Iniziativa realizzata con il contributo non condizionante di Pfizer

INFEZIONI RESPIRATORIE

Impatti sull'healthy ageing e sui costi del SSN

Premessa

Le infezioni respiratorie costituiscono un gruppo eterogeneo di patologie che colpiscono l'apparato respiratorio, spaziando da forme lievi, come il raffreddore e la bronchite, fino a quadri clinici più gravi, tra cui la polmonite e il COVID-19, che continua a rappresentare un rilevante burden di salute. Si tratta di condizioni ad alta incidenza nella popolazione generale e con un impatto particolarmente severo sulle fasce più vulnerabili, come anziani, bambini e persone con patologie croniche.

In Italia e in Europa le infezioni respiratorie rappresentano oggi una delle principali sfide per la salute pubblica, con un burden sanitario ed economico destinato a crescere ulteriormente a causa delle transizioni demografiche ed epidemiologiche in atto. Ridurre il problema alla sola parentesi della pandemia di COVID-19 sarebbe fuorviante, poiché già negli anni precedenti al 2020 gli indicatori di incidenza, mortalità e ospedalizzazione mostravano tendenze in aumento.

Nonostante i progressi nella diagnosi, nella sorveglianza epidemiologica e nella disponibilità di vaccini, il carico sanitario ed economico delle infezioni respiratorie rimane elevato. L'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica, molto alta durante l'emergenza pandemica, oggi non rispecchia pienamente la gravità del quadro epidemiologico. Questa discrepanza tra percezione e realtà rischia di indebolire gli sforzi di prevenzione e di compromettere la capacità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di affrontare in modo strutturale una delle sfide più pressanti dei prossimi anni.

In questo scenario, la prevenzione vaccinale si conferma uno degli strumenti più efficaci per ridurre il carico di malattia, migliorare la qualità della vita e preservare la sostenibilità del SSN.

Questo Position Paper si propone di contribuire a mantenere alta l'attenzione su questo tema, evidenziando il burden socio-economico delle infezioni respiratorie, l'adesione alle campagne vaccinali sul territorio nazionale e il contributo della vaccinazione alla sostenibilità del SSN; tematiche chiave sono anche quelle dell'organizzazione e della comunicazione. Il Documento si conclude con proposte concrete per il rafforzamento delle strategie di prevenzione e una gestione più equa ed efficace delle infezioni respiratorie.

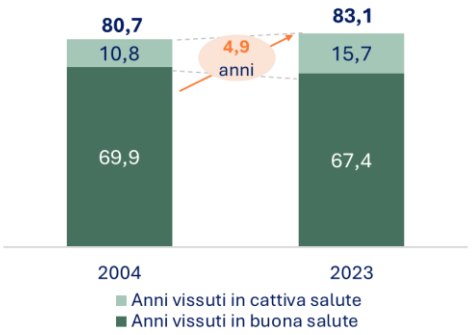
Il Documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro di TEHA Group, composto da: Daniela Bianco, Rossana Bubbico e Iacopo Del Panta. Al Gruppo di Lavoro è attribuita la totale responsabilità dei contenuti e delle opinioni espresse.

La transizione demografica e l'importanza dell'healthy ageing

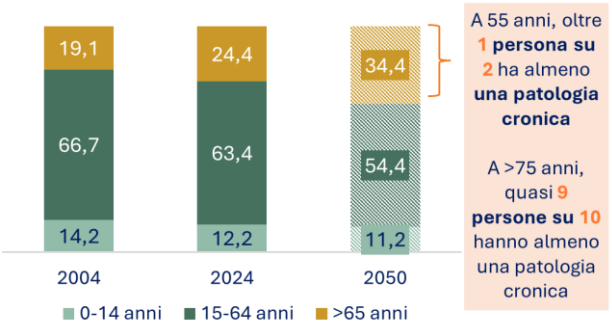
L'Italia, alla pari di molti altri Paesi europei, sta attraversando una fase di profonda transizione demografica, caratterizzata da un rapido e progressivo invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento del fabbisogno assistenziale legato all'aumento della quota di anziani, i quali presentano costi sanitari e socio-assistenziali significativamente superiori rispetto alle classi di età più giovani.

Secondo le stime, nel 2050 oltre un terzo della popolazione italiana (34,4%) sarà over-65, in aumento del 10% rispetto al 2024[1]. Oltre che al calo della natalità, questa dinamica è attribuibile all'aumento dell'aspettativa di vita, che nel 2023 ha raggiunto gli 83,1 anni. Accanto a questo elemento positivo, va sottolineato come negli ultimi 20 anni siano aumentati anche gli anni vissuti in cattiva salute (+4,9 anni) a fronte di un calo di quelli vissuti in buona salute (-2,5 anni)[2], un fattore che aumenta ulteriormente il peso economico e sociale dell'invecchiamento demografico.

Anni vissuti in buona e cattiva salute in Italia (in anni), 2004-2023



Composizione della popolazione italiana per fascia d'età (% sul totale), 2004, 2024 e 2050e



In questo scenario, la sostenibilità di medio-lungo periodo del SSN, fermo restando la necessità di attuare anche politiche di promozione della natalità, dipenderà dalla capacità di attenuare l'impatto dell'invecchiamento demografico agendo sul fabbisogno di salute della popolazione anziana. Questo impone la promozione di una prospettiva di healthy ageing (invecchiamento sano), definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "il processo di sviluppo e mantenimento delle capacità funzionali che consentono il benessere nella terza età". Un invecchiamento in buona salute non solo consente agli individui di mantenere più a lungo autonomia e partecipazione alla vita sociale, economica, politica e culturale, ma produce anche benefici sistemici:

- un contributo positivo alla sostenibilità del sistema sanitario e di welfare, riducendo la spesa pubblica legata a ricoveri, terapie e assistenza socio-sanitaria;
- un apporto produttivo, diretto e indiretto, attraverso la permanenza nel mondo del lavoro, le attività di volontariato e il sostegno familiare, con effetti favorevoli anche sul sistema previdenziale.

[1] Istat, 2025.
[2] Eurostat, 2025.

Il Rapporto sull'invecchiamento 2024 della Commissione Europea[3] evidenzia in modo chiaro la relazione tra stato di salute e spesa sanitaria. Secondo le proiezioni, un invecchiamento in cattiva salute potrebbe determinare entro il 2070 una spesa aggiuntiva pari all'1,2% del PIL, rispetto a uno scenario di invecchiamento sano (8,1% vs 6,9% del PIL). Analogamente, la Dichiarazione del G7 Salute di Ancona (10–11 ottobre 2024) ha ribadito l'importanza di un invecchiamento attivo e in salute come obiettivo strategico, da perseguire con interventi di prevenzione lungo tutto l'arco della vita e attraverso una prospettiva di "economia del benessere", che pone la salute al centro del benessere sociale e della crescita economica.

Accanto alla transizione demografica, è in corso una terza transizione epidemiologica, caratterizzata dal riemergere delle malattie infettive. La pandemia da COVID-19 ne è stata l'esempio più evidente, ma non si tratta di un fenomeno isolato: l'aumento dell'incidenza delle infezioni respiratorie acute, la diffusione di nuovi patogeni (come il COVID-19 stesso) e la ricomparsa di malattie che si ritenevano sotto controllo, come morbillo o pertosse, mostrano come le patologie infettive siano tornate a rappresentare una minaccia strutturale.

In tale contesto, la pratica vaccinale rappresenta lo strumento più efficace per ridurre il carico di malattia e contenere la spesa sanitaria futura. Le vaccinazioni consentono infatti di:

- prevenire infezioni ad alto impatto, come influenza, polmonite pneumococcica, COVID-19 e RSV, riducendo mortalità e ricoveri, soprattutto negli anziani e nei soggetti fragili;
- limitare le riacutizzazioni di patologie croniche già presenti nella popolazione più fragile che vanno incontro a recrudescenze nel momento in cui il paziente contrae una infezione respiratoria;
- evitare costi diretti e indiretti significativi per l'economia nazionale e rafforzare la sostenibilità del SSN e dei conti pubblici.

In un Paese che registra uno dei burden più elevati di infezioni respiratorie in Europa, il rafforzamento delle strategie vaccinali deve quindi essere considerato una priorità non solo sanitaria, ma anche economica e sociale. La prevenzione vaccinale è quindi un investimento strategico di lungo periodo, capace di garantire maggiore qualità di vita alle persone che invecchiano e, al contempo, di preservare la sostenibilità del sistema di welfare in un contesto di progressiva pressione demografica.

Il peso sanitario ed economico delle infezioni respiratorie in Italia

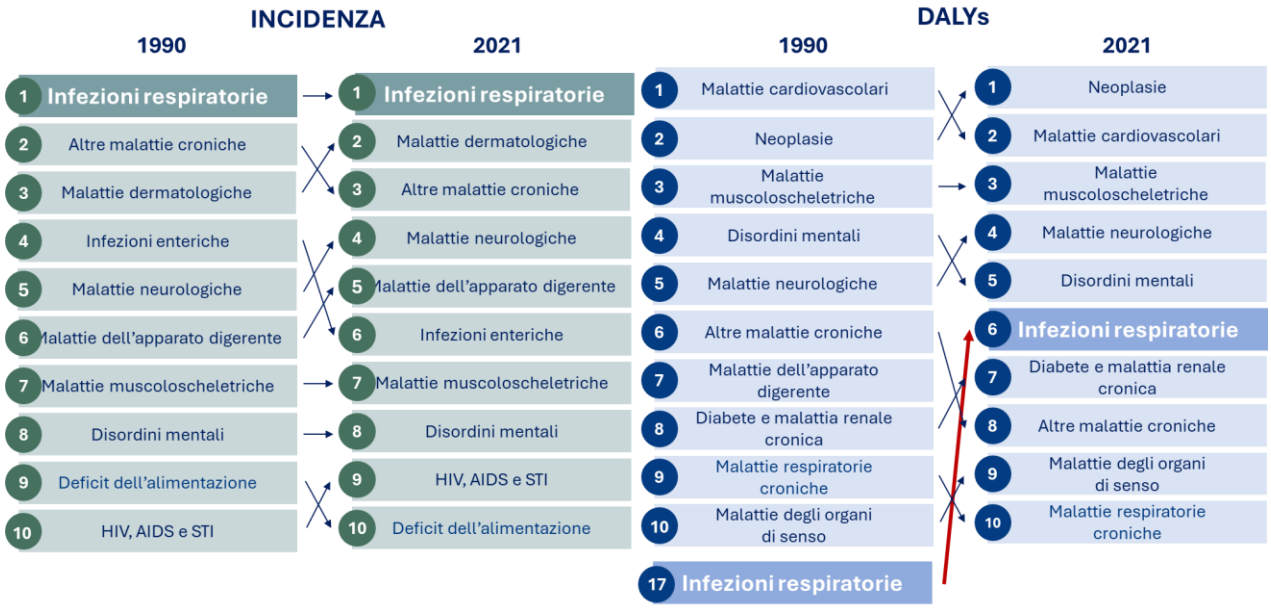
Le infezioni respiratorie rappresentano una delle principali cause di malattia e mortalità in Italia, con un impatto crescente negli ultimi decenni. Ogni anno si registrano circa 188.300 casi ogni 100.000 abitanti, un valore superiore alla media europea (185.000), a conferma della loro ampia diffusione nella popolazione generale. In termini pratici, ciò significa che ogni cittadino italiano si ammala in media quasi due volte l'anno, con quadri clinici che vanno da condizioni lievi a forme gravi come bronchiti o polmoniti.

[3] Commissione Europea (2024), "2024 Ageing Report. Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)".

L'incidenza non è omogenea tra la popolazione e risulta più elevata tra le donne (195.000 casi per 100.000) rispetto agli uomini (180.000), e particolarmente marcata nella fascia pediatrica, dove si contano circa 323.000 casi ogni 100.000 bambini. Significativo è tuttavia anche il carico di malattia tra adulti e anziani, con circa 140.000 casi per 100.000 abitanti over-50, un dato che sottolinea la vulnerabilità delle fasce di popolazione più fragili[4].

L'invecchiamento della popolazione si associa a un rischio più elevato di contrarre malattie infettive, sia a causa delle comorbidità cronico-degenerative sia per i processi di immunosenescenza, ossia l'invecchiamento biologico del sistema immunitario che rende gli anziani più vulnerabili. L'impatto è evidente nei dati epidemiologici: in Europa, circa l'88% dei decessi respiratori attribuibili all'influenza riguarda la popolazione anziana[5]. Rispetto al COVID-19, oltre il 96% dei decessi in Italia riguarda la popolazione over-60[6]. Nell'attuale contesto demografico, l'impatto delle infezioni respiratorie è quindi destinato ad aumentare.

Il peso delle infezioni respiratorie si riflette in modo significativo anche su altri indicatori di salute. Tra il 1990 e il 2021 i DALY (anni di vita persi a causa di disabilità e morte prematura) attribuibili a queste patologie in Italia sono cresciuti del 502,6%, passando da 368,2 a 2.218,5 per 100.000 abitanti. Se nel 1990 le infezioni respiratorie occupavano il 17° posto tra le cause di DALY, nel 2021 sono salite al 6° posto, superando patologie croniche come il diabete o le malattie neurologiche[7]. Un incremento così marcato, in larga parte legato alla pandemia da COVID-19 ma iniziato ben prima, impone un cambio di paradigma: le infezioni respiratorie non possono più essere considerate eventi stagionali o circoscritti, ma una priorità di sanità pubblica da prevenire e gestire lungo tutto l'arco dell'anno.

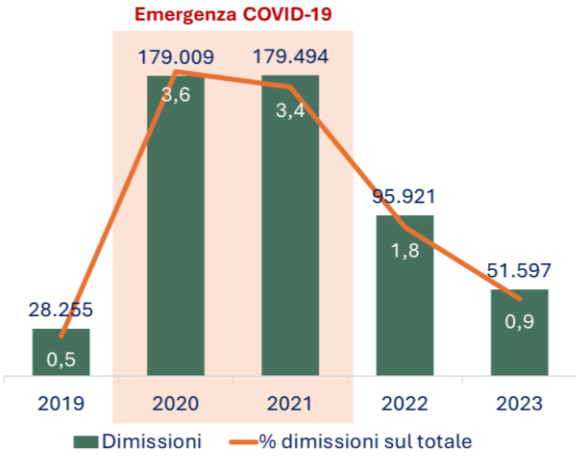


I dati sulle ospedalizzazioni per infezioni respiratorie mostrano con chiarezza la portata strutturale del fenomeno. Se nel 2019 le dimissioni ospedaliere rappresentavano appena lo 0,5% del totale, l'emergenza pandemica ha prodotto un'impennata senza precedenti, con

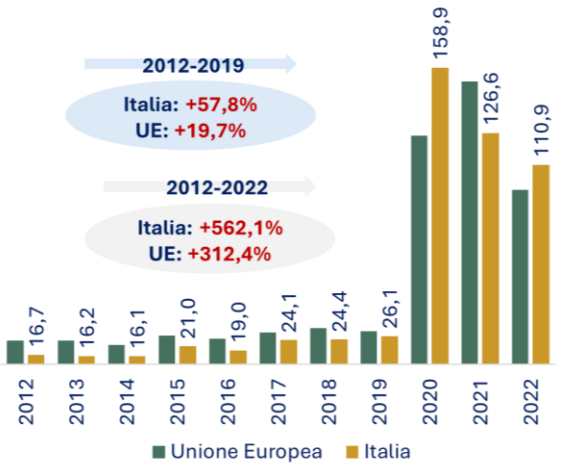
[4] Global Burden of Disease, 2025.
[5] Neumann G et al. (2022), "Seasonality of influenza and other respiratory viruses". EMBO Molecular Medicine.
[6] Global Burden of Disease, 2025.
[7] Ibid.

oltre 179.000 ricoveri all'anno nel biennio 2020–2021. La campagna vaccinale ha permesso di ridurre drasticamente questo carico, ma non di riportarlo ai livelli pre-pandemici, anche a causa di un'adesione alle campagne vaccinali per prevenire queste infezioni via via in diminuzione: nel 2023 i ricoveri restavano comunque superiori dell'82,6% rispetto al 2019, segnale che la pressione delle infezioni respiratorie sul SSN rimane ben più elevata rispetto al passato[8].

Dimissioni per infezioni e infiammazioni respiratorie in Italia (numero assoluto e % sul totale), 2019 - 2023



Tasso di mortalità delle infezioni respiratorie in Italia e nell'Unione Europea (per 100.000 abitanti), 2012 - 2022



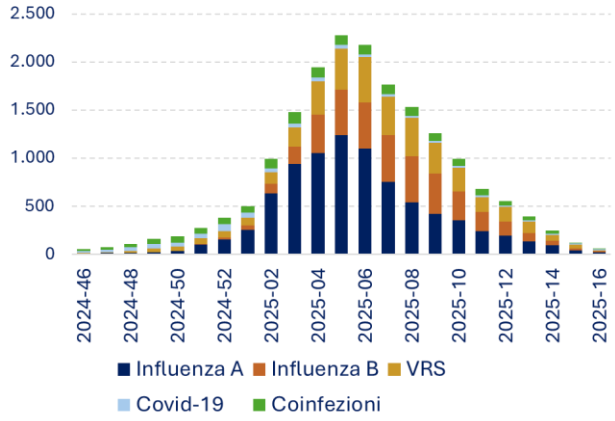
Con la pandemia di COVID-19 si è registrato un incremento drammatico della mortalità per infezioni respiratorie, ma il fenomeno non può essere ricondotto esclusivamente all'emergenza pandemica. Già prima del 2020 il tasso di mortalità era in crescita significativa: tra il 2012 e il 2019 in Italia è aumentato del 57,8%, contro un incremento medio europeo del 19,7%. L'arrivo della pandemia ha accelerato questa tendenza, portando l'aumento complessivo della mortalità a livelli senza precedenti: +562,1% in Italia e +312,4% nell'Unione Europea nel 2022 rispetto al 2012. Nel 2022, il 9,1% dei decessi in Italia era riconducibile alle infezioni respiratorie, un valore più elevato di Spagna (9,0%), Francia (8,5%) e Germania (6,7%) e superiore anche alla media europea (8,5%)[9], con il COVID-19 che da solo ha causato oltre 51.000 decessi.

L'ultima stagione influenzale è stata inoltre particolarmente impattante. Dopo una crescita costante iniziata con la stagione 2020-2021, la circolazione del virus influenzale ha raggiunto nel 2024-2025 un nuovo picco, segnando il livello più alto registrato negli ultimi anni. Le sindromi simil-influenzali, attribuibili a una pluralità di virus respiratori e non soltanto ai virus influenzali tradizionali, hanno interessato il 27,7% della popolazione, in crescita rispetto al 25,3% della stagione precedente. In totale, sono stati oltre 16 milioni i casi di sindromi simil-influenzali. Di questi, il COVID-19 e altri coronavirus hanno fatto registrare circa 1,6 milioni di casi[10]. Importante anche la circolazione del virus respiratorio sinciziale, che ha registrato circa

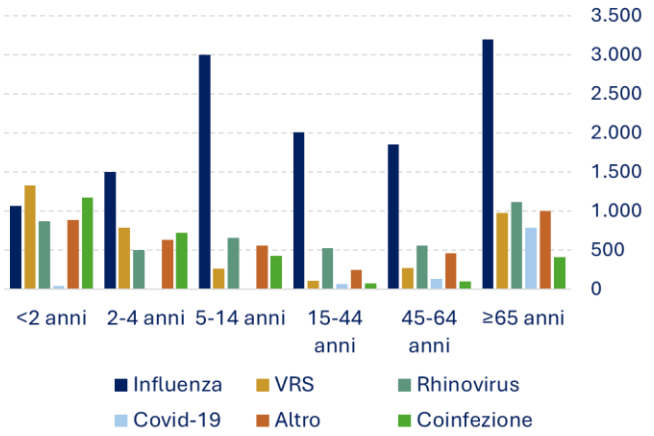
[8] Ministero della Salute, 2025.
[9] Eurostat, 2025.
[10] Istituto Superiore di Sanità, 2025.

2,4 milioni di casi e che ogni anno causa oltre 26.000 ricoveri e 1.800 decessi[11]; anche la diffusione della polmonite è stata importante e ha portato a circa 150.000 ricoveri ospedalieri e 9.000 decessi.

Campioni positivi per settimana di rilevamento e tipo di virus (numero), 2024-2025



Campioni positivi per fascia di età e tipo di virus (numero), 2024-2025



Anche al di fuori della stagione invernale, il COVID-19 è tornato a farsi sentire. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità ad agosto 2025 sono stati registrati più di 5.200 casi, con un'età mediana pari a 60 anni, e 18 decessi. Soltanto nella settimana 28 agosto-3 settembre, sono stati registrati 2.052 nuovi casi (numero più elevato del 2025) con un aumento del 47% rispetto alla settimana precedente, 760 ricoveri e 8 decessi; le fasce di età che registrano il più alto tasso di incidenza, ospedalizzazione e mortalità, settimanale sono 80-89 anni e over-90.

Un elemento che sottolinea ulteriormente la gravità del quadro delle infezioni respiratorie è rappresentato dalla resistenza antimicrobica (AMR), fenomeno che l'OMS identifica come una delle 10 principali minacce globali alla salute pubblica, insieme all'esitanza vaccinale. Le infezioni respiratorie sono tra le patologie per cui vengono prescritti più antibiotici, spesso in maniera non appropriata, contribuendo allo sviluppo di ceppi resistenti. Questo meccanismo genera un circolo vizioso: da un lato, la crescente resistenza agli antibiotici rende più complessa e costosa la gestione delle infezioni respiratorie, dall'altro, proprio l'elevato volume di prescrizioni in questo ambito accelera la diffusione delle resistenze.

In Italia, che registra livelli di consumo di antibiotici tra i più alti in Europa, il problema assume una rilevanza particolare: le infezioni respiratorie rappresentano una quota significativa del carico di AMR, con batteri come *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae* che mostrano crescenti livelli di resistenza[12]. In questo contesto, rafforzare la prevenzione primaria attraverso le vaccinazioni diventa ancora più cruciale: ridurre l'incidenza di infezioni respiratorie significa limitare la necessità di ricorrere agli antibiotici e, di conseguenza, contrastare l'AMR.

[11] Puggina A et al. (2025), "Demographics and clinical burden of disease among RSV-hospitalized older adults in Italy: A retrospective cohort study". Human Vaccines & Immunotherapeutics.
[12] Istituto Superiore di Sanità, 2023.

Dal punto di vista economico, sulla base di una analisi della letteratura medico-scientifica condotta da TEHA Group, è possibile stimare un costo annuale delle infezioni respiratorie diretto e indiretto per l'economica nazionale pari a circa 7,5 miliardi di euro[13]. Questi costi sono comprensivi dell'utilizzo di risorse sanitarie (ricoveri ospedalieri, accessi ambulatoriali, farmaci e diagnostica), della perdita di produttività (degli individui e dei caregiver) e del valore economico degli anni di vita persi per la mortalità causata da queste patologie.

La vaccinazione – contro influenza, pneumococco, COVID-19 pertosse e, più recentemente, RSV – rappresenta quindi insieme al monitoraggio e la sorveglianza, la formazione del personale sanitario e l'informazione ai cittadini, uno dei più importanti strumenti di contrasto alla diffusione delle infezioni respiratorie. In una visione globale del fenomeno, la vaccinazione e gli altri strumenti di contrasto devono essere interpretati non solo come strumenti di protezione individuale ma anche come fattori che permettono la riduzione del burden economico per il SSN così come un investimento per contrastare l'AMR.

L'andamento delle campagne vaccinali

Il successo delle campagne vaccinali è il risultato di un complesso insieme di fattori istituzionali, organizzativi e sociali. Un efficace approvvigionamento resta un prerequisito imprescindibile, ma da solo non basta: occorre affrontare questioni legate alla distribuzione, alla capacità del sistema sanitario di impiegare personale adeguatamente formato, al livello di coordinamento tra amministrazioni pubbliche, professionisti della salute e altri attori del territorio. A ulteriore complicazione vi è anche il crescente fenomeno dell'esitanza vaccinale, spesso alimentato da disinformazione e dalla difficoltà di accesso alla somministrazione, soprattutto nelle aree interne o meno servite[14]: entrambi gli elementi richiedono risposte adeguate.

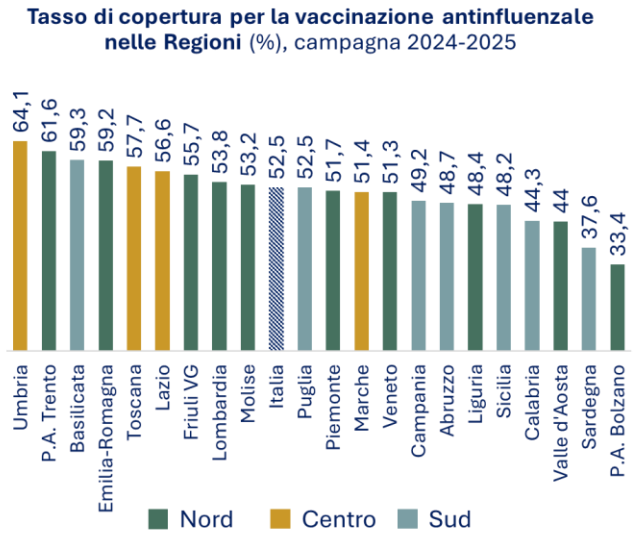
L'Italia presenta uno dei Calendari Vaccinali più completi d'Europa, anche per quanto riguarda la popolazione adulta e fragile, ma i tassi di copertura vaccinale per questo target di popolazione stentano a decollare: i dati disponibili a livello nazionale – per la vaccinazione antinfluenzale e anti-COVID – e i pochi accessibili a livello locale – per la vaccinazione antipneumococcica – mostrano risultati lontani dai target minimi di copertura fissati dall'OMS (75%).

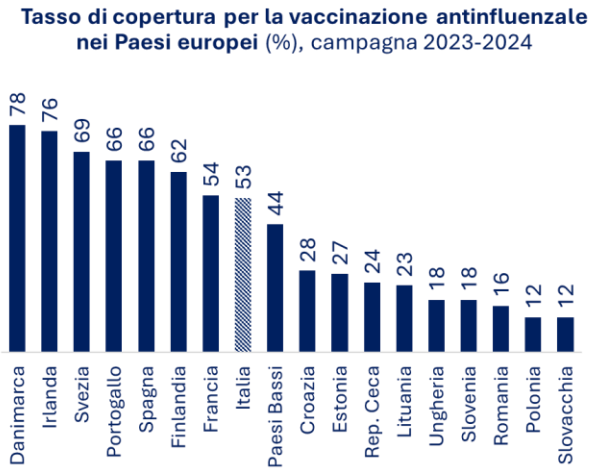
I dati, recentemente pubblicati, sull'ultima campagna di vaccinazione antinfluenzale mostrano una prosecuzione del trend di discesa della copertura negli over-65, arrivata nell'ultima stagione 2024-2025 al 52,5% (-0,8% rispetto alla stagione precedente), con un elevato grado di difformità regionale (si passa dal 64,1% dell'Umbria al 33,4% della P.A. di Bolzano). Questi livelli di copertura pongono l'Italia a grande distanza dai Paesi del Nord

[13] I costi indiretti sono stati calcolati riparametrando i dati della International Respiratory Coalition (IRC) del 2021 sulla base della variazione del numero di casi tra il 2021 e il 2024 e sulla base del rapporto tra casi totali e ospedalizzazioni, in modo da tenere conto della riduzione dei costi per paziente avvenuta tra il 2021 e il 2024, in particolare per quanto riguarda il COVID-19. I costi indiretti relativi a tubercolosi, influenza, polmonite e VRS sono stati mantenuti costanti rispetto ai dati del 2021 della IRC. I costi diretti sono stati stimati utilizzando la distribuzione dei costi tra diretti e indiretti per le infezioni respiratorie presente in letteratura scientifica.
[14] Signorelli C et al. (2024), "Vaccinating in Different Settings: Best Practices from Italian Regions".

Europa, che superano o si avvicinano al 70% (Danimarca 78%, Irlanda 76%, Svezia 69%)[15], ma anche dai Paesi del mediterraneo (Portogallo e Spagna al 66%).

Per quanto riguarda la popolazione generale, la cui copertura ha visto un leggero aumento dal 18,9% al 19,6%; le Regioni più virtuose sono Toscana e Umbria (22,6%), seguite dalla Puglia (22,0%), mentre rimane bassa la copertura in Calabria (13,7%), Sardegna (15,1%) e P.A. di Bolzano (11,1%)[16].

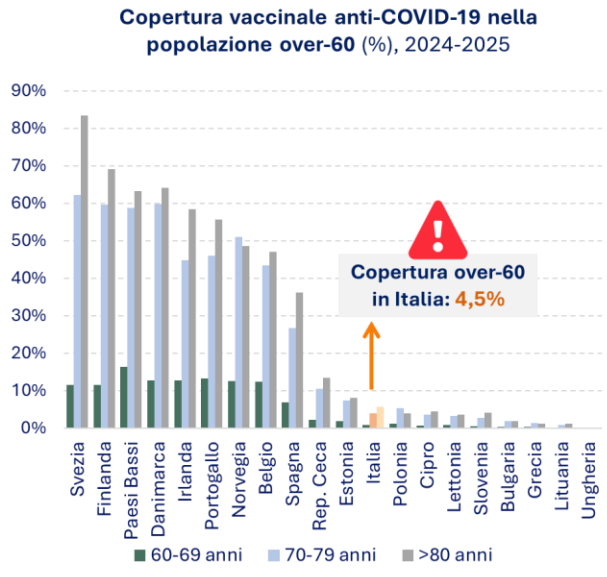


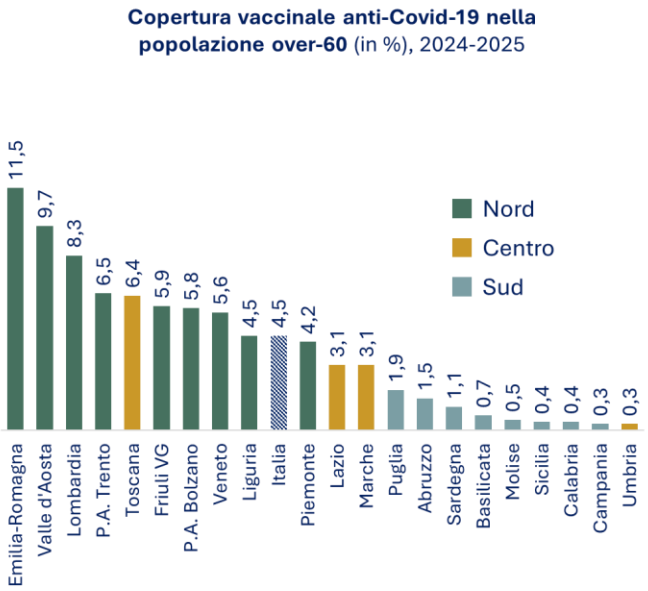


La situazione per quanto riguarda la vaccinazione contro il COVID-19 è allarmante. Nella stagione 2024-2025 la copertura tra gli over-60 è pari ad appena il 4,5%, un valore nettamente inferiore rispetto a quello della stagione invernale precedente (10,2%), a sua volta di gran lunga inferiore rispetto ai target raccomandati. Questi valori pongono l'Italia a grande distanza rispetto agli altri Paesi europei, dove i tassi raggiungono frequentemente il 50-60% negli anziani, specie nel Nord Europa[17].

A livello regionale, in misura ancora più significativa rispetto al caso della vaccinazione antinfluenzale, i dati mostrano un gradiente Nord-Sud estremamente marcato: l'Emilia Romagna rappresenta la Regione con la copertura maggiore (11,5%), seguita da Veneto (9,7%) e Lombardia (8,3%), mentre in coda si collocano tutte le Regioni del Mezzogiorno, con valori ampiamente inferiori alla media nazionale. In particolare, Basilicata, Molise, Sicilia, Calabria Campania e Umbria non raggiungono l'1%[18].

[15] ECDC, 2024.
[16] Ibid.
[17] ECDC, 2025.
[18] Ministero della Salute, 2025.





Per quanto riguarda la vaccinazione antipneumococcica, l'assenza di un'anagrafe vaccinale pienamente operativa non consente una lettura integrata dei dati regionali. A fronte di un obiettivo minimo del 75% negli over-65, le stime indicano, in generale, un tasso di copertura inferiore al 30%, con alcune Regioni come il Veneto con valori ben al di sopra, pari al 59,5%.

La copertura della popolazione pediatrica, secondo gli ultimi dati disponibili (dati 2023, coorte 2021), arriva al 91,57% a livello nazionale, con valori che vanno dal 96,3% del Veneto al 78,4% della P.A. di Bolzano.

Contro il VRS, è raccomandata la vaccinazione per gli adulti di età pari o superiore a 60 anni per proteggerli dalle forme gravi della malattia. Seppure vi sia la disponibilità del vaccino, le Regioni non hanno ancora avviato campagne di vaccinazione strutturata, lasciando spazio in alcuni casi a iniziative locali. In Europa, nei Paesi in cui la vaccinazione rivolta agli adulti è stata introdotta, si sono registrati risultati importanti. In Scozia, il programma di vaccinazione rivolto ai cittadini di 75-79 anni nel 2024, ha portato a una diminuzione del 62,1% delle ospedalizzazioni[19].

In Italia, attualmente, per la popolazione pediatrica è stata introdotta l'immunizzazione contro il VRS con un anticorpo monoclonale che ha già portato a risultati importanti in termini di riduzione dei ricoveri, pari mediamente al 70%; in Veneto, ad esempio, la campagna di immunizzazione, accompagnata da una efficace campagna di comunicazione tra le famiglie, i pediatri e i professionisti sanitari dell'area materno-infantile, ha ridotto i ricoveri ospedalieri del 74%, dai 1.003 della stagione invernale precedente agli attuali 260[20].

Se da un punto di vista dell'offerta, il Calendario Vaccinale italiano – anche per gli adulti e i soggetti fragili – è uno di più completi al mondo, quello che manca è, in alcuni casi, un'adeguata organizzazione dei servizi vaccinali per queste fasce di età, adeguati sistemi di

[19] Hameed SS et al. (2025), "Early evidence of RSV vaccination impact on hospitalisation rates of older people in Scotland". The Lancet Infectious Diseases.
[20] Regione Veneto, 2025.

sorveglianza delle coperture e sforzi in attività di comunicazione targettizzate insufficienti che si traducono in tassi di adesione alle campagne vaccinali insoddisfacenti.

Aumentare i tassi di copertura vaccinale vuol dire, oltre che migliorare la salute della popolazione, anche contribuire alla sostenibilità del SSN. In un contesto caratterizzato da vincoli stringenti di bilancio e da una transizione demografica che riduce la popolazione attiva e aumenta la domanda di cure, la possibilità di contenere la spesa sanitaria attraverso la vaccinazione assume un rilievo ancora più significativo.

Secondo stime elaborate dal TEHA Group, l'incremento delle coperture vaccinali dell'adulto contro influenza, pneumococco, COVID-19 e VRS genererebbe un beneficio economico, in termini di costi diretti e indiretti evitati (incluso il valore economico delle morti evitate), che raggiunge il miliardo di euro a fronte di una copertura vaccinale pari al 50%, valore inferiore rispetto ai target minimi raccomandati; il raggiungimento della copertura ottimale del 95% porterebbe a un risparmio di 2,1 miliardi di euro l'anno.

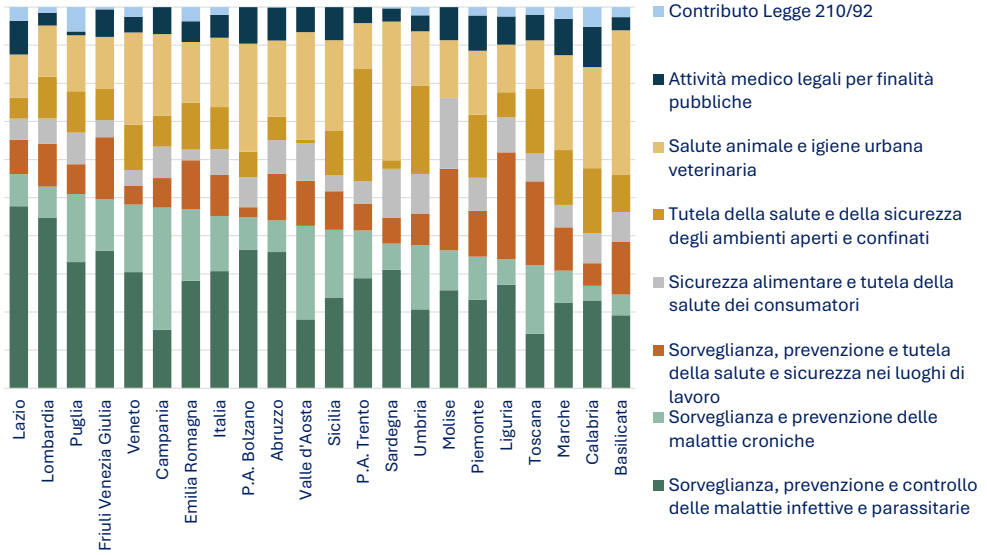
A livello regionale, l'impatto positivo tende a concentrarsi nelle aree con una maggiore popolazione over-65, un più elevato burden di infezioni respiratorie e coperture vaccinali meno elevate. In particolare, Lombardia, Lazio e Piemonte registrerebbero i benefici maggiori, con la sola Lombardia che potrebbe evitare fino a 161,4 milioni di euro di costi con copertura al 50% e 329,6 milioni con copertura al 95%. Complessivamente, in sole 7 Regioni (Lombardia, Lazio, Piemonte, Puglia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana) si concentra oltre il 55% del potenziale impatto positivo a livello nazionale, pari a oltre 1,2 miliardi di euro nello scenario di copertura più elevata.

Oltre ai benefici economici, la vaccinazione produce un valore sociale rilevante, che va ben oltre la protezione individuale. Prevenendo la diffusione delle malattie infettive e raggiungendo l'immunità di gregge, si proteggono i soggetti più vulnerabili e coloro che, per ragioni mediche o di età, non possono vaccinarsi. La vaccinazione assume quindi un ruolo cruciale nella tutela delle persone fragili e nella salvaguardia della salute pubblica. In prospettiva, l'immunizzazione aumenta anche il grado di preparazione della società di fronte a future epidemie, rafforzando la capacità di risposta a malattie note ed emergenti. Non da ultimo, in un contesto nazionali di difformità territoriali, la vaccinazione rappresenta uno strumento essenziale di equità sanitaria, poiché garantisce una protezione uniforme contro le infezioni a prescindere dalle condizioni socio-economiche.

Nonostante i benefici sanitari, economici e sociali derivanti dalla prevenzione, i dati mostrano come la spesa regionale in prevenzione resti in molte Regioni stabilmente al di sotto dell'obiettivo del 5% del Fondo sanitario nazionale. Se a livello nazionale la spesa è arrivata alla soglia del 5%, sono 11 le Regioni che non raggiungono gli obiettivi di spesa, tra le quali Liguria (4,1%), Puglia (4,2%) e Calabria (4,3%).

Spesa pubblica per prevenzione collettiva e sanità pubblica
(% sulla spesa sanitaria pubblica), 2023

Molise	7,8
Valle d'Aosta	7,4
Sardegna	6,4
Campania	5,8
P.A. Bolzano	5,4
Umbria	5,4
Sicilia	5,4
Emilia-Romagna	5,3
Lombardia	5,1
Veneto	5,0
Italia	5,0
Abruzzo	4,9
P.A. Trento	4,8
Toscana	4,7
Lazio	4,7
Piemonte	4,6
Marche	4,5
Basilicata	4,4
Friuli Venezia Giulia	4,3
Calabria	4,3
Puglia	4,2
Liguria	4,1



Inoltre, la composizione interna della spesa in prevenzione risulta essere molto eterogenea. La spesa per le attività rivolta alle persone, che comprende la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche e delle malattie infettive, spazia da un minimo di 24,5% della spesa in prevenzione totale in Basilicata a un massimo di 56,1% nel Lazio. In particolare, la spesa per la prevenzione delle malattie infettive, che comprende gli investimenti sulle campagne vaccinali, vede una eterogeneità ancora più marcata: dal 3,9% della Calabria si passa infatti al 32,1% della Campania, con una media nazionale pari al 14,5%.

Questa frammentazione, unita a un obiettivo di spesa per la prevenzione già di per sé modesto, non solo riduce l'impatto delle campagne vaccinali, ma rischia di ampliare ulteriormente le disuguaglianze territoriali in termini di accesso alla prevenzione delle infezioni respiratorie. Qualora dovesse essere aumentata l'allocazione alla spesa in prevenzione al 7-8% del FSN, come auspicato anche dal Ministro Orazio Schillaci, è importante che le Regioni impieghino i fondi addizionali soprattutto per le attività rivolte alle persone, inclusi i programmi vaccinali.

Il ruolo dell'organizzazione e della comunicazione

I livelli subottimali di copertura vaccinale registrati in Italia per le vaccinazioni contro le infezioni respiratorie non possono essere ricondotti a un'unica causa, ma sono il risultato dell'interazione tra criticità di natura organizzativa e fattori sociali e comportamentali. Sul piano organizzativo, persistono elementi strutturali che ostacolano una diffusione più ampia delle campagne, tra cui la frammentazione dei modelli regionali, l'assenza di un'anagrafe vaccinale nazionale pienamente operativa e la limitata disponibilità di punti di somministrazione in alcune aree, specie laddove vi è una carenza di Medici di Medicina Generale (MMG); anche il coinvolgimento delle farmacie nella pratica vaccinale presenta livelli di intensità diversi nei vari territori.

Accanto a tali criticità, si osservano fattori di natura sociale che influiscono sull'adesione della popolazione alle campagne. Tra questi, un ruolo crescente è svolto dalla "vaccine fatigue",

alimentata dalla disinformazione così come da un calo della percezione del rischio legato alle malattie infettive. L'effetto combinato di questi fattori determina una riduzione della propensione a vaccinarsi anche tra le fasce di popolazione più vulnerabili, rendendo ancora più urgente l'elaborazione di strategie volte a riportare le coperture in linea con i target ottimali di copertura.

Le Regioni riscontrano una diminuzione della fiducia nella vaccinazione, in particolar modo per quanto riguarda quella contro il COVID-19. Questa disaffezione è alimentata anche dalla percezione di scarso impatto e dal rischio basso per la salute del COVID-19 e delle altre infezioni respiratorie, un fattore sul quale la comunicazione medico-paziente può giocare un ruolo significativo.

Nelle campagne vaccinali, a prescindere che si tratti di campagne stagionali (influenza, COVID) o vaccinazioni per determinate fasce d'età o rivolte a soggetti fragili, le Regioni prediligono come strumenti di comunicazione la pubblicazione di informazioni su siti internet e la predisposizione di materiale informativo; i soggetti che vengono maggiormente coinvolti sono ASL, MMG e farmacie.

Le Regioni stanno cercando di aumentare le coperture attraverso una pluralità di strategie. Che vanno dal rafforzamento della vaccinazione sui luoghi di lavoro, al ricorso a influencer sui social media per la promozione della vaccinazione. Prosegue la collaborazione con le farmacie a cui si aggiungono accordi di collaborazione con il terzo settore per estendere la rete di promozione e offerta vaccinale. Gli open day continuano a rappresentare dei momenti importanti anche per promuovere la co-somministrazione.

Aumenta anche la cultura del dato con le Regioni che aumentano gli investimenti nei sistemi di sorveglianza così da monitorare in tempo reale gli accessi in pronto soccorso per le infezioni respiratorie. Sempre a livello ospedaliero, in alcune Regioni si è optato anche per l'acquisto di posti letto aggiuntivi per la stagione invernale e alla creazione di hub infettivologici gestiti dai medici di medicina generale e altre misure definite nelle recenti delibere regionali. Infine, sono stati potenziati e integrati anche i software per la prenotazione delle vaccinazioni.

A livello locale, alla luce delle difficoltà registrate negli ultimi anni, numerose Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere hanno adottato misure organizzative volte a migliorare l'adesione alle campagne vaccinali. Uno degli strumenti più diffusi è rappresentato dalla chiamata attiva dei cittadini, utilizzata ora dal 70,7% delle aziende[21]. Non sono tuttavia disponibili dati disaggregati sulle modalità impiegate (e-mail, SMS o telefonata), con quest'ultima che viene generalmente considerata la più efficace, in quanto consente un contatto diretto e personalizzato con il cittadino.

Dopo la pandemia da COVID-19, molte aziende hanno inoltre introdotto nuove modalità organizzative: il 47,6% ha istituito nuovi hub vaccinali, mentre il 27,4% ha dichiarato di aver potenziato la capillarità della rete di somministrazione, ampliando i punti di accesso sul territorio. Rimangono però ambiti critici: solo l'8,3% ha investito in processi di

[21] I dati riportati fanno riferimento alla survey dell'Istituto Superiore di Sanità "Vaccinazioni per individui fragili: mappatura e analisi comparata dei modelli organizzativi di presa in carico, promozione e offerta vaccinale in Italia" del 2025. Il questionario fa riferimento a 12 Regioni italiane: Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Campania, Puglia e Calabria.

informatizzazione, utile sia per semplificare la prenotazione da parte dei cittadini, sia per migliorare la raccolta e l'elaborazione dei dati utili al monitoraggio nazionale. Analogamente, solo il 37,6% ha implementato sistemi strutturati di catch-up vaccinale, indispensabili per recuperare i soggetti che risultano inadempienti o in ritardo.

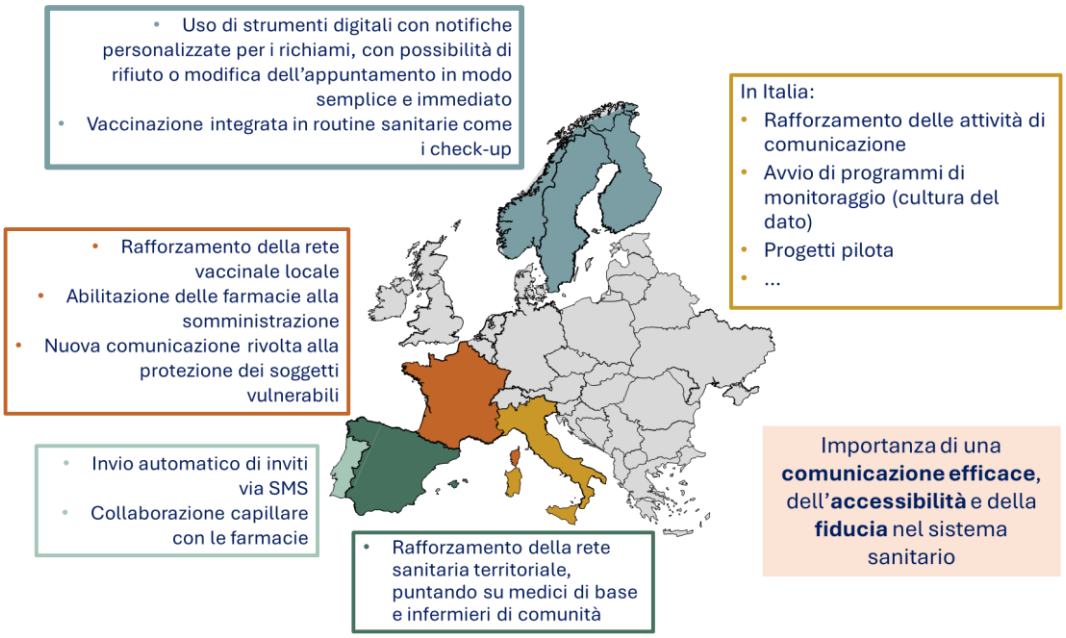
Un ruolo di primo piano resta quello dei Medici di Medicina Generale (MMG). La quasi totalità di essi somministra il vaccino antinfluenzale (96,2%) e l'antipneumococcico (94,9%), ma l'impegno risulta inferiore per il vaccino anti-COVID, offerto solo dal 75,9% dei MMG. In questo ambito esiste dunque un ampio margine di miglioramento, poiché il rapporto di fiducia medico-paziente potrebbe costituire una leva determinante per rafforzare l'adesione alle campagne di immunizzazione.

L'Italia ha recentemente fatto progressi significativi in termini di vaccinazione nelle RSA, promuovendo quindi la prevenzione delle infezioni respiratorie laddove eventuali focolai potrebbero produrre gli effetti più gravi. Secondo un recente sondaggio condotto dall'ECDC[22], infatti, durante la stagione 2023-2024 è stato vaccinato contro il COVID-19 il 94,8% della popolazione anziana residente nelle RSA e l'82,6% contro l'influenza. Questo risultato estremamente significativo, migliore di altri Paesi tradizionalmente più attenti alla prevenzione vaccinale come i Paesi Bassi, il Portogallo e la Finlandia, implica però che al di fuori delle strutture per anziani la copertura sia molto bassa.

A livello europeo, diversi Paesi stanno adottando iniziative innovative per incrementare le coperture vaccinali e rafforzare la prevenzione delle infezioni respiratorie. Nei Paesi scandinavi sono diffusi strumenti digitali avanzati, come notifiche personalizzate per i richiami con possibilità di modifica immediata dell'appuntamento, e la vaccinazione è spesso integrata nelle routine sanitarie ordinarie, ad esempio nei check-up. In Francia si è puntato sul rafforzamento della rete vaccinale locale e sull'abilitazione delle farmacie alla somministrazione, oltre che su una comunicazione mirata alla protezione dei soggetti vulnerabili. In generale, queste esperienze confermano il ruolo di comunicazione efficace, accessibilità diffusa e fiducia nel sistema sanitario come leve imprescindibili per rafforzare l'adesione della popolazione.

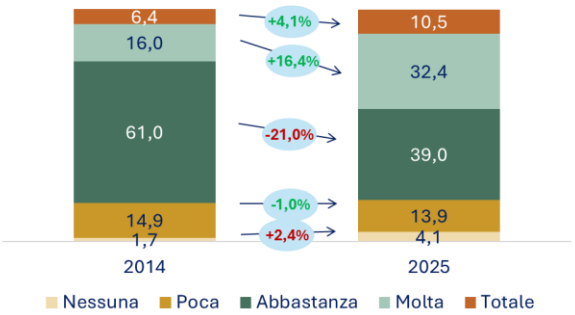
[22] ECDC (2025), "Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities 2023–2024".

Esperienze dall'estero e dall'Italia per il rilancio della vaccinazione negli adulti, inclusa la vaccinazione anti-COVID

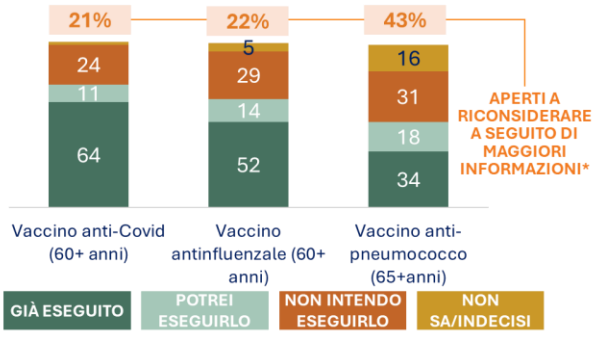


In merito alle cause sociali della non vaccinazione, alcuni recenti sondaggi mostrano come negli ultimi dieci anni si sia verificata una progressiva polarizzazione delle opinioni. Se da un lato è aumentata in maniera significativa la quota di popolazione che dichiara di avere "molta" o "abbastanza" fiducia nella vaccinazione (dal 22,4% del 2014 al 42,9% del 2025), dall'altro è cresciuta, seppure in misura più contenuta, anche la quota di cittadini che afferma di avere "poca" o "nessuna" fiducia (dal 16,6% al 18%)[23].

Fiducia nella vaccinazione della popolazione italiana (%), 2014 e 2025



Apertura alla vaccinazione della popolazione italiana (%), 2024



N.B. Il sondaggio ha raccolto le risposte da un campione di genitori, anziani e cronici. (*) Tra coloro che non intendono vaccinarsi.

Il fenomeno si riflette chiaramente nelle risposte relative ai vaccini contro le infezioni respiratorie. Tra gli over-60 e over-65, la percentuale di chi dichiara di non voler effettuare tali vaccinazioni rimane elevata, oscillando tra il 24% e il 31%; alla base della scelta di non vaccinarsi vi è un problema di percezione erronea del rischio di queste malattie e degli effetti

[23] Censis, 2025.

che queste possono avere, soprattutto in presenza di quadri clinici complessi[24]. L'elemento però positivo è che tra coloro che sono indecisi o non propensi a vaccinarsi, esiste una quota importante di cittadini disposti a riconsiderare la propria scelta a seguito di maggiori informazioni, con percentuali che variano dal 21% al 43%).

A conferma dell'importanza della comunicazione, è significativo rilevare come il 42% della popolazione lamenti la confusione delle informazioni che riceve in merito alla pratica vaccinale, tanto che solo 71,5% degli intervistati si ritiene molto (7,5%) o abbastanza informato (64,0%) su di essa[25]. Altri sondaggi mettono in luce come più di 1 cittadino su 3 ritiene campagne di informazione più frequenti da parte delle istituzioni sanitarie una iniziativa utile in ambito di prevenzione, privilegiando un linguaggio semplice e chiaro (il 51% la ritiene la caratteristica più importante di una campagna di comunicazione) e affidato a esperti del settore (al secondo posto con il 45%)[26].

Poiché una corretta informazione sulla salute è in grado di modificare i comportamenti dei cittadini, è necessario potenziare gli investimenti in campagne di comunicazione e informazione sulla salute.

Emerge infine una regia nazionale sul tema delle vaccinazioni lacunosa, che oltre a impattare sull'adesione alle campagne vaccinali ha impatti anche sull'equità nell'accesso alle cure.

Un primo elemento rilevante risale alla pubblicazione dell'ultimo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (PNPV) in cui il Calendario vaccinale è stato separato dal Piano, rendendone più agevole e tempestivo l'aggiornamento. Nonostante questa maggiore flessibilità, il Calendario non è stato ancora aggiornato, con il risultato che la vaccinazione anti-COVID, così come quella anti-VRS, non sono state ancora incluse. La mancata inclusione nel Calendario vaccinale di una vaccinazione rende quest'ultima una prestazione extra-LEA soggetta a limitazioni nelle Regioni in Piano di Rientro: questo pone un problema di equità di accesso alle prestazioni.

La vaccinazione anti-COVID è stata invece inserita nell'ultima edizione del Calendario per la Vita[27], che propone anche l'introduzione della prevenzione dell'infezione da Virus Respiratorio Sinciziale (RSV) attraverso anticorpi monoclonali per i neonati e vaccini per adulti e donne in gravidanza. Lo stesso Calendario sottolinea l'importanza della promozione di un approccio di "life-course immunization" e la necessità di far comprendere alla popolazione l'importanza dell'immunizzazione affinché essa venga percepita non come un momento legato all'infanzia o limitato alle emergenze sanitarie, ma come una componente strutturale della tutela della salute pubblica e individuale.

[24] Sondaggio SWG per XIX Meridiano Sanità, 2024.
[25] Censis, 2025.
[26] XIX Rapporto Meridiano Sanità, The European House – Ambrosetti (2024).
[27] Il Calendario è stato presentato da un Board composto dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - SItI, Società Italiana di Pediatria - SIP, Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP, Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale – FIMMG e Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie – SIMG.

Calendario di immunizzazione per la Vita 2025
(SItI, SIP, FIMP, FIMMG, SIMG)

Vaccino	2 mesi	3 mesi	4 mesi	5 mesi	6 mesi	10 mesi	12 mesi	13-14 mesi	5 anni	6 anni	11-18 anni	19-59 anni	50-64 anni	>64 anni
DTPa	■		■			■			■		■	Ogni 10 anni		
IPV	■		■			■			■		■			
Epatite B	■		■			■								
Hib	■		■			■								
Pneumococco	■	■	■			■								■
MPRV							■		■					
MPR							■		■					
Varicella							■		■					
Meningococco ACWY							■				■			
Meningococco B	■	■	■	■				■			■			
HPV											■	■		
Influenza					■	■	■	■	■	■			■	■
Herpes Zoster													■	■
Rotavirus	■	■	■	■	■									
SARS-CoV-2													≥60	
VRS	Anticorpo monoclonale oppure vaccino in gravidanza													≥75

A richiedere l'aggiornamento annuale del Calendario vaccinale è anche il Disegno di legge 1582[28], comunicato alla Presidenza del Senato lo scorso 10 luglio, contenente disposizioni in materia di aggiornamento del calendario vaccinale per la popolazione anziana e fragile. Il Disegno prevede l'aggiornamento annuale del calendario vaccinale per la popolazione anziana e fragile, includendo la vaccinazione contro il COVID-19 e contro il VRS, l'istituzione di una Cabina di regia per l'aggiornamento del calendario vaccinale, con funzioni consultive e propositive in materia di vaccinazioni, incluso il monitoraggio delle coperture. Il provvedimento propone anche che il Ministero della Salute aggiorni il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), inserendo specifici indicatori per il monitoraggio delle vaccinazioni nella popolazione anziana e fragile, con particolare riferimento all'influenza, VRS, COVID-19, pneumococco e herpes zoster. Inoltre, al fine di monitorare l'efficacia, l'appropriatezza, l'equità e la sicurezza delle cure erogate sul territorio, il conseguimento degli obiettivi di vaccinazione i costituisce elemento di valutazione dell'assistenza territoriale nell'ambito del Piano nazionale esiti di Agenas.

Il Ministero della Salute dal 2017, in linea con le raccomandazioni dell'OMS, si è anche dotato del National Immunization Technical Advisory Group (NITAG), un organo di supporto con il compito di formulare raccomandazioni basate sulle più recenti evidenze scientifiche in tema di politiche vaccinali. Il gruppo di esperti aveva concluso il proprio mandato nel febbraio 2025, e non è stato ancora ricostituito[29], anche se le sue funzioni dovrebbero essere ripristinate entro settembre, a seguito della nomina definitiva dei nuovi componenti.

In merito alla programmazione stagionale delle campagne antinfluenzali e anti-COVID, si registra un ritardo nella pubblicazione delle Circolari ministeriale contenenti le raccomandazioni sull'uso dei vaccini. Tale documento rappresenta l'atto di indirizzo che consente alle Regioni di avviare l'organizzazione delle campagne ed è quindi importante che venga pubblicato con la massima tempestività. Se nel biennio precedente la Circolare sulla

[28] Disegno di Legge d'iniziativa dei senatori Lorenzin, Zampa, Camusso, Zambito, Basso, D'elia, Delrio, Franceschelli, Losacco, Manca, Nicita, Rando, Rojc, Rossomando, Sensi, Verducci e Verini.
[29] Il gruppo era stato formalmente ricostituito ad agosto, ma è stato nuovamente sciolto 10 giorni dopo.

vaccinazione antinfluenzale era stata pubblicata tra aprile e maggio, nel 2025 l'emanazione è arrivata a fine luglio; la Circolare sulla vaccinazione anti-COVID a inizio settembre non è stata ancora emanata. La prossima campagna vaccinale partirà nelle Regioni all'inizio di ottobre 2025, in vista di una stagione invernale che si preannuncia particolarmente impegnativa. L'andamento osservato in Australia, dove l'inverno è in corso e il virus circola con anticipo rispetto al nostro emisfero, mostra infatti un aumento rilevante dei casi (+70%) e dei ricoveri (+50%).

Elemento importante dell'ultima Circolare antinfluenzale è la raccomandazione alle Regioni di attivare iniziative coordinate che affrontino fake news e pregiudizi culturali, evidenziando i benefici della vaccinazione e il suo ruolo nel contrasto all'antibiotico-resistenza; le campagne dovranno utilizzare strumenti diversificati (social media, consultori, spazi pubblici), essere adattate ai diversi target (donne in gravidanza, lavoratori, soggetti fragili) e prevedere il coinvolgimento di testimonial e influencer.

Un ulteriore elemento è rappresentato dal Decreto Semplificazioni, che prevede la possibilità per le farmacie di erogare tutti i vaccini inclusi nel calendario nazionale per gli over-12, ampliando in modo significativo la capillarità dei punti di somministrazione; tuttavia, il Ddl non è stato ancora approvato.

Un fattore rilevante da sottolineare per l'organizzazione delle future campagne vaccinali è rappresentato dall'importanza della vaccinazione "opportunistica", intesa come la possibilità di ricevere una somministrazione vaccinale in occasione di altre prestazioni o attività, ad esempio durante l'accesso in farmacia ma anche per esempio, come sperimentato recentemente in Finlandia, nei centri commerciali[30]. Questo è un modo di evitare ai cittadini di doversi organizzare per vaccinarsi, un fattore che scoraggia l'adesione anche alla luce del crescente numero di vaccini per l'adulto, e aumenta così la platea di persone disposte a sottoporsi all'immunizzazione. Per attuare questa strategia è fondamentale la capillarità della rete vaccinale, che può essere sostenuta in maniera significativa da un coinvolgimento massiccio delle farmacie e della medicina generale, nonché dall'organizzazione di unità mobili che vadano a offrire il vaccino nelle aree interne, come già sperimentato con successo nei Paesi Bassi e in altre realtà europee[31].

[30] ECDC (2025), "Tools and methods for promoting vaccination acceptance and uptake: a social and behavioural science approach".
[31] Ibid.

La Call to action per il contrasto delle infezioni respiratorie

Per riflettere la multifattorialità delle cause alla radice delle basse coperture e della crescente disaffezione della popolazione nei confronti della pratica vaccinale, è necessario agire su più fronti. Da un lato, è indispensabile migliorare la governance nazionale e regionale per migliorare la capacità dei vari attori di organizzare al meglio le campagne vaccinali. Dall'altro, è cruciale rafforzare la consapevolezza della popolazione, comunicando con chiarezza la gravità delle infezioni respiratorie e il valore della prevenzione. Infine, vi è anche un tema di attenzione istituzionale e di risorse dedicate alla prevenzione in generale e, in particolare, all'immunizzazione.

Tornare a investire nella prevenzione con lo stesso spirito di mobilitazione e chiarezza di obiettivi che ha caratterizzato la risposta pandemica è una priorità. Durante l'emergenza COVID-19 il Paese ha dimostrato che, quando vi è coordinamento istituzionale, disponibilità di risorse e fiducia da parte della popolazione, è possibile raggiungere livelli di copertura elevati in tempi rapidi. Quel modello non deve essere considerato un'eccezione, ma un punto di riferimento da cui ripartire per consolidare strategie vaccinali di lungo periodo.

La letteratura scientifica evidenzia come le vaccinazioni siano tra gli interventi più costo-efficaci in sanità pubblica e, insieme ad altri interventi di prevenzione, possono rappresentare un motore di crescita economica. In un mondo ideale, non vi dovrebbero quindi essere limiti agli investimenti nella prevenzione. Nella realtà, caratterizzata da vincoli di bilancio stringenti e da una transizione demografica che riduce le entrate fiscali e aumenta i costi assistenziali, alla pratica vaccinale e alla prevenzione nel suo complesso dovrebbe comunque essere riservata un'attenzione e una dotazione finanziaria più robusta di quella attuale.

È il momento di un impegno comune, concreto e immediato: le infezioni respiratorie non possono più essere considerate come emergenze che si verificano sporadicamente in occasione di focolai e pandemie, ma devono diventare l'oggetto di una attenzione costante da parte di tutti gli attori del sistema-salute.

Di seguito si riportano 10 raccomandazioni di policy a livello nazionale, regionale e locale utili per contrastare le infezioni respiratorie promuovendo la vaccinazione nei soggetti adulti e fragili:

1. Incrementare le risorse destinate alla prevenzione, portando la quota del Fondo sanitario al 7-8%, come auspicato anche dal Ministro Schillaci, e destinando almeno il 50% di tali risorse a interventi sulle persone, come campagne di immunizzazione, screening e programmi di promozione degli stili di vita.
2. Aggiornare regolarmente il Calendario di immunizzazione, in linea con l'evoluzione scientifica e le evidenze epidemiologiche e includere i tassi di copertura per tutte le vaccinazioni del Calendario all'interno del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)[32] e nel Piano Nazionale Esiti (PNE).

[32] Ad oggi, è presente solo un indicatore NO CORE per la copertura della vaccinazione antinfluenzale degli anziani.

3. Pubblicare con tempestività la circolare ministeriale con le raccomandazioni per i vaccini antinfluenzali e anti-COVID in modo da permettere alle Regioni di organizzare per tempo la campagna vaccinale stagionale.
4. Istituire e rendere pienamente operativa un'anagrafe vaccinale nazionale, in grado di raccogliere dati sistematici e omogenei di copertura su tutto il territorio al fine di migliorare la programmazione sanitaria.
5. Promuovere campagne di comunicazione sui numeri e i rischi delle infezioni respiratorie, calibrate sulla base della popolazione target, con comunicazione affidata a personaggi autorevoli, e realizzare incontri su queste tematiche anche all'interno dei luoghi maggiormente frequentati dalla popolazione target (centri sociali e ricreativi, parchi, biblioteche, circoli ricreativi e culturali, e centri diurni per anziani).
6. Potenziare la formazione specifica di operatori sanitari (medici di base, infermieri, farmacisti) per promuovere la vaccinazione presso gli operatori stessi e fornire ai cittadini messaggi chiari e basati su evidenze.
7. Facilitare l'accesso alla vaccinazione con una rete più capillare, rafforzando la collaborazione con tutti gli attori del sistema come la medicina generale, gli specialisti ospedalieri e territoriali, le farmacie e i medici del lavoro e promuovere la co-somministrazione per ridurre il numero di accessi.
8. Favorire la «cultura del dato» per una migliore e più efficace programmazione integrando i sistemi informativi utilizzati da tutti gli attori che giocano un ruolo nella pratica vaccinale.
9. Rafforzare e innovare le modalità di somministrazione, estendendo la vaccinazione a domicilio per soggetti anziani e fragili, promuovendo la vaccinazione opportunistica e la chiamata attiva (anche tramite SMS, WhatsApp e telefonata) e includendo, per i pazienti cronici, la vaccinazione nei Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali.
10. Approvare protocolli delle Regioni con ospedali (a partire da quelli a maggior affluenza) e RSA per la creazione di ambulatori vaccinali per promuovere la vaccinazione nei soggetti più fragili.

Bibliografia

Board del Calendario Vaccinale per la Vita (2025), “Calendario Vaccinale per la Vita. 5° edizione 2025”.

Censis (2025), “I nuovi tratti della cultura della vaccinazione in Italia”.

Commissione Europea (2024), “2024 Ageing Report. Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)”.

ECDC (2024), “Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries”.

ECDC (2025), “Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities 2023–2024”.

ECDC (2025), “Tools and methods for promoting vaccination acceptance and uptake: a social and behavioural science approach”.

Hameed SS et al. (2025), “Early evidence of RSV vaccination impact on hospitalisation rates of older people in Scotland”. The Lancet Infectious Diseases.

Happ Ageing – Alleanza per l’invecchiamento attivo (2025), “Verso un nuovo modello di prevenzione vaccinale nell’anziano”.

ISS (2025), “Vaccinazioni per individui fragili: mappatura e analisi comparata dei modelli organizzativi di presa in carico, promozione e offerta vaccinale in Italia”.

Italia Longeva (2023), “La vaccinazione dell’anziano e del fragile contro la polmonite pneumococcica: raccomandazioni per una maggiore diffusione”.

Micheletto C et al. (2025), “Vaccination Strategies in Respiratory Diseases: Recommendation from AIPO-ITS/ETS, SIMIT, SIP/IRS, and SItI”. Respiration.

Signorelli C et al. (2024), “Vaccinating in Different Settings: Best Practices from Italian Regions”. Vaccines.

The European House – Ambrosetti (2024), “XIX Rapporto Meridiano Sanità”.

The European House – Ambrosetti (2024), “Politiche di immunizzazione dei soggetti adulti e fragili. Dalla promozione della buona salute al contrasto dell’AMR”.