

DOCUMENTO DI SINTESI

WWW.MOTORESANITA.IT

LA PREVENZIONE VACCINALE ANTINFLUENZALE

UNO STRUMENTO DI BUONA SALUTE E SOSTENIBILITÀ

28 Novembre 2025

dalle **9.30** alle **13.30**

TORINO

Copernico Torino Garibaldi

Sala New Conference 021

Corso Valdocco, 2

Contesto e obiettivo dell'incontro

L'evento è stato dedicato al ruolo della prevenzione vaccinale antinfluenzale come leva di salute pubblica e, allo stesso tempo, come strumento di sostenibilità per il Servizio Sanitario. Il filo conduttore è stato mettere a fuoco perché l'influenza continui ad avere un impatto rilevante (in termini di malattia, complicanze, ricoveri e decessi), perché le coperture restino lontane dai target raccomandati e quali scelte organizzative, comunicative e di governance possano migliorare l'adesione, soprattutto nelle fasce più fragili.

Il peso dell'influenza e la sottovalutazione del rischio

È emersa con forza l'idea che l'influenza venga spesso percepita come evento "banale", mentre i dati ricordano un carico epidemiologico importante: incidenza significativa ogni stagione, incremento di forme severe, pressione sui servizi e un numero non trascurabile di decessi attribuibili direttamente o indirettamente alle complicanze influenzali. In particolare, l'impatto si concentra nella popolazione anziana e fragile, con una quota maggioritaria di esiti severi e morti negli over 65 e un rischio crescente negli over 85. Il tema viene letto anche in prospettiva demografica: l'invecchiamento della popolazione renderà strutturalmente più pesante il "burden" influenzale, proprio mentre diminuisce la quota di popolazione in età lavorativa (e quindi la capacità complessiva del sistema di sostenere domanda, organizzazione e personale).

Perché gli anziani sono più vulnerabili e cosa succede nei fragili

La vulnerabilità dell'anziano viene ricondotta anche a fenomeni biologici noti (come il declino della risposta immunitaria con l'età), che aumentano probabilità di complicanze, ricoveri e mortalità. Nei pazienti con comorbidità, l'influenza non è solo un'infezione respiratoria: può determinare riacutizzazioni e scompensi di patologie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche e neurologiche, con peggioramento funzionale e impatto significativo sulla qualità di vita. È stato ribadito che molti pazienti "a rischio" non presentano una sola condizione cronica ma più patologie concomitanti: questo rende la prevenzione vaccinale un elemento di protezione clinica "di sistema" (per il singolo e per chi gli sta vicino, caregiver inclusi).

Benefici clinici e sostenibilità economica della vaccinazione

L'incontro ha richiamato evidenze e valutazioni economiche che supportano la vaccinazione antinfluenzale come intervento costo-efficace: riduzione di casi, complicanze, ospedalizzazioni e mortalità; minore pressione sui servizi territoriali e ospedalieri; risparmio per il sistema sanitario e riduzione dei costi sociali indiretti (assenze dal lavoro, perdita di produttività, impatti su scuola e vita quotidiana). È stata sottolineata una lettura "allargata" dei costi: non basta guardare il prezzo della dose, ma l'intero costo evitato di ricoveri, terapia intensiva, farmaci, gestione delle complicanze e aggravamento di cronicità. In questa logica, è stato proposto anche un cambio di impostazione contabile e culturale: trattare la vaccinazione come investimento di prevenzione, non come mera voce farmaceutica.

Esitazione vaccinale e qualità dell'informazione

Uno snodo centrale è stato il tema dell'esitazione vaccinale, alimentata da informazione distorta e da dinamiche social che amplificano dubbi e false credenze. È emersa anche una riflessione autocritica sulle criticità comunicative vissute durante il periodo pandemico, con messaggi percepiti come non sempre chiari o coerenti, capaci di lasciare strascichi di sfiducia. Da qui l'esigenza di campagne più solide: comunicazione trasparente, comprensibile, stratificata per target (anziani, genitori, fragili, operatori), e diffusa tramite canali diversificati. È stato valorizzato anche il peso del "passaparola" positivo: il racconto tra pari può rafforzare la normalizzazione del comportamento vaccinale, se sostenuto da messaggi istituzionali coerenti.

Ruoli e responsabilità: medicina generale, pediatri, specialisti e rete territoriale

La discussione ha riconosciuto la centralità della medicina generale e dei pediatri per fiducia, prossimità, continuità e conoscenza del contesto clinico e sociale dei pazienti. È stato rimarcato il passaggio da un modello "passivo" (vaccina chi chiede) a uno "proattivo" (il sistema cerca e invita, stratifica e accompagna). È emersa l'importanza del counseling continuo: i contatti ripetuti durante l'anno permettono di preparare l'adesione prima dell'autunno, intercettando resistenze e bisogni. Un punto chiave è stato il percorso condiviso con gli specialisti: quando il messaggio è univoco tra professionisti, la probabilità che il paziente aderisca cresce; inoltre alcuni percorsi terapeutici (immunosoppressione, oncologia, trapianti) rendono la prevenzione vaccinale parte integrante della presa in carico clinica.

Farmacie, accessibilità e “capillarità” dell’offerta

È stato evidenziato il potenziale delle farmacie nel migliorare l’accessibilità, soprattutto in aree periferiche e contesti dove la carenza di medici rende più difficile la copertura. La capillarità è vista come valore, ma si è discusso anche dei limiti operativi: gestione di diverse tipologie vaccinali, appropriatezza, criteri di eleggibilità e necessità di mantenere sicurezza e semplicità organizzativa. In parallelo, è stata rimarcata l’importanza di portare la vaccinazione “dove stanno i fragili”, includendo RSA, domiciliarità e setting assistenziali, evitando che distanze, prenotazioni complesse e tempi d’attesa diventino barriere.

Vaccini potenziati: appropriatezza, target e criticità reali

Il tema dei vaccini potenziati (adiuvati o ad alto dosaggio) è stato affrontato come risposta all’immunosenescenza e alla maggiore vulnerabilità degli anziani, con attenzione a evidenze di efficacia e valutazioni economiche. È emersa però una considerazione pragmatica: l’elemento più critico non è solo “quale vaccino”, ma soprattutto “quante persone arriviamo a vaccinare”. In altri termini, senza un aumento consistente delle coperture, anche la migliore scelta tecnologica rischia di avere un impatto limitato. La discussione ha quindi tenuto insieme due piani: da un lato l’appropriatezza (vaccini potenziati dove servono di più: grandi anziani, fragili, RSA), dall’altro la necessità di una macchina organizzativa che non inciampi su logistica, disponibilità, tempi e programmazione.

Organizzazione della campagna: programmazione, logistica, sistemi informativi

Molti interventi hanno insistito sul fatto che una campagna efficace non si improvvisa a settembre: servono programmazione anticipata, stima dei fabbisogni, procedure di gara e distribuzione coerenti, oltre a una regia capace di coordinare i molti attori (servizi di prevenzione, distretti, medicina generale, farmacie, ospedali, RSA). La gestione dell'anagrafe vaccinale e dei flussi informativi è stata indicata come condizione necessaria per misurare coperture, individuare aree scoperte e ridurre disuguaglianze. È stata richiamata anche l'utilità di sistemi di messaggistica automatica (SMS) per invitare i cittadini al compimento di età target e per sostenere la chiamata attiva, con costi relativamente contenuti.

Modelli proattivi e “prevenzione continuativa”: check-up pubblico, case di comunità e reti stabili

È stata discussa una proposta di modello proattivo ispirato a esperienze estere: un check-up periodico offerto dal sistema pubblico, capace di integrare vaccinazioni, screening, stili di vita e valutazione del rischio. L'idea non è solo aumentare adesioni, ma creare “abitudini” di prevenzione e una rete stabile tra professionisti che non si attivi soltanto in emergenza. Il ruolo delle case di comunità e della riorganizzazione territoriale è stato visto come opportunità, ma sono emerse criticità concrete: tempi di realizzazione, disponibilità di personale, definizione di chi fa cosa, sostenibilità di modelli che richiedono presenza continuativa e non episodica. Il punto condiviso è che senza ruoli chiari e risorse umane adeguate, ogni contenitore organizzativo rischia di non tradursi in servizi reali.

Personale sanitario: carenza, futuro della medicina generale e necessità di “gioco di squadra”

Il tema del personale è stato trattato come vincolo strutturale: pensionamenti attesi, scarsa attrattività di alcuni ruoli, carenza di infermieri e difficoltà nel rendere “capillare” ogni iniziativa. Da qui la necessità di ripensare competenze e responsabilità, distribuendo attività in modo realistico e sostenibile, senza sovraccaricare singole categorie. È stato ribadito che la prevenzione funziona quando diventa un comportamento normale sia per il cittadino sia per i professionisti: “abitudine” alla vaccinazione e messaggio coerente. L'idea conclusiva è stata quella del gioco di squadra, con responsabilità condivise tra territorio, ospedale, prevenzione, associazioni e istituzioni.

Voce dei cittadini e priorità di equità

La prospettiva delle associazioni ha rafforzato due concetti: l'importanza dell'alfabetizzazione sanitaria e l'esigenza di scelte orientate all'equità. Se le risorse sono limitate e la coperta è corta, la priorità va ai più fragili: anziani, pluripatologici, persone in condizioni socioeconomiche svantaggiate e popolazioni periferiche. È stata ribadita la richiesta di rendere l'offerta più semplice e immediata, evitando ostacoli burocratici e logistici che scoraggiano l'adesione. Sul tema dei vaccini potenziati, è stata evidenziata una preoccupazione: se la maggioranza degli anziani riceve il vaccino standard, occorre interrogarsi su appropriatezza e obiettivi, senza perdere di vista l'urgenza di far crescere le coperture complessive.

Temi emersi

- **Impatto dell'influenza sottovalutato:** casi, complicanze e decessi concentrati soprattutto in anziani e fragili.
- **Invecchiamento della popolazione:** crescita degli over 65 e over 85 come moltiplicatore del burden influenzale.
- **Immunosenescenza e comorbidità:** aumento del rischio clinico, riacutizzazioni e peggioramento della cronicità.
- **Vaccinazione come intervento costo-efficace:** riduzione di ricoveri e costi diretti/indiretti, sostenibilità del sistema.
- **Esitazione vaccinale e ruolo dell'informazione:** bisogno di messaggi chiari, coerenti e mirati per target.
- **Centralità della medicina generale e dei pediatri:** fiducia, capillarità, counselling continuo, conoscenza del contesto.
- **Coinvolgimento degli specialisti:** vaccinazione come parte della presa in carico dei fragili e dei percorsi terapeutici.
- **Accessibilità e offerta capillare:** farmacie, RSA, domiciliarità, open day; riduzione delle barriere logistiche.
- **Vaccini potenziati:** utilità nei target più fragili, ma priorità assoluta resta l'aumento delle coperture.
- **Governance e organizzazione della campagna:** programmazione anticipata, logistica, gara e distribuzione, sistemi informativi.
- **Prevenzione proattiva e continuativa:** check-up pubblico, rete stabile tra attori, integrazione con screening e stili di vita.
- **Criticità di personale:** carenze e pensionamenti, necessità di ridefinire ruoli e competenze in ottica di squadra.

Action Points

- Rafforzare **campagne di comunicazione** trasparenti e differenziate per target (anziani, fragili, genitori, operatori).
- Rendere sistematica la **chiamata attiva** con strumenti automatici (es. SMS) al compimento di età target e per i fragili.
- Passare a un modello **proattivo**: identificazione degli eleggibili tramite database/gestionali e contatti programmati.
- Integrare la vaccinazione nel **percorso clinico-assistenziale** dei fragili (ospedale-territorio; specialisti coinvolti).
- Sviluppare e stabilizzare punti vaccinali nei setting ad alta fragilità: **RSA, ADI/domiciliarità, ambulatori dedicati**.
- Migliorare l'**accessibilità territoriale**: iniziative dedicate nelle aree periferiche e montane, sedi "vicine" ai cittadini.
- Consolidare la **collaborazione** tra attori (prevenzione, distretti, MMG/PLS, farmacie, ospedali) con regia chiara.
- Programmare la campagna **con largo anticipo**: stima fabbisogni, gara, distribuzione, calendario operativo uniforme.
- Potenziare **anagrafe vaccinale e flussi informativi** per monitorare coperture, gap territoriali e gruppi scoperti.
- Promuovere la **cosomministrazione** quando appropriata e coerente con le indicazioni tecniche, per ridurre accessi ripetuti.
- Definire criteri di **appropriatezza dei vaccini potenziati** per grandi anziani/fragili/RSA, garantendo disponibilità coerente.
- Istituire o rendere stabile una **commissione tecnica permanente** (scientifica/organizzativa) per indirizzo e aggiornamento continuo.
- Sostenere modelli di "prevenzione continuativa" (es. **check-up pubblico periodico**) integrando vaccini, screening e stili di vita.
- Lavorare su **ruoli e competenze** in risposta alla carenza di personale, valorizzando team multiprofessionali e procedure standard.
- Orientare le scelte a **equità**: priorità a fragili e vulnerabili, riducendo barriere economiche/logistiche e disuguaglianze.

Documento redatto sulla base dei contenuti discussi dai partecipanti all'evento

Paola Antonetto, Consigliere IV Commissione Sanità, Regione Piemonte

Alberto Avetta, Consigliere IV Commissione Sanità, Regione Piemonte

Rossana Boldi, Osservatorio Innovazione di Motore Sanità

Alessio Corradi, Dirigente Medico, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e Presidente SItI (Società Italiana d'Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica) - Sezione Piemonte e Valle d'Aosta

Lorenza Ferrara, Responsabile della Prevenzione regionale per la vaccinovigilanza

Enrico Ferrario, Segretario Regionale Cittadinanzattiva Piemonte APS

Silvio Magliano, Consigliere IV Commissione Sanità, Regione Piemonte

Paolo Morato, Referente Area Vaccini FIMMG Piemonte

Stefania Orecchia, Componente Direttivo SItI (Società Italiana d'Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica) - Sezione Piemonte e Valle d'Aosta

Laura Pompeo, Consigliera IV Commissione Sanità, Regione Piemonte

Federico Riboldi, Assessore alla Sanità, Regione Piemonte

Franco Ripa, Dirigente Responsabile Programmazione Sanitaria e Socio-sanitaria, Vicario Direzione Sanità e Welfare, Regione Piemonte e Commissario Straordinario Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Claudio Zanon, Direttore Scientifico di Motore Sanità

Con il contributo incondizionato di

CSL Seqirus



Comunicazione e redazione stampa
a cura di **www.mondosanita.it**

Registrati e ottieni le nostre
rassegne stampa in esclusiva

ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA

Anna Maria Malpezzi - 329 9744772

Cristiana Arione - 348 578 6647

segreteria@panaceascs.com



WWW.MOTORESANITA.IT

