

DOCUMENTO DI SINTESI

WWW.MOTORESANITA.IT

L'IMPEGNO
DELLA REGIONE
PIEMONTE NELLA
PREVENZIONE
VACCINALE
DELL'ADULTO

4 Dicembre 2025
dalle **9.00** alle **17.00**

TORINO

Hotel NH Collection
Torino Santo Stefano
Via Porta Palatina, 19

Scenario e cornice dell'incontro

La discussione ha preso avvio da una riflessione di metodo: nelle politiche sanitarie serve la capacità di ascoltare i tecnici, fare sintesi e poi monitorare in modo continuativo i risultati. Dentro questa cornice, l'evento ha messo a fuoco un obiettivo chiaro: trasformare una regione longeva in una regione più protetta, concentrandosi sulla prevenzione vaccinale dell'adulto come leva strategica per ridurre complicanze, ospedalizzazioni e perdita di qualità di vita, soprattutto in una popolazione con alta quota di over 65 e con una prevalenza rilevante di cronicità.

Il contesto piemontese: longevità, fragilità e gap di copertura

È emersa con forza una fotografia demografica e clinica: l'invecchiamento è un successo del sistema sanitario, ma comporta più condizioni croniche, maggiore vulnerabilità alle infezioni e un rischio più alto di esiti gravi. In questo quadro, la Regione offre gratuitamente alcuni vaccini chiave per età (in particolare intorno alla coorte dei 65 anni) e per condizioni di rischio, ma il vero nodo è l'adesione: le coperture per alcune vaccinazioni dell'adulto risultano molto sotto i target, con differenze marcate tra aree urbane e territori più periferici. L'offerta esiste, ma è disomogenea, a "macchia di leopardo", e richiede un salto organizzativo e comunicativo per diventare semplice, accessibile e costante nel tempo.

Strategia regionale: accesso facile, alleanze territoriali e chiamata attiva

La traiettoria proposta per il Piemonte si è articolata attorno a tre direttrici ricorrenti. La prima riguarda l'innovazione vaccinale e la disponibilità uniforme dei prodotti sul territorio, evitando interruzioni e differenze tra aziende sanitarie. La seconda è organizzativa: portare la vaccinazione dove si trova il cittadino, spostando l'asse dai soli centri vaccinali verso medicina generale, farmacie, RSA, ambulatori specialistici e setting ospedalieri quando necessario. La terza è comunicativa: superare l'idea che il vaccino sia "solo per i bambini" e rendere la vaccinazione dell'età adulta un elemento normale di cura e di prevenzione, con campagne capillari e messaggi semplici, comprensibili e coerenti.

In questa logica, la chiamata attiva (lettere, SMS e strumenti digitali) è stata indicata come elemento strutturale per intercettare la coorte target e i fragili, affiancata alla co-somministrazione con altre campagne (anti-influenzale e anti-Covid) e a un monitoraggio trasparente delle coperture per ASL, utile sia per responsabilizzare sia per diffondere le buone pratiche.

Innovazione tecnologica e gestione del rapporto con il cittadino

Tra gli strumenti abilitanti è stata richiamata l'evoluzione digitale, con l'idea di un canale unico regionale che consenta comunicazione diretta, gestione di appuntamenti e orientamento ai servizi, in modo simile alle app di servizi quotidiani. La tecnologia, però, è stata presentata come efficace solo se accompagnata da un'organizzazione che semplifichi i percorsi e da una comunicazione che renda l'opportunità immediatamente chiara e "azionabile". È tornata anche la necessità di lavorare sull'alfabetizzazione sanitaria e, quando serve, digitale: senza capacità di comprendere le informazioni e di accedere ai servizi, l'innovazione rischia di ampliare le disuguaglianze.

Pneumococco nell'adulto: evoluzione dei vaccini, bisogni epidemiologici e scelta strategica

La sessione scientifica ha ricostruito l'evoluzione dei vaccini antipneumococcici, evidenziando come la varietà dei sierotipi circolanti abbia orientato lo sviluppo verso formulazioni a valenza crescente. Nel confronto tra le opzioni disponibili è stato proposto un criterio di scelta fondato su tre pilastri: **bisogno epidemiologico, immunogenicità e compliance**, intesa come semplicità e sostenibilità dello schema vaccinale nella pratica clinica.

Sul piano epidemiologico è stato sottolineato come, dopo la riduzione delle infezioni respiratorie osservata durante la pandemia, i casi di polmonite e di malattia pneumococcica siano tornati ad aumentare, con un trend confermato dai dati più recenti. È stato inoltre richiamato il limite dei sistemi di sorveglianza, quando la sierotipizzazione non copre tutti i casi notificati, evidenziando la necessità di rafforzare la sorveglianza epidemiologica e di laboratorio e di affiancarla a reti territoriali capaci di intercettare anche le polmoniti acquisite in comunità.

Nel confronto tra formulazioni ad ampia valenza, è stato evidenziato come alcune scelte possano offrire una protezione più allineata ai sierotipi responsabili di patologia invasiva e polmonite negli anziani e nei soggetti fragili, senza penalizzare la compliance grazie a schemi monodose. La discussione ha chiarito che la scelta del vaccino non può essere considerata un atto isolato, ma deve essere inserita in un **modello organizzativo coerente e facilmente accessibile**.

In questo contesto, l'intervento del Professor **Giancarlo Icardi** ha fornito un esempio concreto attraverso l'esperienza della **Regione Liguria**, che ha dimostrato come l'uniformità dell'offerta, la chiarezza delle raccomandazioni, l'integrazione tra servizi vaccinali, medicina generale e specialistica e l'utilizzo di strumenti di chiamata attiva siano elementi determinanti per migliorare le coperture nell'adulto e nell'anziano, riducendo le disomogeneità territoriali e rendendo la prevenzione parte strutturale della presa in carico.

A completare il quadro, la Professoressa **Valeria Calabrò** ha richiamato il valore di un approccio basato sull'**Health Technology Assessment**, presentando una valutazione HTA pubblicata sulla vaccinazione antipneumococcica nell'adulto. L'analisi ha mostrato come l'investimento in prevenzione generi benefici rilevanti non solo in termini di riduzione di casi, complicanze e mortalità, ma anche di sostenibilità del sistema sanitario, considerando l'intero ciclo di vita della tecnologia e includendo costi diretti e indiretti. È stato sottolineato come l'approccio HTA rappresenti uno strumento di supporto alle decisioni pubbliche, consentendo di orientare le scelte vaccinali verso soluzioni ad alto valore in una popolazione anziana e ad elevata prevalenza di cronicità.

Zoster nell'adulto fragile: impatto clinico, comorbidità e prevenzione come tutela della qualità di vita

La seconda grande area tematica ha riguardato l'herpes zoster, presentato come problema rilevante in una popolazione anziana e in crescita di soggetti immunocompromessi e pluricomorbidi. È stato descritto il legame tra invecchiamento del sistema immunitario e rischio di riattivazione virale, con un aumento marcato dell'incidenza nelle età più avanzate e un rischio particolarmente elevato in molte condizioni di immunosoppressione. L'attenzione si è concentrata sulle complicanze: dolore neuropatico prolungato, perdita di autonomia, peggioramento della qualità di vita e impatto sul percorso riabilitativo, specialmente nei pazienti con patologie respiratorie croniche. È stata anche richiamata l'associazione con eventi vascolari e cardiovascolari dopo l'infezione, con un rischio che può rimanere aumentato nel tempo. In parallelo, è emerso un tema trasversale: le comorbidità moltiplicano i rischi e rendono più probabile che un episodio infettivo interrompa un equilibrio clinico precario, con ricadute in termini di accessi urgenti, ricoveri e costi.

La vaccinazione è stata descritta come opzione altamente efficace e utilizzabile anche in popolazioni fragili, ma ostacolata da bassa consapevolezza. È stato osservato che molti cittadini non riconoscono lo zoster come rischio concreto finché non viene spiegato in modo semplice e collegato a conseguenze tangibili (dolore, perdita di autonomia, complicanze). Ne consegue che il salto di copertura dipende da un mix di informazione, counseling e organizzazione.

Il valore economico e sociale: prevenzione come investimento

La parte economico-valutativa ha insistito sulla parola "valore" in due declinazioni complementari. Da un lato il valore economico, spesso letto solo come risparmio di costi sanitari diretti (ricoveri, terapie, prestazioni); dall'altro il valore sociale, che include produttività, impatto sui caregiver, riduzione delle disuguaglianze, effetti sul sistema socio-assistenziale e contributo alla lotta all'AMR. È stata sottolineata l'esigenza di portare questi elementi dentro processi decisionali rigorosi, adottando approcci di Health Technology Assessment e, quando appropriato, modelli dinamici per le malattie trasmissibili.

È emersa una critica costruttiva: se non si misura il valore complessivo, si continuerà a ridurre la discussione a "il vaccino costa troppo", mentre l'evidenza disponibile mostra ritorni dell'investimento rilevanti e, soprattutto, benefici diffusi che superano la sola dimensione sanitaria. È stato ribadito che senza dati adeguati (coperture, sorveglianza, costi indiretti, impatti sociali) i modelli non possono essere solidi e i decisori non possono essere messi nelle condizioni migliori per investire.

Modelli organizzativi piemontesi: protocolli, percorsi e integrazione nei PDTA

La parte più operativa ha descritto come il Piano Nazionale sia stato recepito e tradotto in strumenti regionali. Il concetto centrale è stato quello di “percorsi centrati sul paziente” e di superamento dell’approccio passivo: non attendere che sia il cittadino a chiedere, ma attivare il sistema in modo proattivo, integrando la prevenzione vaccinale nel percorso clinico-assistenziale.

Sono stati citati diversi modelli: servizi vaccinali territoriali, somministrazione in medicina generale per alcune categorie e vaccini, ambulatori ospedalieri dedicati per fragilità complesse (oncologici, trapiantati), percorsi facilitati di prenotazione e accesso, iniziative mirate come open day e interventi nelle RSA. Un punto di forza evidenziato è la produzione di protocolli regionali specifici per categorie di rischio (pazienti diabetici, insufficienza renale, trapianti, immunodeficienze e altre condizioni), utili a uniformare counseling, indicazioni e pratiche operative, riducendo disomogeneità tra territori.

È emerso anche l’esempio di percorsi che semplificano l’accesso (moduli dedicati, QR code, indirizzamento diretto ai centri vaccinali) e di iniziative informative mirate, con dati che suggeriscono un miglioramento dell’adesione quando il percorso è chiaro e “accompagnato”.

Medicina generale: fiducia, proattività e destagionalizzazione

La medicina generale è stata descritta come leva decisiva per la vaccinazione dell’adulto: rapporto fiduciario, capillarità territoriale, conoscenza clinica e disponibilità di dati rendono possibile identificare i pazienti a rischio e offrire counseling personalizzato. È stato sottolineato che alcune vaccinazioni possono e devono essere destagionalizzate, perché non tutte hanno una logica legata esclusivamente alla campagna autunnale; la prevenzione dell’adulto richiede un lavoro continuo durante l’anno.

Tra le leve più efficaci sono state indicate la comunicazione ripetuta e coerente, l’offerta attiva, l’uso di co-somministrazioni quando possibile e la collaborazione con gli specialisti, così da evitare messaggi discordanti che alimentano esitazione. È stata valorizzata l’evoluzione organizzativa territoriale (aggregazioni funzionali e nuovi assetti), come occasione per rendere più stabile e strutturato il contributo della medicina generale alla prevenzione.

Farmacie: prossimità, immediatezza e ampliamento normativo

Il ruolo delle farmacie è stato collegato alla prossimità e alla facilità di accesso: frequentazione quotidiana, fiducia consolidata e possibilità di passare rapidamente dal consiglio all'azione. È stato ricordato il percorso che, dal post-pandemia, ha integrato le farmacie nelle campagne (anti-Covid e anti-influenzale), con dati di crescita delle somministrazioni e una quota rilevante di dosi erogate in questo canale.

È stata richiamata anche l'evoluzione normativa recente, interpretata come riconoscimento dei risultati e come possibilità di estendere ulteriormente l'uso della farmacia per la prevenzione vaccinale, pur mantenendo attenzione alla selezione dei setting più appropriati per i pazienti più complessi. In prospettiva, è stata proposta una logica di rete territoriale in cui medicina generale e farmacie, in raccordo con specialisti e strutture, operino come nodi coordinati e complementari.

Best practice locali: l'eredità organizzativa del Covid e la logica degli hub

Nel pomeriggio è stato portato un esempio di "best practice" maturata durante la campagna Covid: la capacità di organizzare hub vaccinali di grandi dimensioni, con forte integrazione pubblico-privato, ha mostrato che campagne di massa sono realizzabili con modelli innovativi e processi efficienti. L'idea proposta è stata quella di non disperdere quell'esperienza, ma di riusarla per vaccinazioni dell'adulto oggi in sofferenza di copertura, costruendo hub vaccinali capaci di gestire alti volumi e di semplificare l'accesso.

È stato evidenziato che questo approccio, combinato con accesso diretto e prenotazione, può portare rapidamente le coperture da livelli molto bassi a percentuali molto più alte. Il tema del doppio richiamo, quando previsto, è stato riconosciuto come complessità organizzativa, ma non come motivo per rinunciare al modello. È stata inoltre sottolineata l'opportunità di inserire sistematicamente la vaccinazione nei PDTA delle cronicità (ad esempio diabete), sfruttando il fatto che i pazienti sono identificati, seguiti e contattabili.

La voce delle associazioni: consapevolezza, capillarità e costo sociale della mancata prevenzione

Dal punto di vista dei pazienti fragili, è stato ribadito che la prevenzione è essenziale per proteggere equilibri clinici spesso precari: un'infezione può far perdere autonomia e innescare ricadute che si traducono in ricoveri, lungodegenze e, talvolta, inserimenti in strutture residenziali. È stato dato spazio anche al costo "invisibile": il peso sul caregiver e sul sistema sociale oltre che sanitario.

Una survey rivolta a persone con patologie respiratorie ha mostrato un dato emblematico: anche in una popolazione che ci si aspetterebbe molto sensibile, l'adesione a vaccinazioni come quella antipneumococcica rimane bassa. È stato quindi proposto un approccio di comunicazione più ingaggiante, semplice e "dove vive la gente": non solo digitale, ma anche cartaceo e diffuso nei luoghi di quotidianità (farmacie, studi medici, punti di aggregazione, centri commerciali), perché la prossimità fisica del messaggio aumenta la risposta.

Cittadinanzattiva: governance, commissioni, dati e alfabetizzazione sanitaria

È stato ribadito che le coperture attuali sono lontane dai target e che la prevenzione dell'adulto richiede un cambio di passo. Accanto al ruolo della medicina generale, è stata rafforzata la necessità di valorizzare il canale farmacia e di strutturare percorsi vaccinali nei reparti e negli ambulatori specialistici per pazienti complessi.

Tra le proposte organizzative è emersa la richiesta di ricostituire sedi regionali di coordinamento tecnico (commissioni vaccinali) che uniscano clinici, sanità pubblica, decisori e cittadini, così da condividere scelte, monitoraggio e comunicazione. Sono state citate anche leve di incentivazione e di obiettivi per la governance, oltre all'idea di iniziative dedicate e giornate tematiche capaci di intercettare pubblici specifici. Un ulteriore filone è stato l'investimento in alfabetizzazione sanitaria (e digitale), per contrastare disinformazione e rendere il cittadino più capace di orientarsi tra servizi e raccomandazioni.

Conclusioni

La sintesi finale dei lavori ha ruotato attorno a tre messaggi convergenti. Primo: la prevenzione vaccinale dell'adulto genera ritorni elevati e produce benefici clinici, economici e sociali. Secondo: esiste un rischio epidemiologico concreto nel non agire, perché alcune infezioni prevenibili hanno impatti gravi soprattutto sui fragili e possono lasciare conseguenze durature. Terzo: l'alleanza è la condizione abilitante per colmare i gap di copertura, spostando la vaccinazione fuori dal solo perimetro del dipartimento di prevenzione e facendola diventare un percorso condiviso tra territorio, ospedale, farmacie, associazioni e cittadini, con una regia regionale capace di misurare, comunicare e migliorare in modo continuo.

Temi emersi

- **Invecchiamento e cronicità** come fattori che rendono la prevenzione vaccinale dell'adulto una priorità strategica regionale.
- **Gap di copertura importanti per alcune vaccinazioni dell'adulto** e forte disomogeneità territoriale.
- **Necessità di passare da un'offerta "disponibile" a un'offerta "facile e attiva"**, centrata sul paziente.
- **Importanza dell'alleanza** tra servizi vaccinali, medicina generale, farmacie, specialisti ospedalieri, RSA e associazioni.
- **Valore economico e sociale delle vaccinazioni**: non solo costi sanitari diretti evitati, ma anche impatti su caregiver, produttività, equità e sistema socio-assistenziale.
- **Bisogno di dati e sorveglianza** (inclusa sierotipizzazione e monitoraggio delle polmoniti) per guidare scelte e misurare risultati.
- **Ruolo dell'innovazione organizzativa**: co-somministrazioni, destagionalizzazione, percorsi nei PDTA, hub vaccinali e setting dedicati per fragilità complesse.
- **Comunicazione come leva critica**: messaggi semplici, coerenti e capillari, non solo digitali, per aumentare consapevolezza e adesione.
- **Farmacie come nodo di prossimità in crescita** e medicina generale come driver di fiducia e counseling continuativo.
- **Necessità di governance chiara e strumenti operativi regionali** (protocolli per categorie di rischio) per uniformare l'offerta.

Action Points

- **Attivare sistematicamente chiamata attiva** (SMS/lettere/app) per coorti target e fragili, con recall programmati.
- **Portare la vaccinazione “dove c’è il paziente”**: MMG, farmacie, RSA, ambulatori specialistici e, per fragili complessi, hub ospedalieri dedicati.
- **Potenziare e rendere omogenei i protocolli regionali** per categorie di rischio e integrarli nei percorsi clinico-assistenziali (PDTA).
- **Rafforzare la sorveglianza epidemiologica e microbiologica** (aumentare la quota di casi sierotipizzati; reti per polmoniti in comunità) per guidare decisioni e aggiornamenti strategici.
- **Consolidare la collaborazione con medicina generale**: obiettivi condivisi di copertura, strumenti di identificazione dei pazienti a rischio, counseling strutturato e destagionalizzazione delle vaccinazioni non stagionali.
- **Valorizzare le farmacie come canale di accesso e informazione**, con percorsi chiari di appropriatezza (chi in farmacia, chi in setting protetto) e integrazione con il sistema regionale.
- **Sviluppare campagne di comunicazione “ingaggianti” e capillari** (digitale + cartaceo) nei luoghi di vita quotidiana, con messaggi semplici e orientati alle domande reali dei cittadini.
- **Pubblicare periodicamente dashboard per ASL** con coperture e indicatori, per trasparenza, confronto e diffusione delle best practice.
- **Prevedere iniziative mirate** (open day, giornate dedicate, interventi in reparti/ambulatori di cronicità) per intercettare pubblici specifici.
- **Investire in alfabetizzazione sanitaria e digitale** per ridurre disinformazione e migliorare l’accesso ai servizi.

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

Simona Barbaglia, Presidente Associazione Respiriamo Insieme

Annalisa Calabrò, Professore Associato di Igiene, Dipartimento di Scienze Umane, Sociali e della Salute, Università di Cassino e del Lazio Meridionale

Lorenza Ferrara, Responsabile della Prevenzione regionale per la vaccinovigilanza, Regione Piemonte

Enrico Ferrario, Presidente Cittadinanzattiva

Giancarlo Icardi, Direttore U.O. Igiene Ospedale San Martino Genova

Paolo Morato, Vice Segretario FIMMG Torino e Referente Area Vaccini FIMMG Piemonte

Carlo Picco, Direttore Generale dell'ASL Città di Torino

Emanuele Platter, Consigliere Federfarma Torino

Roberto Ravello, Presidente I Commissione Consiglio regionale del Piemonte

Federico Riboldi, Assessore Sanità Regione Piemonte

Paolo Solidoro, Professore associato in malattie dell'apparato respiratorio, Direttore S.C. Pneumologia U Dipartimento assistenziale Cardiovascolare e Toracico Presidio Molinette Dip. Scienze mediche, Università degli Studi di Torino

Con il contributo incondizionato di



MSD



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

MOTORE
SANITA
Cure the Future

panacea

WWW.MOTORESANITA.IT

