

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna Dipartimento di Sanità Pubblica Unità Operative Igiene e Sanità Pubblica	CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE STAGIONE 2026/2027	Rev. 05 del 08/09/2026 MR PD09_42 Pagina 1 di 2
---	--	---

L'influenza è una malattia provocata da virus, che infettano le vie aeree e che si trasmettono principalmente attraverso tosse e starnuti, che liberano nell'aria goccioline di saliva, o per il contatto (diretto o indiretto) con secrezioni respiratorie contaminate. Nel periodo invernale l'influenza interessa mediamente il 5% di adulti e il 20% di bambini e, nonostante il carattere generalmente benigno, può causare serie complicanze, che vanno dalle polmoniti virali e batteriche alla disidratazione con frequente peggioramento di malattie preesistenti, e che sono più frequenti nei bambini molto piccoli, nelle donne in gravidanza e nelle persone con più di 65 anni di età o con condizioni di rischio.

LA VACCINAZIONE Per la campagna vaccinale 2026/2027, per i soggetti adulti sono disponibili i seguenti vaccini trivalenti, che danno protezione contro due virus influenzali di tipo A e un virus influenzale di tipo B :

- vaccino split, contenente solo quelle particelle del virus, chiamate antigeni, che stimolano la risposta immunitaria e le cellule della memoria; è utilizzabile dai 6 mesi di età ed è indicato per le persone fino a 65 anni d'età senza fattori di rischio (nome commerciale Influvac)
- vaccino adiuvato, ovvero potenziato con una molecola (MF59C) che aumenta la capacità di stimolare il sistema immunitario a produrre anticorpi protettivi e duraturi nel tempo. E' raccomandato per le persone che hanno una minore risposta ai vaccini tradizionali, cioè persone ultrasessantacinquenni, anche se in buona salute, o persone con età uguale o superiore ai 50 anni affette da malattie, che causano immunodepressione, o che utilizzano farmaci immunodepressori (nome commerciale Flud)
- vaccino inattivato contenente antigeni di superficie dei virus influenzali, utilizzabile dai 2 anni di età, destinato alle persone allergiche alle proteine dell'uovo (nome commerciale Flucelvax)
- vaccino quadrivalente ad alto dosaggio, contenente un quantitativo di antigeni virali quattro volte superiore a quello degli altri vaccini quadrivalenti, che stimola più efficacemente il sistema immunitario. E' indicato per tutti gli ospiti di strutture per anziani – CRA accreditate (nome commerciale Efluelda),

Tutte le tipologie di vaccino indicate non contengono virus influenzali vivi e non possono causare l'influenza.

EFFICACIA DELLA VACCINAZIONE La vaccinazione è il mezzo più efficace e sicuro per prevenire l'influenza e per ridurne le complicanze. Poiché i virus dell'influenza mutano nel tempo, la vaccinazione va ripetuta ogni anno. L'igiene respiratoria, l'uso della mascherina, il distanziamento fisico e il lavaggio frequente delle mani aiutano a prevenire la trasmissione dell'influenza e delle altre malattie causate da virus respiratori. Il vaccino antinfluenzale offre protezione nei confronti di alcuni ceppi di virus dell'influenza, per cui durante il periodo invernale potrebbero insorgere altre malattie respiratorie acute anche in soggetti vaccinati contro l'influenza.

CHI DOVREBBE VACCINARSI La vaccinazione antinfluenzale è raccomandata alle persone di età uguale o superiore ai 60 anni, alle persone di tutte le età affette da patologie croniche (es. diabete, cardiopatie, malattie polmonari, malattie del fegato, neoplasie, patologie immunodepressive), persone residenti in strutture assistenziali e lungodegenze e alle donne in gravidanza, indipendentemente dall'età gestazionale, o che abbiano appena partorito. Per la tutela della salute delle persone più vulnerabili, la vaccinazione è raccomandata ai conviventi di persone ad alto rischio e agli operatori sanitari e socio-sanitari. Dato l'elevato impatto sociale delle epidemie influenzali, la vaccinazione è offerta gratuitamente anche a chi svolge lavori in servizi pubblici di primario interesse collettivo e ai donatori di sangue.

CONTROINDICAZIONI ALLA VACCINAZIONE I vaccini antinfluenzali sono ben tollerati. Sono controindicati nelle persone che hanno manifestato reazioni allergiche gravi a precedenti somministrazioni dello stesso vaccino o a suoi componenti.

POSSIBILI REAZIONI ALLA VACCINAZIONE Dopo la vaccinazione potrebbero verificarsi reazioni indesiderate, generalmente lievi, come dolore, gonfiore e rossore nel sito dell'iniezione, mal di testa, malessere generale, febbre, dolori articolari e muscolari, disturbi gastrointestinali. Eccezionalmente si possono avere reazioni più gravi di tipo allergico, nevralgie e disturbi neurologici. In caso di effetti collaterali importanti a seguito della vaccinazione, si raccomanda di segnalare il fatto al proprio Medico e all'ambulatorio vaccinale di riferimento.

**CONSENSO INFORMATO
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE
STAGIONE 2026/2027**

Cognome _____ Nome _____

Tutore/Amministratore di sostegno di Cognome _____ Nome _____

DICHIARO:

- di essere stato informato rispetto ai rischi e ai benefici della vaccinazione **ANTINFLUENZALE** e a quelli che potrebbero derivare dalla mancata vaccinazione
- di aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti
- di essere stato informato della necessità di trattenermi nel servizio, seduto in sala d'attesa, per 15 minuti dopo la vaccinazione
- di avere ricevuto materiale informativo scritto relativo alla vaccinazione sopraindicata
- di aver ben compreso le informazioni che mi sono state fornite (a voce e con documenti scritti specifici) in ordine alle mie condizioni cliniche e ai rischi connessi alla vaccinazione sopraindicata.

- ☐ **ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CON INFLUVAC**
- ☐ **ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CON FLUCELVAX**
- ☐ **ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CON FLUAD (VACCINO ADIUVATO)**
- ☐ **ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CON EFLUELDA (VACCINO ALTO DOSAGGIO)**

Data _____

Firma leggibile dell'interessato/esercente la potestà parentale/tutore

Eventuali osservazioni del Medico Referente per la seduta vaccinale

Firma:

Firma dell'operatore sanitario che raccoglie anamnesi e
consenso

Firma dell'operatore sanitario che vaccina (se diverso da
quello che ha acquisito il consenso)

Spazio per apporre la fustella del vaccino