c) Altre categorie socialmente utili potrebbero avvantaggiarsi della vaccinazione, per motivi vincolati allo svolgimento della loro attività lavorativa; a tale riguardo, è facoltà delle Regioni/PP.AA. definire i principi e le modalità dell'offerta a tali categorie.</li> <li>d) Infine, è prassi internazionalmente diffusa l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antinfluenzale da parte dei datori di lavoro ai lavoratori particolarmente esposti per attività svolta e al fine di contenere ricadute negative sulla produttività.</li> </ul>  |
| 9 | Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani            | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) allevatori</li> <li>b) addetti all'attività di allevamento</li> <li>c) addetti al trasporto di animali vivi</li> <li>d) necroscopi e vaccinatori</li> <li>e) veterinari pubblici e libero-professionisti</li> </ul>   |