



**HEALTHÉCOLE**

Scuola di Sanità

# **INDICAZIONI OPERATIVE PER LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE PER MMG/PLS**





# INDICAZIONI OPERATIVE PER LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE PER MMG/PLS

Premessa.....	1
Capitolo 1 <i>Epidemiologia e impatto dell'influenza</i> .....	4
Capitolo 2 <i>La NON banale influenza</i> .....	8
Capitolo 3 <i>La campagna antinfluenzale in Regione Lombardia: un appuntamento con la salute</i> .....	18
Capitolo 4 <i>ARVAX - Istruzioni minime per la campagna vaccinale 2025/2026</i> .....	23
Capitolo 5 <i>Coordinamento con gli attori del territorio e strategie sinergiche operative</i> .....	32
Capitolo 6 <i>Come ti vaccino il paziente: usi e costumi del mitico medico di famiglia</i> .....	35
Capitolo 7	

*Come organizzare l'ambulatorio pediatrico per l'attività  
vaccinale: gestione individuale e di gruppo.....*39

## Capitolo 8

*La comunicazione come strumento strategico di supporto alle  
campagne vaccinali.....*44

Autori.....51

Bibliografia.....53

Sitografia.....55



## PREMESSA

A cura di Alessandro Rubino

La vaccinazione antinfluenzale non è soltanto un atto medico: è un **gesto di responsabilità**, di cura e di fiducia verso la comunità. Ogni anno, con la semplice ma potente azione del vaccinare, possiamo prevenire complicanze, proteggere i più fragili, alleggerire il carico sui servizi sanitari e contribuire a costruire una società più sicura e resiliente.

Ma per far sì che questo gesto acquisti pieno valore, occorre riconoscerne la dimensione più profonda: la vaccinazione non è un adempimento burocratico, bensì un **atto clinico e organizzativo** che richiede ascolto, *counseling*, capacità comunicativa e la consapevolezza di essere parte di una rete più ampia.

In questo scenario, i ruoli del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta diventano centrali. Siete voi i primi interlocutori dei cittadini, coloro che possono trasformare il momento della vaccinazione in un'occasione di educazione sanitaria, di vicinanza umana e di rafforzamento della fiducia nel sistema di cure.

La **formazione continua** rappresenta lo strumento che consente a ogni professionista di crescere, di rimanere aggiornato, di affrontare con competenza i cambiamenti epidemiologici e organizzativi che la pratica medica impone. Investire nella formazione significa investire in sé stessi e nella qualità del servizio che si offre alla comunità.

La **campagna vaccinale antinfluenzale** è, più di altre, il terreno in cui emerge con chiarezza la necessità della collaborazione: medici, pediatri, infermieri, farmacisti, ASST, ATS e istituzioni lavorano insieme con un unico obiettivo, raggiungere la più ampia copertura vaccinale possibile. È qui che la medicina si fa rete, squadra, missione condivisa.



Questo manuale nasce per accompagnarvi in questo percorso. Non è solo un insieme di nozioni, ma un **compagno di viaggio** che vuole offrire strumenti pratici, spunti di riflessione e risorse utili per rafforzare il vostro ruolo di protagonisti della salute pubblica.

Ogni pagina è pensata per sostenervi nel vostro lavoro quotidiano, perché la vostra competenza, la vostra dedizione e la vostra capacità di comunicare sono la chiave per trasformare una campagna vaccinale in un successo per tutta la comunità.



## CAPITOLO 1

### ***Epidemiologia e impatto dell'influenza***

*A cura di Elena Pariani*

L'influenza è una presenza costante nella storia dell'umanità: una **malattia respiratoria virale** che, pur essendo nella maggior parte dei casi autolimitante, continua a rappresentare una **sfida globale**. La sua ubiquità e la capacità di diffondersi rapidamente per via aerea la rendono un nemico insidioso: bastano poche goccioline emesse con un colpo di tosse o durante una conversazione a breve distanza perché il virus trovi un nuovo ospite. La trasmissione è particolarmente efficiente in contesti come scuole, ospedali e comunità chiuse, dove l'indice di riproduzione di base ( $R_0$ ) può variare in media tra 1,3 e 1,8, ma raggiungere valori superiori a 2 durante i picchi epidemici. In genere, il decorso è benigno, ma in alcune categorie di popolazione, come anziani, bambini piccoli, donne in gravidanza e persone affette da patologie croniche, l'influenza può trasformarsi in una malattia potenzialmente fatale. Non sorprende, quindi, che, nonostante i progressi della medicina, l'influenza rimanga tuttora una delle principali sfide per la **salute pubblica**.

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ogni anno circa un miliardo di persone contrae l'influenza stagionale. Tra questi, da 3 a 5 milioni evolvono in forme gravi e fino a 650.000 si concludono con un decesso causato da complicanze respiratorie. Alcune analisi, che includono anche gli eventi cardiovascolari scatenati dall'infezione, stimano un numero ancora più elevato di decessi indirettamente attribuibili all'influenza. Ciò significa che, nonostante i

vaccini e gli antivirali, il virus continua a esercitare un impatto che nessuna società può permettersi di ignorare.

Un esempio eloquente arriva dagli Stati Uniti, dove i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) monitorano con precisione l'andamento stagionale. Negli Stati Uniti, i CDC stimano che, durante le stagioni influenzali tipiche, tra i 9 e i 45 milioni di persone contraggono l'influenza, con un numero di decessi che varia tra i 12.000 e i 61.000 nella sola stagione 2024-2025, si sono registrati circa 47 milioni di infezioni, oltre 600.000 ricoveri ospedalieri e circa 27.000 decessi, con oltre 200 decessi pediatrici, il dato più alto degli ultimi quindici anni. La stessa dinamica è stata osservata anche in Europa: il Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC) stima che ogni anno si verifichino dai 4 ai 50 milioni di casi sintomatici di influenza e che 15.000-70.000 cittadini europei muoiano ogni anno per cause associate all'influenza. Anche in Europa, la stagione 2024-2025 è stata caratterizzata da un'elevata attività.

Un aspetto cruciale emerso negli ultimi anni è l'impatto della pandemia da *Covid-19* sulla dinamica influenzale. Le misure di contenimento adottate contro il *SARS-CoV-2* hanno ridotto temporaneamente la circolazione dei virus influenzali, ma hanno anche creato una condizione definita da alcuni esperti "**debito immunitario**": la ridotta esposizione ha indebolito l'immunità della popolazione, rendendo alcune stagioni successive più intense, soprattutto tra i bambini. Inoltre, la stagionalità tradizionale è stata alterata in parte, con picchi anticipati o prolungati rispetto al passato.

Dal punto di vista epidemiologico, il quadro è reso ancora più complesso dalla straordinaria capacità di mutazione dei virus influenzali. I virus di tipo A (sottotipi H1N1 e H3N2) e di tipo B (lineaggi *Victoria* e *Yamagata*) sono i principali responsabili delle epidemie stagionali. La loro variabilità genetica e antigenica li rende bersagli in continuo cambiamento: nuove

varianti emergono con una frequenza tale da costringere la scienza a inseguirli, aggiornando di anno in anno le formulazioni dei vaccini. Questo meccanismo, noto come "**deriva antigenica**", spiega perché l'influenza sia una malattia non eradicabile e perché la vaccinazione debba essere rinnovata periodicamente.

In questa lotta, un ruolo centrale è svolto dal *Global Influenza Surveillance and Response System* (GISRS), la rete internazionale coordinata dall'OMS che coinvolge oltre 150 laboratori in più di 120 Paesi. Ogni anno, grazie al lavoro di questa rete, vengono identificati i ceppi circolanti più diffusi e viene decisa la composizione dei vaccini stagionali. Si tratta di un esempio significativo di cooperazione scientifica globale: nessun paese, da solo, potrebbe monitorare e prevedere con efficacia l'evoluzione di un virus così mutevole.

Accanto a queste dinamiche, emerge un'altra sfida crescente: le **coinfezioni**. Numerosi studi hanno dimostrato che l'influenza può interagire con altri patogeni respiratori, come il *SARS-CoV-2* o il virus respiratorio sinciziale (RSV), aumentando il rischio di complicanze gravi e di mortalità. Le coinfezioni rendono più difficile la gestione clinica dei pazienti, prolungano i tempi di degenza e aumentano la pressione sui sistemi sanitari. Ciò sottolinea la necessità di strumenti diagnostici rapidi e integrati in grado di distinguere i diversi virus in situazioni di emergenza.

L'impatto dell'influenza non si misura soltanto in termini di salute. Ogni anno, infatti, la malattia genera un impatto economico considerevole. In Europa, i costi diretti si stimano tra i 6 e i 14 miliardi di euro all'anno, a cui si aggiungono quelli indiretti legati alla perdita di produttività. Al di là delle cifre, questi numeri si traducono in milioni di giornate lavorative perse, ospedali sotto pressione e comunità che vedono la propria vita quotidiana indebolita.

Il bilancio complessivo che l'influenza presenta alla società moderna è dunque duplice: da un lato, una malattia "familiare", che molti considerano quasi inevitabile; dall'altro, un agente virale che ogni anno causa centinaia di migliaia di morti e miliardi di costi. Questa contraddizione rende difficile trasmettere un messaggio chiaro alla popolazione: sottovalutare l'influenza significa esporsi a rischi reali, ma esagerarne il pericolo rischia di minare la fiducia nei sistemi di prevenzione. Il punto di equilibrio si trova nella **consapevolezza** e nella **responsabilità collettiva**. La vaccinazione, pur non essendo perfetta, rimane il modo più efficace per ridurre i casi gravi e i decessi. Investire in vaccini più universali, rafforzare i sistemi di sorveglianza e comunicare con chiarezza l'effettiva gravità della malattia sono gli strumenti più potenti a nostra disposizione.

In definitiva, l'influenza è molto più di una semplice malattia stagionale: è uno specchio delle fragilità dei nostri sistemi sanitari e della capacità delle comunità di organizzarsi di fronte a una minaccia ricorrente. Considerare questa infezione solo come un fastidio invernale significa non riconoscere il suo ruolo nella salute pubblica globale. Affrontarla con serietà, invece, significa ridurre il numero di vite spezzate, preservare le risorse economiche e rafforzare la resilienza collettiva. In un mondo in cui nuove pandemie sono sempre possibili, imparare a convivere con l'influenza e a limitarne gli effetti è una sfida che non possiamo permetterci di perdere.

## CAPITOLO 2

### ***La NON banale influenza***

*A cura di Luigi Vezzosi*

L'influenza può essere caratterizzata da febbre improvvisa, mialgia, mal di testa, malessere, tosse secca, mal di gola e congestione nasale. Sono comuni anche i sintomi gastrointestinali, tra cui nausea, vomito e diarrea.

Inoltre, l'infezione da virus influenzale può provocare complicanze a livello:

- Neurologico (convulsioni febbrili, sindrome di *Reye*, meningite/encefalite, mielite trasversa, sindrome di *Guillain-Barrè*)
- Cardiaco (pericardite, miocardite, esacerbazioni di problematiche cardiovascolari)
- Respiratorio (otite media, *croup*, sinusite, bronchite, faringite, polmonite virale o secondaria batterica, esacerbazioni di malattie polmonari croniche)
- Ginecologico-ostetrico (rischio di complicanze materne, aumento di parti pretermine e di mortalità prenatale)
- Muscolo-scheletrico (miosite e rabdomiolisi)

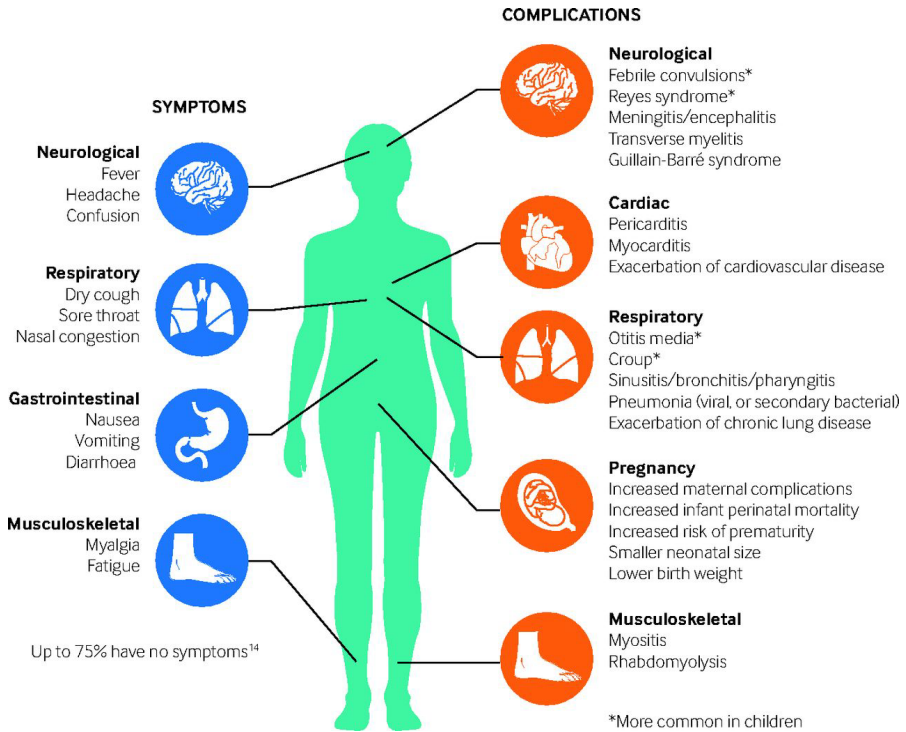


Figura 1 – Sintomi e complicanze dell’influenza

Un’influenza complicata può essere individuata nella popolazione pediatrica e adulta tramite l’individuazione di alcuni **segni e sintomi**, tra i quali:

POPOLAZIONE PEDIATRICA	POPOLAZIONE ADULTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento della frequenza respiratoria e/o difficoltà respiratorie</li> <li>• Labbra o viso bluastri</li> <li>• Dolore al petto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà respiratorie e/o respiro corto</li> <li>• Dolore o pressione persistenti al petto o all’addome</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte dolore muscolare (il bambino si rifiuta di camminare)</li> <li>• Grave disidratazione</li> <li>• Non vigile o interattivo quando sveglio</li> <li>• Iperpiressia non controllata dai farmaci antipiretici</li> <li>• Convulsioni</li> <li>• Febbre o tosse che sembrano migliorare ma poi peggiorano</li> <li>• Peggioramento delle condizioni mediche croniche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertigini persistenti, confusione, incapacità di svegliarsi</li> <li>• Convulsioni</li> <li>• Grave disidratazione</li> <li>• Forte dolore muscolare</li> <li>• Grave debolezza o instabilità</li> <li>• Febbre o tosse che sembrano migliorare ma poi peggiorano</li> <li>• Peggioramento delle condizioni mediche croniche</li> </ul>
---	--

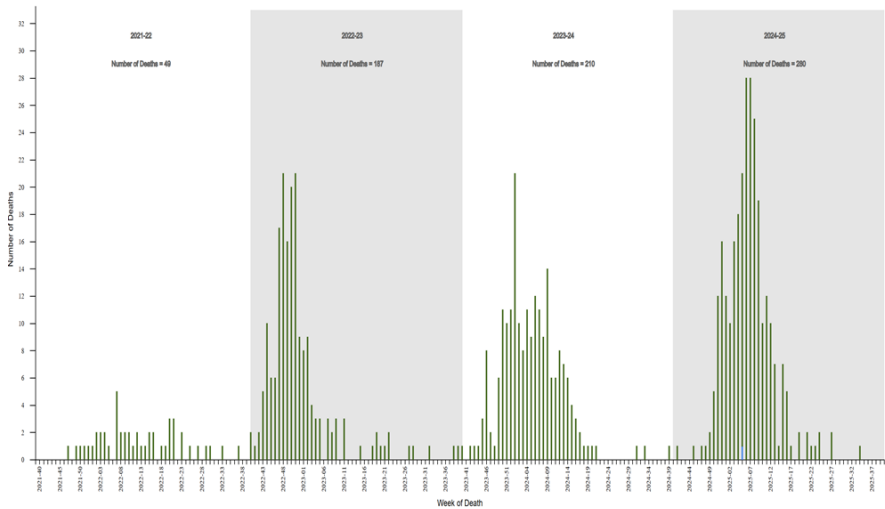
L'influenza, anche a seguito delle sue complicanze, può causare quindi una malattia severa con conseguente ospedalizzazione e/o la morte, in particolare nelle popolazioni ad alto rischio:

- Adulti > 65 anni
- Individui con patologie croniche preesistenti (malattie croniche cardiache, polmonari, renali, epatiche, neurologiche e metaboliche, come il diabete)
- Individui con immunità ridotta (ad esempio dopo chemioterapia, asplenia, trattamento steroideo prolungato, disfunzione splenica o infezione da HIV)
- Donne in gravidanza, comprese quelle fino a due settimane dopo il parto
- Individui gravemente obesi (indice di massa corporea > 40)

L'influenza è spesso considerata un'infezione banale e la sua potenziale severità è sottostimata, in particolare nell'età pediatrica: tuttavia anche i bambini

possono essere colpiti da forme gravi di influenza, con conseguente aumento delle ospedalizzazioni e decessi.

Ne è un esempio quanto avvenuto nella passata stagione influenzale negli USA, dove a causa dell'influenza sono deceduti 280 bambini, registrando un *record* negativo di mortalità pediatrica attribuibile all'influenza (confermata in laboratorio): era dal 2004 che non si registrava un dato simile, fatta eccezione per la stagione pandemica (2009).



*Figura 2 – Decessi in età pediatrica associati all'influenza negli USA (confronto delle ultime 4 stagioni influenzali)*

L'analisi sullo stato vaccinale ha rilevato che il 92% dei bambini deceduti non aveva ricevuto il vaccino contro l'influenza stagionale.

Anche in Italia esiste un monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza stagionale (introdotto dalla stagione pandemica 2009/2010 tramite la circolare ministeriale 19 novembre 2009 e successive integrazioni annuali): l'obiettivo di tale sorveglianza è quello di raccogliere informazioni sulle forme gravi e sui decessi per meglio conoscere l'epidemiologia

delle forme gravi nel paese, anche in termini di possibili fattori di rischio e cambiamenti nel corso dell'epidemia influenzale.

In ottemperanza alle circolari ministeriali, le Regioni e Province autonome sono tenute a segnalare al Ministero e all'Istituto Superiore di Sanità i casi gravi e complicati di influenza confermata in laboratorio (SARI e ARDS).

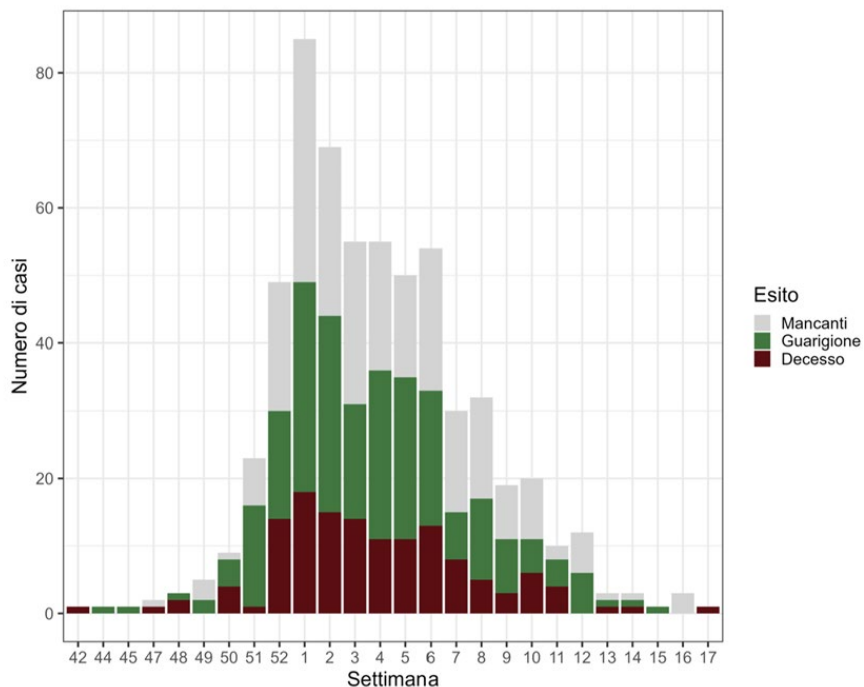
**Definizione di SARI** (*Severe Acute Respiratory Infection*): paziente ospedalizzato di qualsiasi età con almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

**Definizione di ARDS** (sindromi da *distress* respiratorio acuto): paziente ospedalizzato di qualsiasi età con sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse e aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extra capillare, definito come edema polmonare non cardiaco, riduzione della *compliance* polmonare e infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti, dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno. Secondo *l'American European Consensus Conference* la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- Insorgenza acuta della malattia
- Indice di ossigenazione PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure)
- Infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore
- Pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare

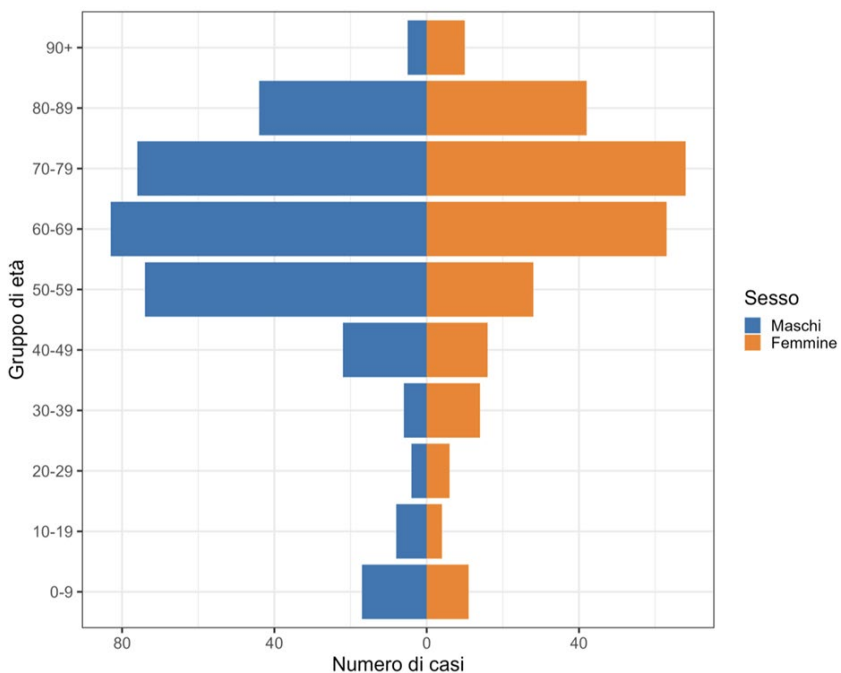
I dati dell'ultimo rapporto italiano delle forme severe di influenza (SARI/ARDS) evidenziano 601 casi gravi di influenza confermata in laboratorio e ricoverati in

terapia intensiva (tra cui 134 deceduti): tale severità e mortalità è in linea con le stagioni precedenti.



*Figura 3 - Numero totale di casi di infezione respiratoria acuta grave (SARI) in Italia per settimana epidemiologica ed esito, stagione 2024-25*

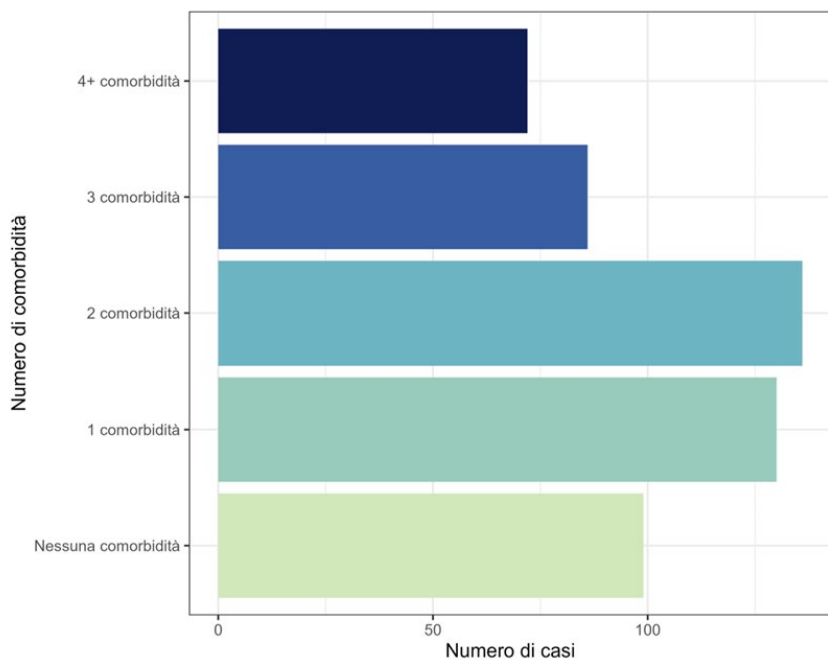
Nella fascia giovanile dai 0-19 anni sono stati riscontrati 40 casi gravi (6,6%), tra i 20 e i 59 anni 170 casi (28,3%) e 391 casi negli over 60 (65,1%). La fascia di età più colpita è stata quella tra i 60-79 anni.



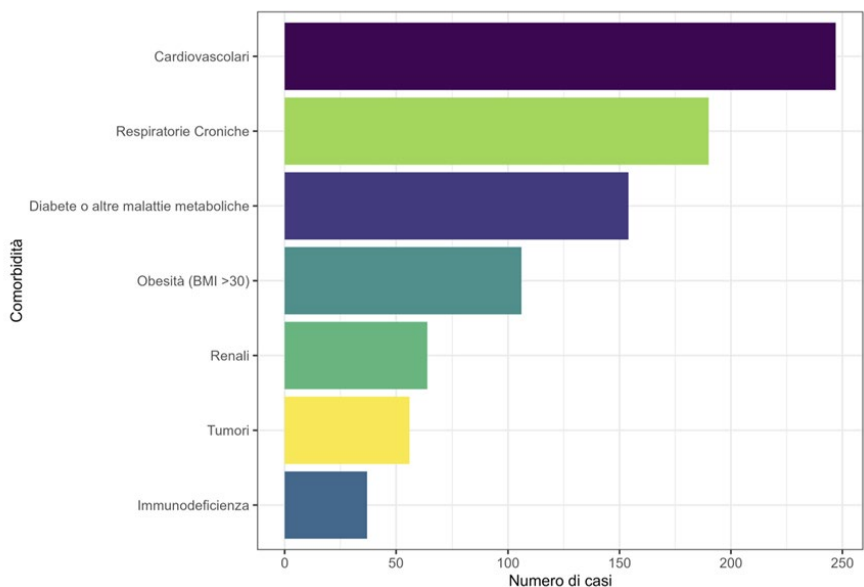
*Figura 4 - Numero totale di casi di infezione respiratoria acuta grave (SARI) in Italia per fascia di età e sesso, stagione 2024-25*

Dal rapporto 2024/2025 emerge che circa 1/6 dei pazienti con forma grave di influenza non presentava alcuna comorbidità, tuttavia la maggior parte dei casi presentava una o due comorbidità e le malattie cardiovascolari hanno costituito il fattore di rischio più frequente (in linea con quanto osservato nelle stagioni passate a partire dal 2009).

In ordine di frequenza, le altre comorbidità più impattanti sono patologie respiratorie croniche, il diabete o altre malattie metaboliche, l'obesità (BMI>30), malattie renali, tumori e immunodeficienze.

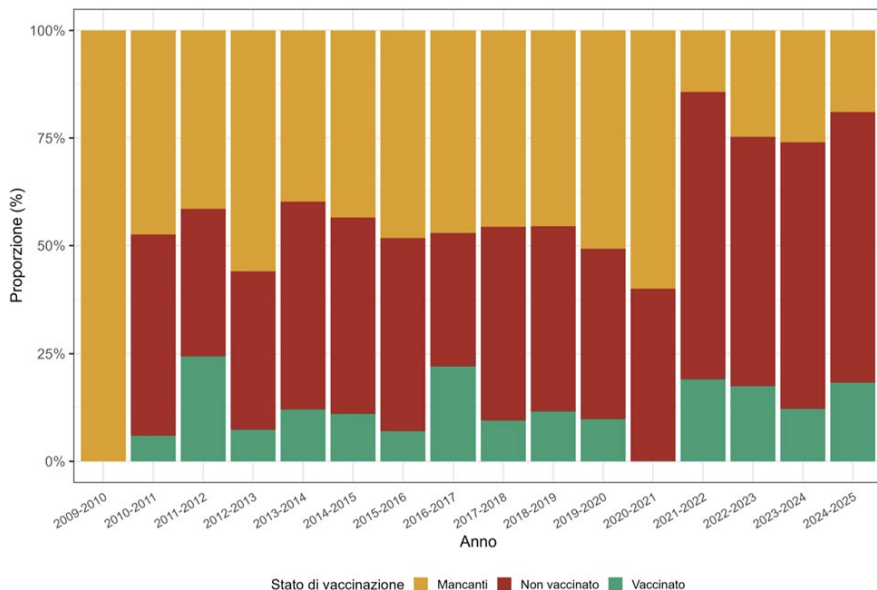


*Figura 5 - Numero totale di casi di infezione respiratoria acuta grave (SARI) in Italia per stato di comorbidità, stagione 2024-25*



*Figura 6 - Numero totale di casi di infezione respiratoria acuta grave (SARI) in Italia per tipo di comorbidità, stagione 2024-25*

È stato notificato un numero più alto di casi in persone di sesso maschile e, come nelle stagioni passate, la maggior parte dei casi gravi e dei decessi (77,4%) si è verificata in persone che non avevano ricevuto la vaccinazione antinfluenzale nella stagione in corso.



*Figura 7 - Proporzione di casi di infezione respiratoria acuta grave (SARI) in Italia in base allo stato di vaccinazione antinfluenzale, 2009-2025*

Nonostante sia evidente la sottostima dei casi gravi di influenza (anche per la mancanza di un monitoraggio strutturato delle forme gravi non respiratorie), è evidente come l'influenza non sia una patologia banale e il grande beneficio offerto dalla vaccinazione antinfluenzale. Questi dati dimostrano come il vaccino sia da offrire prioritariamente a soggetti over 60 e con comorbidità, ma da estendere e offrire universalmente a tutta la popolazione.

## CAPITOLO 3

### ***La campagna antinfluenzale in Regione Lombardia: un appuntamento con la salute***

*A cura di Catia Rosanna Borriello*

Come in ogni stagione autunnale, la Lombardia si prepara a fronteggiare uno dei virus più diffusi e sottovalutati: l'influenza. Dal **1° ottobre 2025** prenderà il via la **campagna vaccinale regionale**, un appuntamento annuale che non è solo un atto sanitario, ma un vero e proprio investimento in salute pubblica.

La vaccinazione sarà offerta gratuitamente a tutti i soggetti a rischio secondo le indicazioni della circolare ministeriale, ma a partire dal **13 ottobre 2025**, l'offerta diventerà universale, aperta a tutta la popolazione.

Negli accordi integrativi regionali è delineata la cornice progettuale dell'impegno vaccinale dei medici e dei pediatri di famiglia.

#### Il virus dell'influenza e la composizione del vaccino

Il virus influenzale appartiene alla famiglia *Orthomyxoviridae* e si presenta in quattro tipi: A, B, C e D. I tipi A e B sono i principali responsabili delle epidemie stagionali. La loro capacità di mutare rapidamente si realizza attraverso piccole variazioni (*drift*) o cambiamenti radicali (*shift*) antigenici. Per la stagione in arrivo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha raccomandato vaccini trivalenti con la seguente composizione:

- H1N1: A/Victoria/4897/2022 o A/Wisconsin/67/2022
- H3N2: A/Croazia/10136RV/2023 o A/Distretto di Columbia/27/2023
- B/Victoria: B/Austria/1359417/2021

Il lignaggio B/*Yamagata*, ormai assente da anni, è stato definitivamente escluso.

Le vere **controindicazioni vaccinali** sono rare: età inferiore ai 6 mesi, reazioni anafilattiche gravi o sindrome di *Guillain-Barré* post-vaccino. Condizioni come gravidanza, allattamento o allergia lieve all'uovo non rappresentano un ostacolo alla vaccinazione ma sono anzi indicazioni prioritarie per vaccinarsi.

### Organizzazione Regione Lombardia 2025/2026

In Regione Lombardia saranno messi a disposizione diverse formulazioni vaccinali, calibrate per età e condizioni di salute:

- Vaccini inattivati trivalenti (età  $\geq 6$  mesi)
- *Spray* nasale vivo attenuato per bambini e adolescenti (2-17 anni)
- Formulazioni su colture cellulari e ricombinanti per adulti
- Vaccini adiuvati e ad alto dosaggio per *over 50* e *over 60*

Nello specifico:

- FLUENZ: trivalente vivo attenuato, *spray* nasale → bambini 2-17 anni (PLS/ASST)
- EFLUELDA: *split* trivalente ad alto dosaggio → soggetti  $\geq 75$  anni / ospiti RSA  $\geq 60$  (ASST/MMG)
- INFLUVAC TRI S: *split* trivalente → somministrabile da 6 mesi (PLS, MMG, ASST, farmacie)
- FLUAD: inattivato trivalente adiuvato → somministrabile da 50 anni, indicato da 60/65+ a seconda del *target* (MMG, farmacie, ASST)
- FLUCELVAX: inattivato su colture cellulari → indicato da 6 mesi e per operatori sanitari (ASST/UDOSS)

### Chi può vaccinare (erogatori)

- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Pediatri di Libera Scelta (PLS)
- Servizi vaccinali ASST / centri vaccinali / UDOSS (vaccinazioni in ospedale e RSA)
- Farmacie di comunità aderenti (DPC)
- Medico competente / vaccinazioni aziendali *on-site concordate*

- Medici di Medicina Generale o loro delegati per somministrazioni domiciliari ai non trasportabili

#### Date/cronoprogramma essenziale (fasi rilevanti)

- **Avvio campagna:**
  - **Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta: dal 01/10/2025** - vaccinazione raccomandata e offerta a categorie prioritarie o a rischio
  - **ASST/IRCCS (centri vaccinali e ospedali): dal 01/10/2025** - pazienti ricoverati/operatori sanitari/donne in gravidanza - bambini 6 mesi - 17 anni
  - **UDOSS: dal 01/10/2025** - ospiti e operatori sanitari
  - **FARMACIE: dal 13/10/2025** - avviano vaccinazioni per tutta la popolazione
- **Offerta universale (tutta la popolazione su richiesta): a partire dal 13/10/2025** (fase progressiva: farmacie/centri con disponibilità a date indicate) da parte di tutti gli erogatori

#### Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta

- Entro 15/09/2025: inserire fabbisogno vaccinale in ARVAX
- Dal 01/10/2025: possono ordinare i vaccini presso le farmacie di comunità
- Dal 01/10/2025: possono iniziare somministrazioni alle categorie prioritarie (incluso domicilio)
- Dal 13/10/2025: avviano vaccinazione per tutta la popolazione

#### Farmacie di comunità (DPC)

- Entro 01/10/2025: creare agende su ARVAX per prenotazioni (≥18 anni)
- Dal 13/10/2025: avviano vaccinazioni per tutta la popolazione

## ASST/Centri vaccinali/UDOSS

- Dal 01/10/2025: ASST distribuiscono vaccini alle UDOSS e strutture
- Dal 01/10/2025: vaccinano pazienti ricoverati/operatori sanitari/donne in gravidanza
- Dal 13/10/2025: vaccinano bambini 6 mesi - 17 anni
- Dal 20/10/2025 vaccinano tutta la popolazione

## Perché vaccinarsi?

*“La vaccinazione stimola una risposta immunitaria che protegge direttamente l'individuo che riceve il vaccino dall'infezione di un determinato agente patogeno. La vaccinazione fornisce anche un beneficio indiretto, proteggendo efficacemente le porzioni di popolazione non vaccinate, diminuendo il numero di esposizioni che gli individui non vaccinati ricevono”.* Con queste parole si apre uno studio pubblicato su *JAMA Network Open*, che mostra la duplice efficacia della vaccinazione antinfluenzale, fornendo un beneficio nella riduzione delle infezioni sia per chi si sottopone al vaccino, sia per quella parte di popolazione non vaccinata.

L'OMS e il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale fissano obiettivi di copertura ambiziosi: almeno il 75% tra *over 65* e categorie a rischio, con un valore ottimale del 95%. Raggiungere questi numeri significa ridurre drasticamente il numero di ricoveri e decessi, proteggendo non solo chi si vaccina, ma anche chi non può farlo.

È molto importante che tutti i professionisti sanitari, dai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta agli specialisti ospedalieri, abbiano la consapevolezza che i loro pazienti sono soggetti a rischio di complicanze e non abbiano esitazioni nel proporre e somministrare il vaccino antinfluenzale.

Un esempio importante è rappresentato dalle **donne in gravidanza**: è noto da tempo che la vaccinazione è indicata in qualsiasi trimestre della gravidanza, che l'influenza rappresenta un rischio importante per la crescita del feto e per la salute della donna, che il vaccino è assolutamente sicuro, eppure negli ambienti

sanitari a volte ci sono ancora delle resistenze e dei dubbi sull'utilità e sulla sicurezza. Le società scientifiche di settore si sono espresse in diverse occasioni, in modo particolare nella stesura di linee guida dedicate, proprio per rafforzare la fiducia e la corretta conoscenza in questo ambito.

Un altro esempio è la vaccinazione dei **bambini**, che in Regione Lombardia è particolarmente sentita grazie all'impegno dei Pediatri di Libera Scelta, e ha raggiunto coperture piuttosto buone. La domanda è: perché vaccinare i bambini? I bambini frequentano comunità, hanno atteggiamenti e modalità comunicative molto strette, frequentano i nonni. È però importante non relegare la vaccinazione del bambino al ruolo di protezione della comunità o per evitare giornate di lavoro perse per i genitori, ma ricordarsi che la protezione è in prima battuta del bambino, della sua salute, proprio perché l'influenza non è "banale", neanche per i soggetti sani.

In ultimo è fondamentale affrontare il tema della vaccinazione degli **operatori sanitari**. La campagna antinfluenzale non è solo una misura sanitaria ma è un atto di responsabilità verso la comunità e questo è tanto più vero per gli operatori sanitari per la sicurezza dei loro pazienti.

Gli operatori sanitari sono quotidianamente a contatto con persone fragili: anziani, immunodepressi, pazienti cronici, neonati. Vaccinare un operatore sanitario significa ridurre il rischio di malattia per il lavoratore e, soprattutto, di trasmettere il virus a chi potrebbe non sopravvivere a una complicanza.

Risulta evidente che promuovere strategie di vaccinazione antinfluenzale tra gli operatori sanitari è una priorità da attuare per aumentare la copertura vaccinale in questa popolazione *target*, garantire benefici sanitari per gli stessi operatori sanitari e per i loro pazienti e contribuire alla sostenibilità dei sistemi sanitari attraverso un'allocazione di valore delle risorse sanitarie.

## CAPITOLO 4

### ***ARVAX - Istruzioni minime per la campagna vaccinale 2025/2026***

*A cura di Simona Scarioni*

Il presente documento riassume il Manuale Utente di ARVAX, reperibile sul Documentale SISS:

<https://www.siss.regione.lombardia.it/EdmaSissPortaleSitoWebPublic/documentoDiProgetto.jsp>

Parola chiave: ARVAX

#### Campagna Vaccinale - Richiesta di fabbisogno

La funzionalità della campagna vaccinale permette a Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta di inserire le richieste di fabbisogno per i vaccini della campagna vaccinale.


A partire dal 03/09/2025 Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta hanno potuto accedere alla funzione di gestione della campagna vaccinale 2025/2026 su ARVAX tramite Menù > Campagna Vaccinale > Gestione Fabbisogni MMG/PLS. In alto a destra è presente il pulsante Stampa istruzioni MMG/PLS, che consente di scaricare un file PDF contenente le istruzioni per la campagna vaccinale in corso.

Nella sezione “Richieste inserite” è possibile visualizzare una tabella in cui sono presenti i vaccini previsti per la campagna vaccinale 2025/2026. Nella colonna “Suggerito” è indicato il fabbisogno suggerito per ogni vaccino calcolato sull’età dei cittadini vaccinati nella campagna vaccinale 2024/2025.

## Richieste inserite

Nascondi 

In questa sezione è possibile inserire i fabbisogni previsti per la campagna vaccinale corrente. Il fabbisogno suggerito è calcolato sulle età dei cittadini vaccinati nella scorsa campagna vaccinale.

 Scarica riepilogo

Per inserire una nuova richiesta cliccare sul pulsante "+" in corrispondenza del vaccino desiderato.

Le richieste inserite dovranno essere validate dalla ASST.

A seguito della validazione è possibile ordinare i vaccini in farmacia a partire dal 01/10/2025.

Nome commerciale 	Suggerito 	Totale 	Data ultimo inser. 	Data ultima validaz. 	Stato richieste 	
COMIRNATY LP.8.1 30 MCG <small>Somministrabile a partire da 12 anni - confezione da 60 dosi</small>	150	110	20/09/2025	-		
EFLUELDA <small>Somministrabile a partire da 60 anni - Indicato per età 75+ anni</small>	110	100	15/09/2025	15/09/2025		
FLUAD <small>Somministrabile a partire da 50 anni - Indicato per età 60-74 anni e 50-59 anni con malattie croniche</small>	110	100	20/09/2025	-		
FLUENZ <small>Somministrabile e indicato per età 2-17 anni</small>	110	-	-	-	-	
INFLUVAC TRI S <small>Somministrabile a partire da 6 mesi di vita</small>	110	90	15/09/2025	15/09/2025		
PREVENAR 20 <small>Indicato per età 65+ anni e categorie di rischio</small>	110	90	20/09/2025	-		

Figura 8 – Evidenza pagina “Richieste inserite” portale ARVAX

Cliccando sul pulsante “+” è possibile inserire una nuova richiesta di fabbisogno. Il fabbisogno di vaccini antinfluenzali e anti-pneumococco deve essere inserito in valori multipli di 10; il fabbisogno di vaccini anti-Covid19 deve essere inserito in valori multipli di 60.

i **Aggiungi nuovo fabbisogno FLUAD**
✕

Aggiungere un nuovo fabbisogno multiplo di 10 per il vaccino FLUAD.

<b>Fabbisogno da inserire</b>	<b>Fabbisogno suggerito</b>
<input style="width: 90%;" type="text" value="10"/>	150
<b>In attesa di validazione</b>	<b>N° richieste in attesa di validazione</b>
10	1
<b>Validati</b>	<b>Ordinati</b>
90	20
<b>Totale</b>	
110	

Annulla

Conferma

*Figura 9 – Evidenza pagina “Richieste di fabbisogno” portale ARVAX*

A seguito dell’inserimento di una richiesta di fabbisogno, nella tabella “Richieste inserite” sarà possibile monitorare lo stato delle richieste inserite.

Se la richiesta inserita, sommata alle richieste precedentemente validate, è inferiore o uguale al valore suggerito proposto da ARVAX, la richiesta di fabbisogno verrà validata automaticamente alle 17.30 della giornata di inserimento (se inserita entro le 17.30) – salvo esaurimento dei massimali assegnati alla ASST. Le richieste inserite in ARVAX dopo le 17.30 verranno validate alle 17.30 del giorno successivo.

Se la richiesta inserita è superiore al valore suggerito proposto da ARVAX, la richiesta di fabbisogno dovrà essere validata manualmente dalla ASST di competenza.

Una volta inserita la richiesta, questa non può essere eliminata o modificata. In caso di necessità di correzione di una richiesta inserita, la richiesta deve essere inviata alla propria ASST (Dipartimento Cure Primarie).

È possibile ricevere una mail automatica in caso di validazione delle richieste di fabbisogno; per attivare la funzionalità è necessario indicare un indirizzo *e-mail* in ARVAX in Menù > Campagna Vaccinale > Gestione Fabbisogni MMG/PLS > Dati Generali.

Nella pagina Menù > Campagna Vaccinale > Gestione Fabbisogni MMG/PLS è presente una sezione “Monitoraggio vaccini” tramite cui è possibile verificare il numero residuo di vaccini che può essere ordinato in ogni *tranche*. È possibile inoltre scaricare i dati di monitoraggio per la campagna vaccinale in corso tramite il pulsante “Scarica”.

Nella pagina Menù > Campagna Vaccinale > Gestione Fabbisogni MMG/PLS è presente una sezione “Storico Campagne vaccinali” tramite cui è possibile scaricare i dati delle campagne vaccinali precedenti.

### Ordine dei vaccini in farmacia

È possibile ordinare i vaccini in farmacia a partire dal 01/10/2025.

Una volta avvenuta la validazione della richiesta di fabbisogno, a partire dal giorno successivo il MMG/PLS potrà recarsi in Farmacia di Comunità per ordinare i vaccini.

Per l'ordine dei vaccini in Farmacia di Comunità sono validi i seguenti limiti:

- Per i vaccini *FLUAD* e *EFLUELDA*: a partire dal 01/10/2025 è possibile ordinare l'intera quantità di vaccino validata
- Per i vaccini *INFLUVAC TRI S* e *FLUENZ*: a partire dal 01/10/2025 e fino al 15/10/2025 sarà possibile ordinare fino al 50% della quantità di vaccino

validata (“prima *tranche*”); la quantità residua potrà essere ordinata dal 16/10/2025 in avanti (“seconda *tranche*”)

- L’eventuale quantità di vaccino della prima *tranche* non ordinata entro il 15/10/2025 verrà automaticamente riaccreditata nella seconda *tranche* e potrà essere ordinata a partire dal 16/10/2025

Al fine di ridurre gli sprechi di vaccino e di minimizzare il rischio di interruzione della catena del freddo, si raccomanda di effettuare ordini di vaccini in Farmacia di Comunità con quantità di vaccini calcolate in base alle vaccinazioni programmate. In particolare, si raccomanda un’attenta programmazione degli ordini di vaccino *FLUENZ*, il quale ha generalmente scadenza più ravvicinata rispetto agli altri vaccini.

#### Ritiro dei vaccini e caricamento in ARVAX

Al momento del ritiro dei vaccini in farmacia, essa deve confermare la consegna dei vaccini sul *software WebDPC*. Entro 15 minuti dalla conferma da parte della farmacia, si genera un trasferimento automatico in ARVAX verso il centro vaccinale associato al MMG/PLS.

Il MMG/PLS dovrà confermare il trasferimento in ARVAX:

- Accedere a “Gestione ordini e trasferimento” tramite Menù > Approvvigionamento > Gestione ordini e trasferimenti
- Nella sezione “Trasferimenti attivi” sono elencati i trasferimenti che possono essere accettati (stato “in entrata”)
- Cliccare sul trasferimento desiderato per visualizzare il dettaglio del trasferimento
- Controllare la correttezza dei dati relativi ai vaccini trasferiti (nome commerciale, codice lotto, numero di dosi)
  - Nel caso in cui codice lotto e scadenza non siano presenti, cliccare sulla matitina e selezionare dal menù a tendina il codice lotto scritto sulla scatola del vaccino

- Nel caso in cui il numero di dosi ricevute sia minore è possibile modificarlo cliccando sulla matita in corrispondenza di "Dosi ricevute".
- Cliccare su “Conferma ricezione”
- Verificare la correttezza dei dati visualizzati a schermo e cliccare su “Conferma”

A seguito dell'accettazione del trasferimento i vaccini vengono caricati nel magazzino del MMG/PLS in ARVAX e sono subito utilizzabili per la somministrazione. Il magazzino può essere visualizzato tramite Menù > Approvvigionamento > Magazzino.

The screenshot shows the ARVAX portal interface. At the top, there is a navigation bar with the logo of Regione Lombardia, the text 'ARVAX', and several utility icons: 'Libreria', 'Notifiche', 'CVT SERLIO', and 'SETTE VARVAX'. Below the navigation bar, there is a breadcrumb trail: '← Torna indietro' and 'T20240424/0003 - Trasferimento in entrata' with a status indicator 'In entrata'. The main content area displays details for a vaccine transfer:

Struttura vaccinale di origine FO FARMACIA FATEBENE FRATELLI E SACCO	Data di creazione trasferimento 24/04/2024 15:27	Operatore VRVSTT80A41F205F
Destinatario CVT SERLIO	Data Ricezione -	Operatore Ricezione -

Below the details, there is a 'Note' section with a minus sign. A green button labeled 'Conferma ricezione' is visible. At the bottom, there is a table with the following columns: 'Associazione vaccinazione', 'Nome commerciale', 'Lotto', 'Scadenza', 'Dosi comunicate', 'Dosi ricevute', and 'Stato'.

Associazione vaccinazione	Nome commerciale	Lotto	Scadenza	Dosi comunicate	Dosi ricevute	Stato
INFLUENZA TETRAVALENTE INATTIVATO	VAXIGRIP TETRA	INF002	30/06/2024	50	50	In entrata

At the bottom right of the table, there is a link 'vedi 5 trasferimenti'.

Figura 10 – Evidenza pagina “Magazzino” portale ARVAX

### Somministrazione dei vaccini

La somministrazione dei vaccini può avvenire solo dopo il caricamento dei vaccini in magazzino, nel caso di vaccini ritirati dalla Farmacia di Comunità, il caricamento in magazzino avviene tramite l'accettazione del trasferimento già descritta.

Per la somministrazione di un vaccino in ARVAX i passaggi sono i seguenti:

- Dalla *homepage* di ARVAX cliccare sul pulsante “Ricerca Cittadino”
- Inserire il codice fiscale dell’utente oppure i dati anagrafici (almeno tre lettere del cognome e del nome) per avviare la ricerca
- Tramite il pulsante “Certificato Vaccinale” in alto a destra è possibile consultare il certificato vaccinale del cittadino
- Tramite il pulsante “Vaccinazione” in alto a destra è possibile avviare una somministrazione di vaccino

#### STEP 1 ACCETTAZIONE

- Nel caso in cui la vaccinazione non venga registrata contestualmente alla somministrazione, è possibile modificare la data e l’ora in cui è stata eseguita la vaccinazione
- Inserire la “macro associazione” (una o più di una) da somministrare
- Tramite il pulsante “Salva e continua” è possibile procedere alla somministrazione

#### STEP 2 ANAMNESI

- Per MMG/PLS è possibile evitare la compilazione dell’anamnesi tramite il pulsante “Salta anamnesi”; in alternativa è possibile richiamare un’anamnesi precedente oppure compilare un’anamnesi muta oppure compilare manualmente l’anamnesi
- Dopo l’anamnesi è possibile selezionare la categoria di rischio del paziente
- Infine, è necessario indicare il nome commerciale del vaccino utilizzato; ARVAX propone i vaccini somministrabili in base ai vaccini presenti nel magazzino del centro vaccinale e all’età del paziente in corso di vaccinazione

- Tramite il pulsante “Salva stampa e continua” è possibile stampare i moduli di anamnesi e consenso e procedere alla somministrazione

### STEP 3 SOMMINISTRAZIONE

- Nel caso in cui il MMG/PLS vaccini in autonomia, la sezione dell'*équipe* vaccinale non necessita di modifiche
- Nel caso in cui il MMG/PLS vaccini assieme a personale infermieristico, è possibile aggiungere un secondo operatore all'*équipe* vaccinale
- Per ogni vaccino somministrato è necessario indicare il codice lotto del vaccino e la sede di somministrazione

### AL TERMINE DELLA SOMMINISTRAZIONE

- Nel caso in cui il vaccino preveda una dose di richiamo (ad esempio: *herpes zoster*, primo vaccino antinfluenzale nei bambini fino a nove anni) è possibile prenotare l'appuntamento per la seconda dose, se è stata creata un'agenda su ARVAX
- È possibile stampare il certificato vaccinale della persona vaccinata

### Altre funzioni utili

Link per accesso ad ARVAX: <https://operatorisiss.servizirl.it/arvax/>

- L'accesso ad ARVAX può avvenire tramite Carta SISS, SPID L3/CIE oppure Fima Remota (emessa dall'ufficio PDA/PDR dell'ASST di competenza)
- In ARVAX è possibile profilare, oltre al MMG/PLS, anche il personale infermieristico o amministrativo che collabora in studio. L'emissione delle credenziali SISS è a carico del PDA/PDR dell'ASST di competenza
  - PERSONALE INFERMIERISTICO: RA=15 L1=MMG |SPEC|VAC|
  - PERSONALE AMMINISTRATIVO: RA=03 L1=MMG |SPEC|VAC|
- Assistenza SISS per MMG e PLS:

- Numero Verde 800.070.090
- E-mail [spoc\\_siss@ariaspa.it](mailto:spoc_siss@ariaspa.it)
- Tramite Menù > Statistiche > Statistiche ARVAX è possibile consultare le statistiche relative ai vaccini somministrati, in particolare:
  - Storico somministrazioni: *report* contenente il dettaglio di ogni vaccinazione effettuata (inclusi i codici lotto, operatori dell'*equipe* vaccinale, ecc)
  - Cittadini vaccinati: *report* contenente il dettaglio di ogni persona vaccinata, raggruppando i vaccini somministrati nella stessa giornata
- ARVAX consente la creazione di agende visibili al MMG/PLS e al personale che accede ad ARVAX, le agende create da MMG/PLS non sono visibili ai cittadini. L'utilizzo delle agende è facoltativo, ma può agevolare il MMG/PLS nella programmazione delle dosi di richiamo (ad esempio *herpes zoster*, primo vaccino antinfluenzale nei bambini fino a nove anni). Per la creazione delle agende è possibile consultare il manuale utente di ARVAX o la video-pillola:

<https://www.siss.regione.lombardia.it/EdmaSissPortaleSitoWebPublic/disclaimer.do?pag=documentoDiProgetto.jsp&par=doc&id=318281559>

## CAPITOLO 5

### ***Coordinamento con gli attori del territorio e strategie sinergiche operative***

*A cura di Massimiliano Franco*

La campagna vaccinale antinfluenzale 2025–2026 costituisce un intervento prioritario di sanità pubblica. La sua efficacia dipende dal coordinamento sinergico tra le diverse figure professionali e dalle istituzioni coinvolte, al fine di garantire un'elevata adesione e una gestione appropriata delle risorse disponibili.

#### Ruoli e responsabilità

- **Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta:** svolgono una funzione centrale nella stratificazione del rischio, nell'identificazione delle priorità vaccinali e nel *counselling* personalizzato. Sono inoltre responsabili della valutazione clinica, della gestione delle controindicazioni e del *follow-up post-vaccinale*
- **Infermieri di Famiglia e Comunità:** promuovono l'educazione sanitaria della popolazione e garantiscono l'assistenza domiciliare ai soggetti non trasportabili. Rivestono altresì un ruolo determinante nella gestione logistica delle sedute vaccinali che si svolgono in casa di Comunità
- **Farmacie territoriali:** favoriscono un accesso più ampio al servizio vaccinale grazie a una distribuzione capillare e a fasce orarie estese. Oltre a supportare la logistica di stoccaggio e distribuzione, forniscono informazioni e *counselling* di primo livello
- **ATS e ASST:** assicurano la validazione scientifica dei protocolli, la supervisione delle procedure e il coordinamento logistico dell'approvvigionamento. Gestiscono i flussi informativi e vigilano sulla

qualità complessiva dell'intervento a livello territoriale, attraverso le Unità Operative di Prevenzione e Vaccinazione e di Cure Primarie

- **Centri di Cura:** operano come *hub* specializzati per campagne rivolte a popolazioni particolari (ad esempio immunocompromessi e pazienti oncologici), fornendo competenze cliniche avanzate e gestendo casi complessi

### Strategie interprofessionali basate sulle evidenze

Le più recenti evidenze scientifiche internazionali individuano alcune strategie di azioni comuni tra operatori che risultano efficaci per incrementare l'adesione vaccinale:

- **Sistemi strutturati di *recall e reminder*** (telefonate, *SMS*, *email*, sistemi di comunicazione digitale dedicati), in grado di aumentare l'adesione del 10–15%, con particolare efficacia nei pazienti cronici e anziani
- **Educazione infermieristica strutturata**, che rappresenta uno dei principali determinanti dell'adesione, grazie a una comunicazione empatica e professionale
- **Ampliamento dei punti di accesso attraverso farmacie e anche con orari prolungati**, con effetti positivi soprattutto sulla popolazione in età lavorativa
- **Approcci multimodali**, che combinano interventi educativi, *recall*, accessibilità agevolata e incentivi, dimostratisi più efficaci rispetto a iniziative isolate

### Modelli organizzativi e buone pratiche

La Regione Lombardia ha sviluppato modelli operativi innovativi, replicabili e scalabili sull'intero territorio:

- **Filiera integrata ARVAX/ASST/Farmacie**, che ha consentito di ridurre del 30% i tempi di approvvigionamento e di migliorare la tracciabilità

- **Consegne progressive** basate sulle registrazioni, per ottimizzare la gestione delle scorte e ridurre gli sprechi
- **Giornate vaccinali** coordinate tra i Servizi Territoriali, che hanno incrementato del 25% l'accessibilità, soprattutto per la popolazione in età lavorativa, grazie all'estensione degli orari
- **Protocolli operativi** formalizzati tra Medici di Medicina Generale, Farmacie e ATS, che hanno definito ruoli e responsabilità, migliorando la comunicazione interprofessionale e riducendo i tempi di gestione delle criticità

#### Indicatori di performance (KPI)

Il monitoraggio continuo della campagna vaccinale si avvale di indicatori chiave di *performance* che consentono di identificare tempestivamente eventuali criticità e di attuare azioni correttive:

- Copertura della popolazione  $\geq 60$  anni: minimo 60%
- Copertura dei pazienti cronici: obiettivo  $\geq 75\%$
- Tempo medio di registrazione delle somministrazioni: entro 7 giorni
- Percentuale di co-somministrazioni (influenza, Covid, pneumococco): obiettivo  $\geq 40\%$
- Utilizzo delle scorte: almeno il 90% delle dosi distribuite
- Percentuale di *recall* attivi: almeno l'80% dei pazienti *target* raggiunti

## CAPITOLO 6

### ***Come ti vaccino il paziente: usi e costumi del mitico medico di famiglia***

*A cura di Doriana Bertazzo*

Puntuale, come ogni anno, arriva l'appuntamento con la campagna antinfluenzale, attesa perché è un momento significativo, ma temuta per il carico lavorativo che comporta. Occorre però considerare la diminuzione di visite per patologia influenzale che ne consegue.

Perché vaccinare visto che in molti casi la patologia si risolve da sola e perché il Medico di Medicina Generale? Secondo il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e le norme convenzionali il Medico di Medicina Generale prende in carico ogni paziente, con particolare riguardo alle persone con fragilità e patologie croniche, dedicando molte energie alla prevenzione. Caposaldo della prevenzione sono le vaccinazioni e l'antinfluenzale è la più diffusa e tradizionalmente la più conosciuta.

La protezione ideale della popolazione, con l'incremento delle coperture, nasce da diversi fattori: prossimità, facilità di accesso, gratuità, conoscenza nel tempo del singolo individuo e dell'ambiente familiare, lavorativo e di svago in cui è immerso. Tutto questo comporta la capacità di scegliere il vaccino più adatto in base a fascia di età, gruppo di rischio per patologia o per professione ed è un compito che può svolgere solo il Medico di Medicina Generale che può anche esercitare azioni di *reminder* e di *catch up* nei confronti dei suoi assistiti.

Il Medico di Medicina Generale costituisce il riferimento fiduciario per l'assistito ed è riconosciuto come figura strategica nella **promozione della prevenzione vaccinale**. Tale centralità deriva da diversi fattori:

- Prossimità e accessibilità: lo studio del Medico di Medicina Generale è vicino e facilmente accessibile
- Conoscenza del paziente e del contesto: il medico conosce la storia clinica, familiare, lavorativa e sociale dell'assistito
- Continuità assistenziale: possibilità di effettuare interventi di *depistage*, di *catch-up* e di *reminder* per garantire coperture più ampie
- Gratuità del servizio: elemento che favorisce l'adesione

La **formazione e l'aggiornamento continuo** in vaccinologia sono imprescindibili per un esercizio competente dell'attività vaccinale. È necessario acquisire capacità di comunicazione, *counselling* e gestione delle obiezioni, per rafforzare la fiducia del paziente e migliorare l'adesione.

Anche **l'esempio personale** ha valore educativo: il medico che si vaccina e che promuove la vaccinazione del personale di studio trasmette un messaggio di coerenza. Possono essere utili, inoltre, iniziative pubbliche di vaccinazione che coinvolgano figure riconosciute dalla comunità (ad es. sportivi, sindaci, parroci), con finalità divulgative e di sensibilizzazione.

#### Organizzazione dell'attività vaccinale

L'attività vaccinale del Medico di Medicina Generale richiede un'accurata pianificazione:

- Stima del fabbisogno e ordine delle dosi sulla base delle campagne precedenti
- Preparazione degli elenchi dei pazienti vaccinabili, suddivisi per età, patologie e condizioni di rischio
- Calendarizzazione delle sedute vaccinali, con attenzione a eventuali terapie in corso e precauzioni necessarie
- Allestimento del *setting* vaccinale secondo criteri di sicurezza e praticità
- Controllo e disponibilità dei farmaci per l'emergenza

- Attività di comunicazione e chiamata attiva (cartellonistica in studio, messaggi, *reminder*)

Il richiamo alla vaccinazione deve essere costante: ad ogni visita e in occasione della somministrazione di altri vaccini stagionalizzati.

### L'atto vaccinale

L'atto vaccinale comprende varie fasi operative:

- Ricevimento e stoccaggio dei vaccini: verifica della quantità ricevuta, conservazione tra +2°C e +8°C in frigorifero dedicato per garantire la catena del freddo, gestione dei rifiuti
- Consenso informato: consegna e compilazione del modulo con adeguata spiegazione
- Preparazione delle dosi: poche per volta, rispettando la stabilità
- Seduta vaccinale: locali igienizzati, *check-list* del materiale, appuntamenti scaglionati, eventuale utilizzo di borse termiche per il trasporto
- Anamnesi pre-vaccinale: valutazione di controindicazioni o precauzioni (es. infezioni acute, coagulopatie, immunodepressione)

### Co-somministrazioni

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un'occasione per proporre la co-somministrazione con altri vaccini raccomandati (anti-pneumococcico, anti-*Herpes Zoster*, *dTpa*, anti-*Covid*, anti-RSV). È importante presentare piani personalizzati di co-somministrazione per ottimizzare tempo ed efficacia dell'intervento.

Il Medico di Medicina Generale non si limita all'atto tecnico della vaccinazione, ma esercita la sua professione di medico nello scegliere il vaccino adatto oltre ad una funzione di promozione della salute nella comunità. È importante cogliere

ogni occasione di aggiornamento e confronto interdisciplinare per trasmettere un messaggio chiaro, scientificamente fondato e coerente.

Il mondo della Medicina Generale è complesso e impegnativo, ma al tempo stesso strategico per la salute pubblica. L'incremento delle coperture vaccinali dipende dalla capacità del Medico di Medicina Generale di unire competenza clinica, organizzazione, *counselling* e comunicazione sociale. Solo così la vaccinazione antinfluenzale può esprimere appieno il suo potenziale di prevenzione e protezione della popolazione.

## CAPITOLO 7

### ***Come organizzare l'ambulatorio pediatrico per l'attività vaccinale: gestione individuale e di gruppo***

*A cura di Monica de' Angelis*

L'organizzazione di una campagna vaccinale antinfluenzale rappresenta un impegno significativo, soprattutto nel primo anno di attività. Negli anni successivi, grazie all'esperienza maturata e all'adozione di procedure standardizzate, la gestione diventa progressivamente più fluida ed efficiente.

Si tratta di un'attività del tutto fattibile anche per il Pediatra di Famiglia che opera in forma singola, e che può ricavarne soddisfazioni sia sul piano professionale che umano. L'impiego di piattaforme digitali per la prenotazione, la registrazione delle vaccinazioni e la trasmissione dei dati costituisce un supporto imprescindibile, poiché consente di ridurre errori, monitorare le coperture, gestire le scorte e segnalare eventuali eventi avversi.

#### Cronoprogramma della campagna vaccinale

La preparazione di una seduta vaccinale si articola in fasi ben definite:

- Programmazione delle agende: definizione delle aperture dedicate e impostazione di eventuali sistemi online per le prenotazioni
- Comunicazione alle famiglie: invio di *e-mail* informative con consenso informato e scheda anamnestica precompilata
- Richiesta delle dosi di vaccino tramite portale ARVAX
- Ritiro e stoccaggio dei vaccini con rispetto della catena del freddo (+2°C/+8°C)
- Controllo della disponibilità dei farmaci per l'urgenza

I primi passaggi organizzativi possono essere delegati al personale di segreteria, mentre la comunicazione alle famiglie costituisce un atto medico che può avvalersi di diversi strumenti: telefonate, *SMS*, lettere, *app* sanitarie e, laddove possibile, collaborazioni con scuole, farmacie e associazioni di genitori.

Il *target* di riferimento è rappresentato dai bambini tra i 6 mesi e i 16 anni, con priorità per la fascia 2-6 anni e per i pazienti cronici o fragili.

### Documentazione e preparazione

Si raccomanda di fornire anticipatamente ai genitori:

- La delega alla vaccinazione
- La scheda anamnestica precompilata

Ciò consente di velocizzare la seduta vaccinale, evitando perdite di tempo nella compilazione in studio.

### Gestione delle emergenze

In ogni seduta vaccinale devono essere disponibili presidi per la gestione di reazioni avverse acute:

- Adrenalina 1:1000 (0,01 mg/kg)
- Antistaminici EV/IM
- Corticosteroidi EV/IM
- Beta2-agonista in *spray*
- AMBU e ossigeno
- Soluzione fisiologica
- Telefono per chiamata al 112

## Dotazione dell'ambulatorio

Il pediatra vaccinatore deve disporre di:

- Siringhe, laccio emostatico, *set* da infusione
- Fonendoscopio e sfigmomanometro
- Frigorifero con termometro
- Pulsossimetro e distanziatore
- Materiale per medicazioni
- Contenitori per rifiuti infetti
- Telefono per emergenze

## Vaccini utilizzabili in Pediatria di Famiglia

- *FLUENZ* (LAIV): vaccino trivalente vivo attenuato, *spray* nasale, indicato tra i 2 e i 17 anni
  - Controindicato in: < 24 mesi, gravidanza, immunodeficienze, asma severa, *wheezing* recente, reazione allergica grave alle uova, contatti stretti di immunocompromessi severi
  - Interazioni: controindicato in pazienti < 18 anni in terapia con salicilati o antivirali anti-influenzali nelle 48 ore precedenti
- *INFLUVAC TRI S*: vaccino *split* trivalente, somministrabile dai 6 mesi di vita, indicato anche nei soggetti con controindicazioni all'uso del vaccino *spray* nasale

## Svolgimento della seduta vaccinale

- Accoglienza e controllo documentazione
- Somministrazione del vaccino da parte del medico o dell'infermiere
- Registrazione immediata dell'avvenuta vaccinazione
- Consegna del certificato vaccinale
- Osservazione *post*-vaccinale per 15 minuti (30 minuti nei soggetti allergici)

Nell'ambito della pediatria di gruppo è opportuno:

- Scaglionare gli appuntamenti per evitare affollamenti
- Predisporre percorsi di entrata e uscita separati
- Allestire aree adatte ai bambini
- Garantire postazioni multiple e *privacy*
- Fornire brevi sessioni informative alle famiglie
- Assicurare personale formato alla gestione delle emergenze
- Utilizzare sistemi digitali per la registrazione e attestazione vaccinale

### Pro e contro della vaccinazione in studio

Vantaggi:

- Rafforzamento del rapporto medico-genitore
- Conoscenza approfondita della storia clinica
- Maggiore adesione e quindi aumento della copertura vaccinale
- Flessibilità negli appuntamenti
- Gradimento delle famiglie
- Soddisfazione professionale ed economica

Svantaggi:

- Aumento del carico di lavoro
- Necessità di adeguamento logistico dello studio
- Impiego di personale infermieristico
- Vincoli legati alla catena del freddo e alla disponibilità dei vaccini

### Conclusioni

La vaccinazione antinfluenzale in Pediatria di Famiglia, anche in assenza di associazioni strutturate, è un'attività fattibile, utile e gratificante. Essa contribuisce non solo alla protezione individuale, ma anche alla creazione di una

**solida cultura vaccinale nella comunità**, rafforzando il ruolo del pediatra quale punto di riferimento nella prevenzione e nella promozione della salute.

## CAPITOLO 8

### ***La comunicazione come strumento strategico di supporto alle campagne vaccinali***

*A cura di Maria Grazia Manfredi, Marina Picca e Giuseppe Rivolta*

*“Il sogno di ogni professionista è avere un paziente che collabora, disponibile, pronto ad ascoltare e accogliere tutto ciò che viene detto. Questo sogno si può anche realizzare, ma spetta al professionista trovare il modo per migliorare la comunicazione e creare, sostenere una buona relazione. La pretesa che siano i pazienti a darsi da fare per farsi capire, per non far arrabbiare il medico oltre ad essere fuori moda è anche purtroppo irrealizzabile” (Silvana Quadrino).*

Nonostante la certificata efficacia, i programmi vaccinali non raggiungono sempre gli obiettivi previsti. Il fenomeno delle *vaccine hesitancy* (esitazione vaccinale) rimane diffuso e complesso, influenzato da **fattori cognitivi, emotivi, culturali e sociali**. Alla base vi sono soprattutto due elementi:

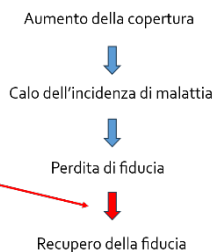
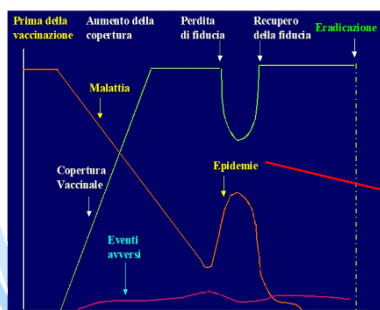
1. La percezione di rischi legati alla sicurezza dei vaccini, amplificata da notizie imprecise o volutamente distorte
2. La convinzione che la loro efficacia sia minore di quanto sostenuto dalle istituzioni scientifiche

Questo paradosso si osserva da tempo: quando la paura della malattia si riduce, perché la vaccinazione ne ha diminuito la circolazione, aumenta la paura del vaccino stesso. In altre parole, i **vaccini diventano vittime del loro successo**.

Una delle problematiche, potremmo dire delle contraddizioni maggiori è proprio questa: si è persa la cognizione della reale gravità di alcune malattie che oggi non si vedono quasi più ma che nel passato provocavano morti o gravi complicanze,

ignorando che ciò è dovuto in gran parte proprio ai vaccini, che, come spesso si dice, si ritrovano a essere vittime del loro stesso successo, come descritto nella *Figura 11*.

## STORIA NATURALE DEI PROGRAMMI VACCINALI



HEALTH ECOLE Powered by ECOLE - Enti Confindustriali Lombardi per l'Education

3

*Figura 11 – Storia naturale dei programmi vaccinali*

### Lezioni dalla storia: poliomielite e Covid-19

#### La campagna antipolio

Negli anni '40 e '50 la **poliomielite** era una delle malattie più temute. Ogni epidemia portava con sé un forte carico di paura sociale, poiché i bambini erano le vittime più colpite e le conseguenze erano spesso gravi disabilità motorie o la morte.

Con l'introduzione del vaccino *Salk* (1955, *virus* inattivato) e del vaccino *Sabin* (1961, *virus* attenuato), furono organizzate imponenti campagne di vaccinazione di massa. I motivi del successo furono molteplici:

- La popolazione aveva una percezione concreta del rischio della malattia
- I messaggi erano chiari, rassicuranti e diffusi da fonti credibili (medici, insegnanti, famiglie colpite)
- I media tradizionali - radio, TV e giornali - sostenevano con forza la campagna
- Vi fu un ampio coinvolgimento delle scuole e dei pediatri, che resero semplice la somministrazione
- La fiducia nelle istituzioni sanitarie era alta
- I risultati furono immediatamente visibili, grazie alla drastica riduzione dei casi

### La campagna anti-Covid-19

Diversissimo il contesto della pandemia da **SARS-CoV-2**. La popolazione mondiale si trovò ad affrontare un *virus* sconosciuto, senza cure specifiche, con ospedali in crisi e *lockdown* generalizzati. La pressione perché si arrivasse a un vaccino fu enorme, e lo sviluppo in tempi record rappresentò un risultato scientifico straordinario.

Tuttavia, proprio questa rapidità generò sospetti e dubbi. La comunicazione fu intensa ma disomogenea: accanto a messaggi istituzionali e fondati scientificamente, circolarono informazioni contrastanti e *fake news*. La sovrabbondanza di notizie - la cosiddetta infodemia - rese difficile per i cittadini distinguere tra fonti affidabili e opinioni non validate.

Si generò così un clima di incertezza che minò la fiducia verso le istituzioni e portò molti a temere più il vaccino che la malattia.

### La comunicazione efficace: indicazioni europee

Nel 2024 l'ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*) ha pubblicato il documento "*Effective communication around the benefit and risk balance of vaccination in the EU/EEA*", che raccoglie le strategie più efficaci di comunicazione in materia vaccinale.

## Principi generali

- **Chiarezza e rapidità:** i cittadini devono ricevere informazioni semplici, tempestive e non ambigue
- **Aggiornamento costante:** la comunicazione deve seguire l'evoluzione delle conoscenze scientifiche
- **Adattamento al target:** ogni gruppo (anziani, cronici, genitori, giovani) richiede linguaggi e strumenti differenti
- **Focalizzazione sui persuadibili:** è più utile rivolgersi agli indecisi che cercare di convincere gli oppositori radicali
- **Campagne mirate:** specifiche per patologie e categorie di rischio (donne in gravidanza, soggetti fragili, anziani)
- **Valutazione critica delle fonti:** distinguere ciò che è scientificamente validato da ciò che non lo è
- **Collaborazione tra professionisti:** la coerenza dei messaggi aumenta credibilità e fiducia

## Tecniche operative

- **Monitoraggio della percezione del rischio:** conoscere come le persone vedono vaccini e malattie è essenziale per calibrare i messaggi
- **Pre-bunking:** anticipare la disinformazione, insegnando a riconoscere tecniche manipolative
- **De-bunking:** correggere notizie false già diffuse, con prove solide e spiegazioni semplici
- **Visualizzazione dei dati:** grafici e infografiche rendono comprensibili concetti complessi
- **Trasparenza:** comunicare sia i benefici che i limiti, senza edulcorazioni
- **Storytelling:** esperienze reali di pazienti e famiglie rafforzano l'impatto emotivo
- **Tecnologie innovative:** *chatbot*, realtà virtuale, giochi educativi, *social media* ben gestiti
- **Formazione dei medici:** *counselling* vaccinale con strumenti di supporto (schede, opuscoli, video)

Un elemento strategico riguarda i giovani: costruire una cultura vaccinale precoce significa preparare adulti capaci di riconoscere e respingere la disinformazione.

### La relazione come strumento clinico

Sia per i Medici di Medicina Generale sia per i Pediatri di Libera Scelta, la comunicazione vaccinale non è un atto accessorio, ma parte integrante della **pratica clinica**. Il paziente (o il genitore) si aspetta dal medico non solo competenze tecniche, ma anche capacità di ascolto, comprensione ed empatia.

Un colloquio ben condotto permette di:

- Accogliere ansie e preoccupazioni
- Trasformare dati complessi in messaggi comprensibili
- Costruire una decisione condivisa
- rafforzare la fiducia nel rapporto medico-paziente

### Specificità del Medico di Medicina Generale

Il Medico di Medicina Generale oggi si trova ad affrontare un quadro complesso: aumento delle comorbidità, pazienti anziani sempre più fragili, burocrazia crescente e sistemi informatici poco efficienti. Questo ha ridotto il tempo a disposizione per il dialogo clinico, causando una parziale perdita del ruolo storico di primo interlocutore del cittadino.

### Vaccinazioni nell'adulto

Le coperture vaccinali per influenza, pneumococco, *herpes zoster* e altre patologie restano inferiori agli obiettivi. Spesso gli adulti sani non percepiscono il rischio e quindi sottovalutano l'utilità della vaccinazione. Qui il Medico di Medicina Generale ha un ruolo chiave: tradurre il rischio statistico in un rischio personale, concreto e vicino all'esperienza del paziente.

## Strategie operative

- **Utilizzare strumenti quotidiani:** *email, SMS, messaggi broadcast, telefonate brevi*
- **Messaggi personalizzati:** diversi per anziani, cronici, lavoratori
- **Tempistica programmata:** sequenza di invii regolari che preparino il terreno prima dell'invito diretto
- **Approccio graduale:** prima informazione, poi motivazione, infine invito

Il Medico di Medicina Generale deve “metterci la faccia”: la forza della comunicazione sta nel legame personale con il paziente.

## Specificità del Pediatra di Libera Scelta

### La relazione con la famiglia

Il *counselling* vaccinale in pediatria è complesso perché coinvolge non solo il bambino ma soprattutto i genitori. Essi arrivano spesso già carichi di informazioni, timori ed emozioni. L'ansia più comune è legata all'idea di somministrare un farmaco a un soggetto sano, o alla paura che il numero di vaccini sia eccessivo.

## Tecniche comunicative

- **Ascolto attivo:** non banalizzare i timori, ma accoglierli
- **Stratificazione dell'informazione:** fornire contenuti essenziali, poi approfondimenti, adattando il linguaggio al livello culturale e alla sensibilità della famiglia
- **Domande aperte:** per comprendere i dubbi reali (“Qual è la sua preoccupazione maggiore?”)
- **Alleanza terapeutica:** far sentire i genitori parte del processo decisionale
- **Comunicazione con i bambini e adolescenti:** spiegazioni brevi e rassicuranti, tecniche di distrazione, rinforzo positivo

## Strumenti pratici

- Materiali informativi chiari e illustrati (opuscoli, infografiche)
- Incontri nei corsi preparto, nei bilanci di salute o nei consultori
- Campagne dedicate a specifici vaccini pediatrici (influenza, RSV, HPV)

## Conclusione

La vaccinazione non è solo un atto clinico, ma un percorso che passa attraverso la **fiducia** e la **comunicazione**.

- Il Medico di Medicina Generale ha il compito di riportare la prevenzione al centro della vita adulta e anziana, trasformando statistiche in messaggi personalizzati
- Il Pediatra di Libera Scelta ha la responsabilità di accompagnare i genitori in un percorso decisionale complesso, dove la componente emotiva è forte e il ruolo di guida è fondamentale

In entrambi i casi, la **qualità della comunicazione** è ciò che trasforma un vaccino da opportunità potenziale a protezione reale per il paziente e per la collettività.

## AUTORI

**Bertazzo Doriana**, Medico di Medicina Generale e Segretario provinciale, FIMMG Mantova

**Borriello Catia**, Direttore Dipartimento funzionale di prevenzione ASST Fatebenefratelli-Sacco e membro UO Prevenzione, DG Welfare Regione Lombardia

**de' Angelis Monica**, Pediatra di Libera Scelta e Consigliere segreteria nazionale, SiMPeF

**Franco Massimiliano**, Medico di Medicina Generale e Segretario regionale, SIMG

**Manfredi Maria Grazia**, Medico di Medicina Generale e membro del Consiglio provinciale, SNAMI Lombardia

**Pariani Elena**, Professore Associato Dipartimento di scienze biomediche per la salute, Università degli Studi di Milano

**Picca Marina**, Pediatra di Libera Scelta e Presidente, Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP) Lombardia

**Rivolta Giuseppe**, Medico di Medicina Generale e Segretario regionale, SNAMI Lombardia

**Rubino Alessandro**, Medico di Medicina Generale e Coordinatore Didattico del Corso di formazione specifica in Medicina Generale per la Lombardia

**Scarioni Simona**, Dirigente Medico, UOC Vaccinazioni, ASST Fatebenefratelli-Sacco e membro UO Prevenzione, DG Welfare Regione Lombardia

**Vezzosi Luigi**, Dirigente Medico ASST Crema e Segretario nazionale, SItI

## BIBLIOGRAFIA

*Biggerstaff M, Cauchemez S, Reed C, Gambhir M, Finelli L.* “Estimates of the reproduction number for seasonal, pandemic, and zoonotic influenza: A systematic review of the literature”. *BMC Infect Dis.* 2014

*Bonanni P, Angelillo IF, Villani A, et al.* “Maintain and increase vaccination coverage in children, adolescents, adults and elderly people: Let's avoid adding epidemics to the pandemic: Appeal from the Board of the Vaccination Calendar for Life in Italy: Maintain and increase coverage also by re-organizing vaccination services and reassuring the population”. *Vaccine.* 2021

*Bonanni P, Steffen R, Schelling J, et al.* “Vaccine co-administration in adults: An effective way to improve vaccination coverage. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*”. 2023

*Cassini A, Colzani E, Pini A, Mangen MJ, Plass D, McDonald SA, et al.* “Impact of infectious diseases on population health using incidence-based disability-adjusted life years (DALYs): Results from the Burden of Communicable Diseases in Europe study, European Union and European Economic Area countries, 2009–2013”. *Vaccine.* 2018

*European Centre for Disease Prevention and Control.* “Effective communication around the benefit and risk balance of vaccination in the EU/EEA”. Stockholm: ECDC; 2024

*Ghebrehewet S, MacPherson P, Ho A.* “Influenza”. *BMJ.* 2016

*Hansen RK, Baiju N, Gabarron E.* “Social Media as an Effective Provider of Quality-Assured and Accurate Information to Increase Vaccine Rates: Systematic Review”. *J Med Internet Res.* 2023

*Intesa Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano.* “Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025 e Calendario nazionale vaccinale”.

*JAMA Network Open.* “American Medical Association”, 2018

*Journal of Preventive Medicine and Hygiene.* “Journal of Preventive Medicine and Hygiene”. 2022

*Krauland MG, Galloway D, Lakkis H, Hirshon JM, Kelso F, et al.* “Estimated burden of influenza and direct and indirect benefits of influenza vaccination”.

*Ministero della Salute.* (2023). “Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) “ 2023-2025. Roma: Ministero della Salute

*Paget J, Spreuwenberg P, Charu V, Taylor RJ, Iuliano AD, Bresee J, et al.* “Global mortality associated with seasonal influenza epidemics: New burden estimates and predictors from the GLaMOR Project”. *Lancet Glob Health.* 2019

*Quadrino, Silvana.* “Il dialogo e la cura. Le parole tra medici e pazienti”. *Il Pensiero Scientifico,* 2019

*Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO).* “FLU Position Paper SIGO”, 2019

*Stowe J, Tessier E, Zhao H, Guy R, Muller-Pebody B, Zambon M, Andrews N, Ramsay M, Lopez Bernal J.* “Interactions between SARS-CoV-2 and influenza and the impact of coinfection on disease severity: A test-negative design”. *Lancet Infect Dis.* 2021

## SITOGRAFIA

American Academy of Pediatrics. Pediatric flu deaths hit record high for non-pandemic season. <https://publications.aap.org/aapnews/news/32150/Pediatric-flu-deaths-hit-record-high-for-non?autologincheck=redirected>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Flu Burden. <https://www.cdc.gov/flu-burden/php/about/index.html>

CDC. *The Pink book: course textbook – 14th edition* (2021). Miller E, Wodi AP. Chapter 2: General best practice guidance for immunization. <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/genrec>

CDC. *Vaccine recommendations and guidelines of the ACIP. Timing and spacing of immunobiologics. General best practice guidelines for immunization*. Aggiornato il 1° agosto 2023 <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Influenza. <https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza>

Istituto Superiore di Sanità – Epicentro. “Vaccini / Dati Italia” [https://www.epicentro.iss.it/vaccini/dati\\_ita](https://www.epicentro.iss.it/vaccini/dati_ita)

Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento nazionale relativo ai dati della Sorveglianza Integrata SARI: Stagione 2024-2025 e confronto con precedenti stagioni [https://www.epicentro.iss.it/influenza/pdf/2025\\_0036109\\_SARI%20report.v9%20Sept%2025%20%281%29.pdf](https://www.epicentro.iss.it/influenza/pdf/2025_0036109_SARI%20report.v9%20Sept%2025%20%281%29.pdf)

Ministero della Salute. Monitoraggio delle forme gravi e complicate. <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/influenza/monitoraggio-delle-forme-gravi-e-complicate/>

World Health Organization (WHO). Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS). <https://www.who.int/initiatives/global-influenza-surveillance-and-response-system>

World Health Organization (WHO). Influenza (Seasonal) Fact Sheet. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

WHO. "Vaccines and immunization." World Health Organization, sezione "Health topics – Vaccines and immunization." [https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization/#tab=tab_1)

La pubblicazione *“Indicazioni operative per la vaccinazione antinfluenzale per MMG/PLS”* rappresenta solo il primo passo di un percorso più ampio che vede HEALTH ECOLE impegnata nella formazione e nell’aggiornamento continuo dei professionisti sanitari in Lombardia.

In vista della prossima campagna vaccinale 2025/2026, è stato progettato un programma ECM che offrirà occasioni di confronto e apprendimento mirato in diverse province lombarde. Gli incontri saranno costruiti insieme ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, mettendo al centro i bisogni reali di chi ogni giorno è impegnato nelle azioni di sensibilizzazione, prevenzione e vaccinazione della popolazione *target*. Grazie alla collaborazione diretta con la Direzione Generale *Welfare* di Regione Lombardia e con i rappresentanti delle principali società scientifiche e associazioni di categoria, questo percorso si propone di fornire strumenti pratici, linee guida aggiornate e spazi di dialogo per affrontare le sfide emergenti.

Questo libro è dunque non solo un riferimento operativo, ma anche un invito a partecipare a un percorso condiviso, volto a rafforzare l’efficacia delle campagne vaccinali e a promuovere la tutela della salute pubblica attraverso un’azione coordinata e capillare sul territorio

*con il patrocinio di*



*con il contributo non condizionante di*

**sanofi**