

Position Paper I-Com

VERSO UNA NUOVA PREVENZIONE E PROGRAMMAZIONE VACCINALE

Per la tutela degli anziani
e dei fragili



VERSO UNA NUOVA PREVENZIONE E PROGRAMMAZIONE VACCINALE

PER LA TUTELA DEGLI ANZIANI E DEI FRAGILI

Position Paper I-Com

Giugno 2026

Thomas Osborn

Con il contributo non condizionante di **Pfizer**

Introduzione

La pandemia di Covid-19 ha prodotto cambiamenti profondi nella vita quotidiana, nel lavoro e nell'organizzazione dei sistemi sanitari, con effetti che hanno travalicato la dimensione strettamente clinica per investire produttività, finanza pubblica e coesione sociale. Fin dalla sua comparsa, SARS-CoV-2 ha avuto un impatto rilevante sulla salute pubblica, sull'economia e sulla società e, man mano che la comunità scientifica ne ha approfondito le caratteristiche, è emersa con maggiore chiarezza la complessità del virus e delle conseguenze dell'infezione, anche di medio-lungo periodo. Nella sua fase pandemica ed emergenziale, nella sola Italia, erano infatti stati registrati 25,5 milioni di casi positivi con circa 187 551 decessi, rendendo il nostro Paese l'8° al mondo e il 3° in Europa sia per numero di casi totali che per numero assoluto di decessi¹, nonché il 22° Paese al mondo per decessi in rapporto alla popolazione.

Se nella fase pandemica il tema centrale era la gestione di ondate diffuse di ricoveri, accesso a terapie intensive e decessi, nella fase attuale il virus continua a rappresentare un problema sanitario ed economico in forma diversa ma non trascurabile: l'OMS sottolinea che i paesi devono mantenere una risposta adattata alla nuova situazione epidemiologica, continuando a proteggere in via prioritaria i gruppi ad alto rischio e a ridurre morbosità, mortalità e sequele di lungo periodo. Nella fase endemica, infatti, il punto non è più la copertura indistinta dell'intera popolazione, bensì la protezione continuativa delle categorie in cui la malattia COVID-19 continua a presentarsi con maggiore gravità: anziani, persone con patologie croniche, immunocompromessi, donne in gravidanza e altri soggetti fragili.

È in questi gruppi che il virus continua a generare il costo atteso più elevato per il sistema sanitario e per l'economia, in termini di ricoveri evitabili, aggravamento delle condizioni pregresse, domanda aggiuntiva di assistenza, perdita di autonomia e assenteismo. Questi aspetti sono particolarmente rilevanti per l'Italia, per via delle note caratteristiche demografiche che rappresentano il nostro Paese: un italiano su quattro è over 65 (8% è over 80), e tra questi le persone affette da almeno una cronicità sono circa il 60%, mentre il 22% sono quelli con due o più patologie².

In questa prospettiva, la vaccinazione conserva un valore che va oltre la prevenzione del decesso: riduce il rischio di malattia grave e contribuisce anche a diminuire la probabilità di esiti protratti, contenendo così non solo il burden clinico, ma anche quello economico e sociale. Proprio per questo, nella fase endemica l'immunizzazione degli anziani e dei soggetti fragili non va letta come un residuo della stagione emergenziale, bensì come una componente strutturale e integrato della prevenzione: uno strumento ordinario di sanità pubblica che consente di concentrare risorse dove il rendimento sanitario ed economico è maggiore e dove il costo della mancata vaccinazione resta più elevato. Dunque, la vaccinazione anti-Covid non può più essere considerata una campagna separata o eccezionale, ma parte integrante delle strategie ordinarie di prevenzione respiratoria e della presa in carico della fragilità e della cronicità, ambiti nei quali anche la Medicina Generale svolge un ruolo centrale.

¹ 41° Paese al mondo per casi totali in rapporto alla popolazione e il 22° per decessi in rapporto alla popolazione. Dati OMS e Ministero della Salute.

² Secondo le rilevazioni ISTAT, le cronicità interessano il 40,5% della popolazione italiana, cioè 24 milioni di italiani dei quali 12,3 con multicronicità.

1. Il numero di casi Covid: i dati del 2025

I monitoraggi ufficiali contenuti nei report ISS e del Ministero mostrano con chiarezza che il Covid è tutt'ora presente ed è caratterizzato da una contagiosità insidiosa lungo tutto il corso dell'anno con un volume di notifiche tutt'altro che trascurabile. La sintesi dei dati mostra infatti che, nel corso del 2025, si sono registrati oltre 64 mila nuovi casi e circa 1000 decessi legati al virus³. Importante evidenziare come tali dati siano inoltre verosimilmente molto sottostimati: il ricorso al tampone in presenza di sintomi lievi è infatti ormai una rarità, elemento che rende complesso misurare la reale presenza del virus e soprattutto che non ne evidenzia la reale pericolosità soprattutto per le persone in fascia d'età più avanzata. Inoltre, nella fase endemica, la progressiva riduzione dell'accessibilità gratuita alla diagnostica di primo livello rischia inoltre di trasferire sempre più frequentemente il costo del testing direttamente sui cittadini, con possibili conseguenze in termini di sottodiagnosi, ritardo nell'intercettazione dei casi fragili e minore percezione epidemiologica reale della circolazione virale.

Analizzando gli andamenti del 2025 con maggiore attenzione si evince che già all'inizio di gennaio l'incidenza settimanale era pari a 3 casi per 100.000 abitanti (Circa 1.700-1.800 casi a settimana) su scala nazionale, con un'incidenza nettamente più alta nella fascia di età tra i 70 e gli oltre 90 anni. Nei mesi successivi la circolazione non si è azzerata: a metà giugno l'incidenza era di 1 caso per 100.000 abitanti, con i tassi più elevati nelle fasce 80-89 e oltre 90 anni. Tendenze simili si osservavano all'inizio e a metà agosto, quando i report ufficiali continuavano a indicare gli ultraottantenni e ultranovantenni come i gruppi con il più alto tasso di incidenza settimanale, con un'impennata di casi a inizio settembre che hanno portato a oltre 2000 nuove segnalazioni in una sola settimana, a conferma che la trasmissione non riguarda soltanto la stagione invernale ma persiste anche nel periodo estivo e di inizio autunno (a differenza di altri agenti patogeni stagionali come, ad esempio, l'influenza). Anche nella parte finale dell'anno il virus ha continuato a produrre numeri rilevanti: nel periodo 8-14 dicembre 2025 l'ISS ha registrato 610 casi in una sola settimana, mentre, all'8 gennaio 2026 il dashboard ISS riportava 7.651 casi negli ultimi 30 giorni, cioè in larga misura riferibili al mese di dicembre 2025.

Insieme al numero di casi, si sono continuate a registrare anche ospedalizzazioni e ricoveri in terapia intensiva nei casi più severi: le rilevazioni settimanali ufficiali indicano per il 2025 un livello medio mensile nell'ordine di circa 800 ricoverati in area medica e di alcune decine di unità in terapia intensiva. Parallelamente al numero di casi, anche i tassi di ospedalizzazione sono più elevati nelle fasce 80-89 anni e soprattutto oltre i 90 anni, confermando che sono le fasce di popolazione più anziane ad essere più esposte alle conseguenze più gravi del virus. Tradotto in termini di burden assistenziale, per il 2025 equivale a circa 100 mila giornate-letto annue in area medica e quasi 9.700 giornate-letto in terapia intensiva, se si assume quel livello medio come rappresentativo dell'anno⁴. È bene ricordare che questi numeri, sebbene significativi, rappresentano solo una parte dell'onere economico sostenuto dal sistema sanitario. Infine, l'OMS evidenzia che, a livello globale, circa il 6% delle persone contagiate sviluppa ancora una sindrome post-Covid (cosiddetto *Long Covid*), e che il 15% di queste persone continua a manifestare sintomi anche dopo un anno dal contagio.

³ Ministero della Salute - Report settimanali Covid-19 (2025).

⁴ Choi, M., Kim, J., Kim, H., Tobin, R. J., & Lee, S. (2025). Multiscale Modeling of Hospital Length of Stay for Successive SARS-CoV-2 Variants: A Multi-State Forecasting Framework. *Viruses*, 17(7), 953.

Complessivamente, dunque, i dati del 2025 confermano una presenza e un impatto non residuale del virus: SARS-CoV-2 continua a generare in media oltre mille casi al mese e colpisce in modo sproporzionato e più severo le età più avanzate, ovvero proprio quelle in cui il rischio di ospedalizzazione, complicanze e decesso è a prescindere più elevato.

Tab.1: Monitoraggio casi Covid, decessi e tamponi (Italia, 2025)

Fonte: Ministero della Salute - Report settimanali Covid-19 (2025)

	Nuovi casi	Decessi	Tamponi	Ospedalizzazioni	% Positività
<i>Max</i>	4622	58	58986	1100	14,40%
<i>Min</i>	228	0	14513	600	0,90%
<i>Media al mese</i>	1283,12	18,28	31186,32	771	3,98%
Tot	64.156	914	1.559.316	9.250	

2. La vaccinazione anti-Covid: popolazione target e copertura

In linea con il piano per COVID 2023-2025 dell'OMS (il primo di fase endemica), a seguito dell'estate 2023 l'Italia ha avviato la prima campagna nazionale di vaccinazione anti-Covid in fase endemica, una programmazione poi riproposta negli anni successivi. Svoltata dal SSN in contemporanea con la campagna antinfluenzale, questa poneva l'obiettivo di prevenire i ricoveri e le forme più acute della malattia in particolare tra le persone dai 60 anni in su e tra le persone appartenenti a categorie ad alto rischio⁵ (tutte le persone dai 6 mesi ai 59 anni di età compresi, con elevata fragilità o patologie/condizioni che aumentano il rischio di COVID-19 grave), oltre che tra le donne incinte e che allattano al seno, gli operatori assistenziali e sanitari e i residenti di strutture di lungodegenza e RSA.

Queste stesse categorie sono state confermate come "target group" anche per l'attuale campagna 2025/2026 (Circolare Ministeriale 22 settembre 2025⁶), con l'utilizzo di nuovi vaccini adattati alla variante LP.8.1. Una dose di richiamo del vaccino adattato è stata infatti offerta attivamente, a partire da settembre 2025, alle seguenti categorie:

- ✓ Persone di età pari o superiore a 60 anni
- ✓ Persone dai 6 mesi ai 59 anni di età compresi, con elevata fragilità, in quanto affette da patologie o con condizioni che aumentano il rischio di COVID-19 grave.
- ✓ Donne che si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza o nel periodo "postpartum" comprese le donne in allattamento
- ✓ Ospiti e residenti delle strutture per lungodegenti
- ✓ Operatori sanitari e sociosanitari addetti all'assistenza negli ospedali, nel territorio e nelle strutture di lungodegenza; studenti di medicina, delle professioni sanitarie che effettuano tirocini in strutture assistenziali e tutto il personale sanitario e sociosanitario in formazione

La vaccinazione è inoltre consigliata anche a familiari, conviventi e caregiver di persone con gravi fragilità, ed è offerta gratuitamente (anche per coloro che non rientrano nelle categorie a rischio).

⁵ <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2023&codLeg=96278&parte=1%20&serie=null>

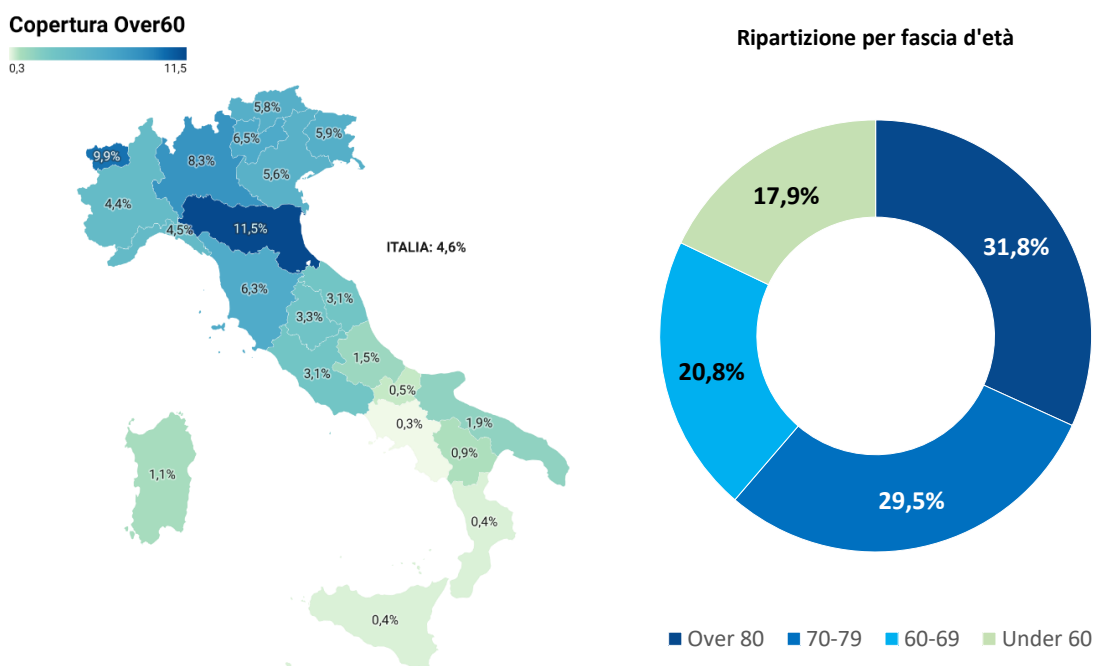
⁶ <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2025&codLeg=107678&parte=1%20&serie=null>

Sebbene in fase emergenziale i tassi di vaccinazione contro il COVID in Italia fossero stati tra i più alti in Europa, con oltre l'80% della popolazione vaccinata anche alla fine del 2021, dalla fine della fase emergenziale si è assistito ad una vera e propria battuta d'arresto. Da allora, infatti, la copertura delle categorie a rischio non ha mai superato il 20%, con gli ultime stagioni che hanno registrato una ulteriore contrazione. A termine della campagna 2024/2025 la copertura risultava del 1,1% nella fascia 60-69 anni (-82% in due anni), del 4,8% nella fascia 70-79 (-59% in due anni), e del solo 7% anche tra gli over 80 (-56% in due anni). In media⁷, solo il 4,5% degli over60 risultava quindi immunizzato a fine campagna 2024/2025, un valore ampiamente inferiore a quelli registrati nella maggior parte degli altri Stati UE. Complessivamente, erano state somministrate 1.016.495 dosi, di cui il 31,8% destinato agli over 80, il 29,5% alla fascia 70-79 anni, il 20,8% alla fascia 60-69 anni e il 17,9% agli under 60.

Analizzando questi stessi dati su base geografica, emerge con chiarezza non solo un generale livello estremamente esiguo di immunizzazione, ma anche una considerevole discrepanza tra le regioni del nord e quelle del centro-sud. Nello specifico, l'Emilia-Romagna è la regione con la percentuale più alta di over 60 vaccinati (11,54%), seguita dalla Valle d'Aosta (9,85%) e dalla Lombardia (8,3%). Le uniche altre regioni a superare la soglia del 5% sono quelle del nord est e la Toscana, mentre tutte le altre regioni del Centro-Sud non arrivano neanche al 4%. Le regioni con la percentuale più bassa sono infine Calabria (0,39%), Sicilia (0,39%) e Campania (0,33%).

Fig.1: Copertura vaccinale anti Covid – ITALIA (campagna vaccinale 2024/2025)

Fonte: Ministero della salute



Sebbene la strategia del Ministero sia quella di offrire il vaccino anti Covid insieme a quello antinfluenzale, i cittadini over 60 continuano a scegliere massicciamente solo quest'ultimo - che comunque mostra ormai costanti e preoccupanti flessioni annuali, e una diminuzione del valore della copertura media sulla popolazione anziana di oltre il 23% negli ultimi 20 anni.

⁷ Media ponderata che tiene conto del numero di persone in ciascuna fascia d'età.

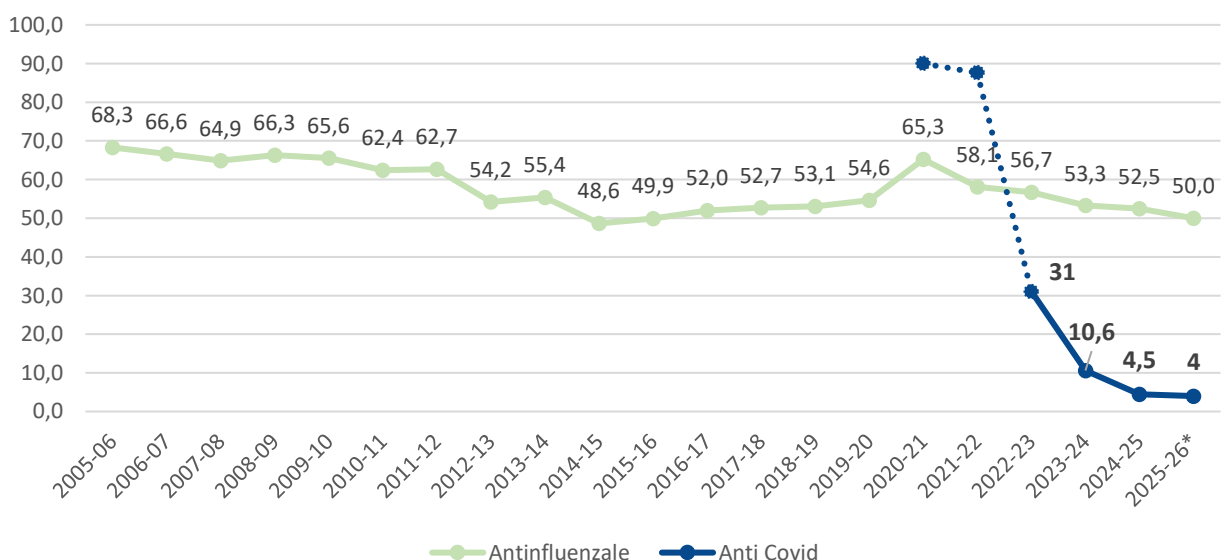
Sebbene per il Covid sia forviante fare confronti tra le stagioni caratterizzate dalla fase pandemica e quelle, più recenti della fase endemica, è comunque interessante analizzare l'andamento nel tempo di questa campagna di immunizzazione. Formalmente, la prima campagna vaccinale post-fase emergenziale e "di routine" è stata quella dell'autunno-inverno 2023-2024, mentre quella 2022-2023 è generalmente considerata come una fase di "transizione" (ancora gestita in parte con la logica delle dosi contingentate)⁸. Il dato del 10,6% che per la campagna 2023-2024 è pertanto emblematico proprio perché è il risultato della prima campagna con il tentativo di "normalizzazione". Difatti, una volta rimosso l'obbligo, chiusi gli hub e finita la comunicazione quotidiana sui bollettini, l'adesione tra gli over 60 è crollata dal regime di massa a quello di una scelta preventiva stagionale molto contenuta.

La riduzione delle coperture riflette probabilmente fattori multipli, tra cui la fine della percezione emergenziale, la frammentazione organizzativa dell'offerta, la ridotta attività di chiamata attiva e la difficoltà di integrare stabilmente la vaccinazione anti-Covid nei percorsi ordinari di prevenzione territoriale. Particolarmente preoccupante è la sostanziale assenza di percezione del rischio, soprattutto tra la popolazione della fascia 60-79 anni, sebbene anche tra gli over80 il dato sia estremamente esiguo come mostrato.

Dopo il dimezzamento registrato tra la stagione 2023-2024 e quella 2024-2025, le stime preliminari per il 2025-2026 indicano una fase di stagnazione o ulteriore erosione, con valori che faticheranno a superare la soglia del 4% nonostante i dati sui contagi indichino che occorrerebbe tenere più alta l'attenzione visto l'impatto ancora presente e costante in termini di ospedalizzazione e mortalità.

Fig.2: Confronto coperture vaccinali influenza e Covid (%) – ITALIA (popolazione target anziana)

Fonte: Ministero della Salute. *dato parziale dell'antinfluenzale indicato dal Ministero della Salute il 9 marzo 2026. Dato parziale anti Covid è stima I-Com (forbice stimata tra il 3,8% e il 4,2%). Nota: per l'antinfluenzale si considera la popolazione over 65, per l'anti Covid la popolazione over 60.



Un allineamento informativo e di metodologia di promozione del vaccino anti-Covid con quello ben più noto e culturalmente assimilato dell'antinfluenzale è il primo passaggio essenziale per

⁸ Sebbene lo stato di emergenza in Italia sia terminato il 31 marzo 2022, la transizione amministrativa e clinica si è completata nel 2023.

facilitare il raggiungimento di soglie soddisfacenti di copertura, in particolare tra gli anziani in età avanzata. Difatti, sia l'infezione da SARS-CoV-2 che la vaccinazione inducono una memoria immunologica prevalentemente sistemica caratterizzata da rapida decrescita degli anticorpi (6-8 mesi) e da assenza di una memoria mucosale respiratoria di lunga durata^{9,10}. A differenza dell'antinfluenzale, tuttavia, il numero di ospedalizzazioni e contagi registrate durante i mesi estivi evidenzia la natura non stagionale della circolazione virale. Da ciò la necessità di favorire un accesso all'immunizzazione da Covid lungo tutto l'anno, e non solo nei mesi delle "tradizionali" campagne vaccinali invernali.

Infine, in un'ottica di maggiore accessibilità vaccinale, si evidenzia come la produzione stia evolvendo verso possibilità di somministrazione più agevole e che limitano costi e, soprattutto, sprechi: se, difatti, durante la fase emergenziale il vaccino anti-Covid era fornito in fiale *multidose*, numerosi mercati europei stanno già fornendo l'immunizzazione in formati di fiala unica (siringa preimpilata) – ovvero il formato comunemente usato per le più diffuse vaccinazioni di routine.

3. Programmazione vaccinale in ottica comparata

Nel confronto europeo, la programmazione vaccinale anti-Covid evidenzia una convergenza ormai netta verso un modello selettivo e *risk-based*, in cui la definizione dei target group riflette sempre meno una logica universalistica e sempre più una gerarchia di rischio clinico, assistenziale e organizzativo.

Tab.2: Confronto tra target group delle campagne vaccinali anti Covid

Fonte: Ricostruzione I-Com su informazioni pubblicate su portali ufficiali di sanità pubblica nazionale.

Paese	Infanti	Bambini	Adulti	Anziani	Fragili (6 mesi - 59 anni)	Gravidanza	Operatori Sanitari	RSA o strutture di lungodegenza
Belgio	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓
Danimarca	-	-	-	✓	✓	●	-	✓
Francia	-	-	-	✓	✓	●	●	✓
Germania	-	-	-	✓	✓	●	✓	✓
Grecia	-	-	-	✓	✓	●	✓	✓
Italia	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓
Olanda	-	-	-	✓	✓		✓	✓
Polonia	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓
Portogallo	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓
Spagna	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓
Svezia	-	-	-	✓	✓	-	-	-
Svizzera	-	-	-	✓	✓	●	-	-
UK	-	-	-	✓	✓	-	-	✓

✓ = categoria esplicitamente target/raccomandata nella campagna corrente | ● = copertura solo per sottogruppi o su valutazione

La tabella mostra infatti che, pur con differenze nei *cut-off* anagrafici adottati dai singoli Paesi, il nucleo comune della programmazione è rappresentato dagli anziani, dai soggetti con condizioni

⁹ Wang, L., Nicols, A., Turtle, L., Richter, A., Duncan, C. J., Dunachie, S. J., ... & Payne, R. P. (2023). T cell immune memory after covid-19 and vaccination. *BMJ medicine*, 2(1), e000468.

¹⁰ Dan, J. M., Mateus, J., Kato, Y., Hastie, K. M., Yu, E. D., Faliti, C. E., ... & Crotty, S. (2021). Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection. *Science*, 371(6529), eabf4063.

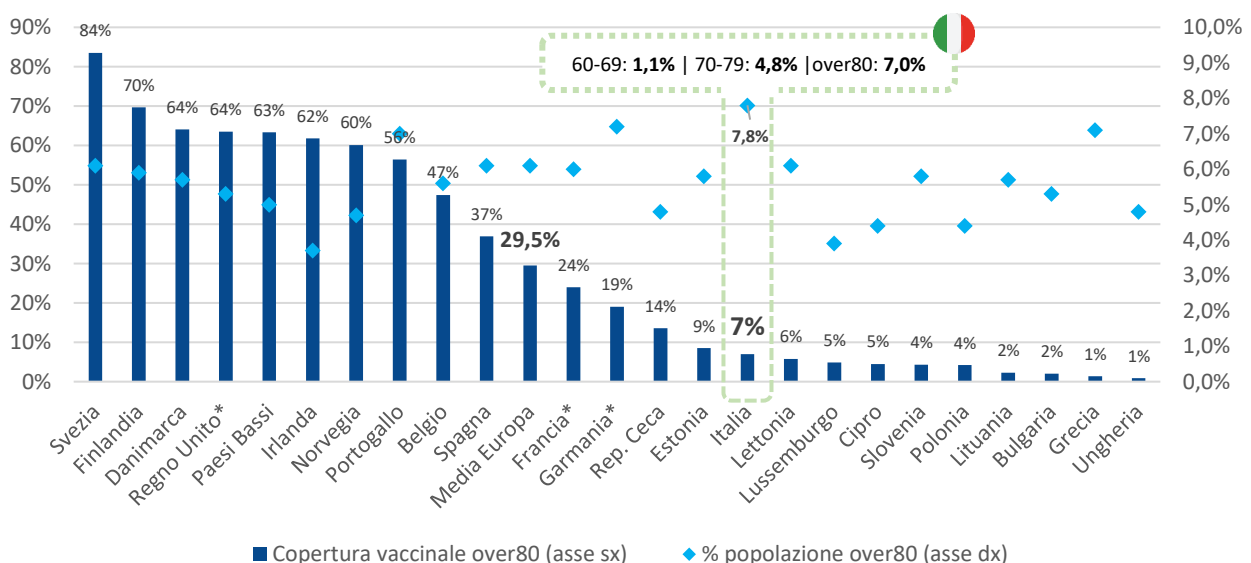
croniche o immunocompromissione e, in molti casi, dai residenti nelle strutture residenziali, ossia dalle categorie in cui il beneficio atteso della vaccinazione è maggiore in termini di riduzione di ricoveri, complicanze e pressione sui servizi sanitari e sociosanitari. Anche l’OMS continua a raccomandare richiami periodici soprattutto per i gruppi ad alto rischio, includendo persone con patologie croniche o immunocompromissione, donne in gravidanza e operatori sanitari e altri gruppi professionalmente esposti.

Analizzando i dati relativi alla campagna vaccinale 2024/2025, tra i Paesi europei circa 13,2 milioni di persone over 60 hanno ricevuto una dose di vaccino contro il COVID-19 con una copertura mediana del 7,4% (intervallo: <0,1–52,8%). Come prevedibile, questa copertura presenta notevoli variazioni tra i vari paesi, una tendenza data anche dalle specificità delle soglie inferiori dei diversi target group. Complessivamente, salvo alcune eccezioni, gli stati scandinavi e del Nord Europa mostrano la copertura maggiore, seguiti da quelli della cosiddetta “Europa occidentale”. Le coperture più esigue si registrano invece nell’Europa dell’Est, oltre che in Italia, Lussemburgo e Grecia – paesi in cui, tra l’altro, si registrano i più elevati tassi di anzianità.

Per favorire un’analisi più omogenea, l’indicatore più solido per il confronto è la fascia over 80, unica categoria per la quale la vaccinazione è suggerita in modo omogeneo in tutti i Paesi considerati. Dai dati della campagna vaccinale 2024/2025 risultano circa 4 milioni di vaccinati con almeno una dose di vaccino. Nonostante l’uniforme inclusione nei target group, la copertura mediana anche in questa fascia di età resta comunque esigua (del 10,8%) e con una notevole variazione tra i paesi in analisi: il solo paese che supera l’80% è la Svezia (83,5%), seguito da 6 paesi con copertura tra il 50%-70%, e Belgio, Spagna, Francia e Germania tra il 20% e il 50%. Il dato poi scende drasticamente al 13,6% della Repubblica Ceca e sotto il 10% per gli Stati restanti.

Fig.3: Copertura vaccinale in Europa, over80 (campagna vaccinale 2024/2025)

Fonte: EFPIA (2025). Note: * Stime I-Com | Regno Unito - 59,3% tra i 65+ (dato ufficiale UKHSA, campagna 2024/2025); over 80 stimabili intorno al 64%, in assenza di un dato nazionale ufficiale disaggregato per età | Francia - 21,7% tra i 65+ (dato ufficiale Santé publique France, campagna 2024/25); over 80 stimabili intorno al 24-25%, in assenza di un dato nazionale ufficiale disaggregato per età | Germania - 14% tra i 60+ (dato ufficiale RKI, campagna 2024/25); over 80 stimati intorno al 19%, in assenza di un dato nazionale ufficiale disaggregato per età



Ciò che emerge con chiarezza è che, nella fase endemica, l'ampiezza formale dei target group non si traduce automaticamente in un'elevata adesione effettiva. Anche nei Paesi che mantengono una programmazione relativamente estesa — includendo, oltre agli anziani, operatori sanitari, persone con patologie croniche e in alcuni casi donne in gravidanza — la copertura raggiunta resta molto variabile e, spesso, modesta. Il livello insufficiente di immunizzazione attiva non riguarda pertanto la definizione dei destinatari, peraltro ormai abbastanza condivisi e uniformi in Europa, ma soprattutto la capacità dei sistemi sanitari di tradurre la raccomandazione in *uptake* reale anche attraverso una piena integrazione della vaccinazione anti-Covid nei percorsi ordinari di prevenzione dell'adulto fragile e nelle strategie complessive di prevenzione respiratoria territoriale. In questo contesto, la Medicina Generale rappresenta uno dei principali attori nella traduzione della raccomandazione vaccinale in prevenzione realmente accessibile, personalizzata e integrata nei percorsi di cura.

L'assenza, o la tiepidezza, di questi interventi, riduce inevitabilmente l'efficacia della strategia vaccinale e lascia esposti proprio i gruppi in cui il costo della non copertura — in termini di ricoveri evitabili, aggravamento delle cronicità e pressione sui servizi — è più elevato.

4. Immunizzazione e/è prevenzione

La letteratura più recente sulla fase post-emergenziale converge sul fatto che, nella fase endemica caratterizzata da ampia immunità pregressa ma anche da continua evoluzione del virus, l'impatto della vaccinazione vada valutata in termini di protezione aggiuntiva contro ricoveri, esiti gravi e decessi, in particolare nei gruppi identificati come a rischio (ovvero per i quali viene proposta l'immunizzazione). In quest'ottica, l'evidenza prodotta dalla comunità scientifica riporta risultati robusti e stabili che indicano l'efficacia dei vaccini anti Covid.

Secondo i dati della rete EuroSAVE coordinata dall'OMS, ad esempio, i vaccini aggiornati negli anni post-pandemici mantengono infatti un'effectiveness del vaccino (VE) del 72% nella prevenzione delle ospedalizzazioni e del 67% contro i decessi e i ricoveri in terapia intensiva¹¹. Un'analisi ancora più recente, focalizzata sull'impatto della vaccinazione in termini di ospedalizzazioni ed esiti clinici gravi evitati durante la stagione 2024-2025 negli USA, riporta invece un'effectiveness stimata intorno al 40% contro il ricovero ospedaliero e del 79% contro evoluzioni gravi che richiedessero la ventilazione meccanica invasiva o, in ultimo, il decesso¹². Circoscrivendo l'analisi al contesto europeo, l'ECDC ha stimato che, nella stagione 2024/25, la vaccinazione anti-Covid avrebbe potuto prevenire in media tra il 14% e il 20% delle ospedalizzazioni tra gli over 65 nei Paesi UE/SEE, con riduzioni fino al 30-42% nei Paesi con coperture più elevate¹³. Una meta-analisi basata sulla popolazione europea mostra invece che l'immunizzazione attiva in fase endemica riporta la protezione contro gli esiti gravi all'87,9%, mantenendola al 78,5% oltre i tre mesi. Studi *season-specific* confermano questa lettura nella fase più recente: una coorte multicentrica EU/EEA relativa alla campagna autunno 2024, mostra una *effectiveness* contro il ricovero risultata pari al 60% nella

¹¹ WHO/Europe (2025). COVID-19 still causes severe disease, but up-to-date vaccines are effective – new research shows (EuroSAVE network).

¹² Ma, K. C., Webber, A., Lauring, A. S., Bendall, E., Papalambros, L. K., Safdar, B., ... & Surie, D. (2026). Estimated Effectiveness of 2024-2025 COVID-19 Vaccination Against Severe COVID-19. *JAMA Network Open*, 9(2), e2557415.

¹³ European Centre for Disease Prevention and Control. Multi-model analysis to quantify the impact of vaccination on COVID-19 and influenza hospitalisation burden among older adults in the EU/EEA, 2024/25. Stockholm: ECDC; 2025.

fascia di età 65-79 anni e al 58% negli over 80, mentre contro il decesso è stata rispettivamente del 78% e del 62%¹⁴.

L'Italia si inserisce pienamente in questo quadro: uno studio nazionale sui soggetti di 60 anni e oltre ha stimato, nella campagna 2022/23, una *effectiveness* aggiuntiva contro Covid grave pari all'83,0% nei primi 90 giorni, scesa al 37,4% con la predominanza di nuove mutazioni del virus, segnalando insieme il valore dell'immunizzazione e la sensibilità al mismatch antigenico¹⁵. Un'altra analisi pubblicata nel 2024 ha inoltre stimato che la campagna stagionale 2023/24 abbia evitato 565 casi gravi tra gli over 60 tra ottobre 2023 e marzo 2024, pari al 2,1% dei casi attesi senza la campagna di vaccinazione. Questa percentuale esigua è tuttavia in gran parte dovuta alla limitata copertura media osservata per quell'anno, pari al 10,7%, mentre con coperture del 50%, 75% e 90% il paper stima che si sarebbero potuti evitare rispettivamente il 9,7%, 14,5% e 17,4% dei casi gravi attesi¹⁶.

Le conseguenze di una copertura esigua sull'efficacia dell'immunizzazione erano state rilevate anche in uno studio I-Com del 2024¹⁷, nel quale veniva evidenziato come una maggiore copertura vaccinale potesse risultare determinante anche per evitare i casi più gravi di infezione, vale a dire quelli che portano a ricoveri in terapia intensiva. Prendendo come *benchmark* comparativo il dato di copertura vaccinale della Spagna (paese simile all'Italia per demografia, organizzazione del SSN, clima, popolazione e stili di vita), la simulazione evidenziava cali significativi nella probabilità di ricovero associata all'aumento della copertura vaccinale per tutte le fasce d'età, ed in particolare per gli affetti over 70 (con probabilità di ricovero di circa il -50%)¹⁸.

Tab.2: Effetti sulla probabilità di ricovero se l'Italia raggiungesse la copertura delle Spagna (2024)

Fonte: Osborn, T., Licheri, G., et al. (2024). Difendersi e/è risparmiare. I-Com, 2024.

Nota: i dati delle coperture vaccinali, e il conseguente calcolo sulla riduzione di probabilità, fanno riferimento al 2024.

Età	Aumento nella copertura vaccinale		Probabilità di ricovero
60-69 anni	dal 5,7% al 32,6%	→	-31%
70-79 anni	dal 11,6% al 52,3%	→	-52%
Over 80	dal 15,8% al 64,3%	→	-49%

Di interesse sono anche le evidenze sugli effetti a medio- lungo termine e sulle condizioni di long Covid, per le quali una review ECDC del 2025 basata su studi riporta che la vaccinazione negli

¹⁴ Zhou, G., Dael, N., Verweij, S., Balafas, S., Mubarik, S., Oude Rengerink, K., ... & Hak, E. (2025). Effectiveness of COVID-19 vaccines against SARS-CoV-2 infection and severe outcomes in adults: a systematic review and meta-analysis of European studies published up to 22 January 2024. *European Respiratory Review*, 34(175).

¹⁵ Fabiani, M., Mateo-Urdiales, A., Sacco, C., Fotakis, E. A., Battilomo, S., Petrone, D., ... & Pezzotti, P. (2024). Effectiveness against severe COVID-19 of a seasonal booster dose of bivalent (original/Omicron BA. 4-5) mRNA vaccines in persons aged ≥ 60 years: Estimates over calendar time and by time since administration during prevalent circulation of different Omicron subvariants, Italy, 2022–2023. *Vaccine*, 42(23), 126026.

¹⁶ Fotakis, E. A., Picasso, E., Sacco, C., Petrone, D., Del Manso, M., Bella, A., ... & Mateo-Urdiales, A. (2024). Impact of the 2023/24 autumn-winter COVID-19 seasonal booster campaign in preventing severe COVID-19 cases in Italy (October 2023–March 2024). *Vaccine*, 42(26), 126375.

¹⁷ Osborn, T., Licheri, G., et al. (2024). Difendersi e/è risparmiare. I-Com, 2024.

¹⁸ Simulazione sui possibili ricoveri che l'Italia avrebbe registrato se avesse raggiunto tassi di copertura vaccinale simili a quelli della Spagna. Stima ottenuta con relazione non lineare tra copertura vaccinale e ingressi in terapia intensiva, tenendo conto sia dell'effetto incrementale della vaccinazione e delle esternalità positive associate all'aumento dell'immunità di gregge che dell'effetto della vaccinazione sui ricoveri, è possibile ottenere delle stime. Per svolgere il calcolo, è stato usato un $k=0,01386$ in linea con le simulazioni ECDC (ovvero la costante di proporzionalità che determina l'intensità dell'effetto della vaccinazione sui ricoveri).

adulti potrebbe ridurre di circa il 27% il rischio di conseguenze di lungo termine post infezione da SARS-CoV-2¹⁹.

Nel complesso, la letteratura relativa a studi sull'effectiveness dell'immunizzazione durante la fase endemica suggerisce quindi che la vaccinazione anti-Covid continui a produrre benefici concreti e misurabili. Come evidenziato anche da OMS (2024), il valore del vaccino risiede nella capacità di impedire che l'infezione si traduca in esiti clinici e costi sociali elevati, con un razionale particolarmente forte nei target group anziani e fragili. È pertanto su questo che risulta prioritario favorire l'attenzione medica, ma anche politica e pubblica.

5. Burden economico e sociale del virus

La persistente fase di incertezza legata alle campagne vaccinali ha prodotto (e tuttora produce) non solo evidenti danni alla salute pubblica, ma anche considerevoli costi economici e sociali, diretti e indiretti, dovuti al mancato raggiungimento di livelli adeguati di copertura vaccinale. La letteratura più recente colloca infatti il burden economico del Covid in fase endemica soprattutto sul terreno della malattia grave evitabile e delle sue conseguenze sui sistemi nazionali (costi diretti) ma anche sulla società nella sua interezza (costi indiretti).

In uno studio su paesi con economie avanzate, viene stimato che la vaccinazione autunnale somministrata ogni anno secondo le raccomandazioni (popolazione anziana, fragili, persone esposte) consentirebbe, in media, di attenuare l'impatto economico del Covid sul sistema sanitario di circa il 22% e di ridurre l'impatto economico sull'economia nazionale di circa il 7% grazie alla riduzione di ricoveri e casi gravi²⁰. Nella stessa direzione va una review del 2025 sui modelli di costo-efficacia delle campagne vaccinali in otto paesi occidentali — inclusa l'Italia e altri quattro paesi europei — secondo cui la vaccinazione in fase endemica si conferma sia *cost-effective* che *cost-saving*²¹, soprattutto negli anziani e nei fragili^{22,23}.

Un'analisi I-Com basata sul 2023, primo anno post-emergenziale del Covid, calcola un costo totale riconducibile alla mancata vaccinazione pari a circa €1,6 miliardi nel solo anno considerato. Di questi, i costi evitabili diretti erano circa €900 milioni: il ricorso all'ospedalizzazione per Covid ha causato una spesa pubblica aggiuntiva di oltre €830 milioni, mentre le giornate di terapia intensiva circa €70 milioni²⁴. Lo studio, inoltre, evidenziava come circa il 70% dei costi di queste terapie intensive fosse riconducibili a persone non vaccinate, e che oltre l'80% dei pazienti finiti in queste condizioni critiche fosse over60 (e 1 su 4 over80). Prolungando queste stime sul 2025, i costi diretti riconducibili a una insufficiente copertura vaccinale ammontano a circa €120 milioni derivanti da ricorsi altrimenti evitabili all'ospedalizzazione (circa 100.000 giornate) e terapie intensive (circa 9.700 giornate). E se le stime sull'Italia sono elevate, quelle per altri paesi non sono migliori, con

¹⁹ Green, R., Marjenberg, Z., Lip, G. Y., Banerjee, A., Wisnivesky, J., Delaney, B. C., ... & Abduljawad, S. (2025). A systematic review and meta-analysis of the impact of vaccination on prevention of long COVID. *Nature communications*, 16(1), 10326.

²⁰ El Banhawi H., Hodgson S., Neri M., Steuten L., *The broader economic benefits of COVID-19 vaccination* (2025). Contract Research. Available from <https://www.ohe.org/publications/the-broader-economic-benefits-of-covid-19-vaccination/>.

²¹ Smith, D. S., Postma, M., Fisman, D., & Mould-Quevedo, J. (2025). Cost-effectiveness models assessing COVID-19 booster vaccines across eight countries: A review of methods and data inputs. *Vaccine*, 51, 126879.

²² Smith, D. S., Postma, M., Fisman, D., & Mould-Quevedo, J. (2025). Cost-effectiveness models assessing COVID-19 booster vaccines across eight countries: A review of methods and data inputs. *Vaccine*, 51, 126879.

²³ Joshi, K., Scholz, S., Maschio, M., Kohli, M., Lee, A., Fust, K., ... Beck, E. (2024). Clinical impact and cost-effectiveness of the updated COVID-19 mRNA Autumn 2023 vaccines in Germany. *Journal of Medical Economics*, 27(1), 39–50. <https://doi.org/10.1080/13696998.2023.2290388>

²⁴ Osborn, T., Licheri, G., et al. (2024). *Difendersi e/è risparmiare*. I-Com, 2024.

un burden che arrivato fino a £7 miliardi per lo UK nel 2023²⁵. Difatti, a garantire all'Italia un burden minore nonostante la scarsa copertura vaccinale, erano i vantaggi derivati dalla solida campagna di immunizzazione avvenuta negli anni della crisi pandemica.

Anche nella fase endemica, quindi, il burden diretto resta concentrato sui gruppi a maggior rischio e sulle forme cliniche a più alto costo unitario, con conseguenze cliniche e assistenziali di tali infezioni respiratorie nei soggetti fragili che ricadono prevalentemente sulla gestione territoriale e sulla Medicina Generale.

A ciò si aggiunge il costo, meno visibile e ancora poco quantificato, del long Covid e delle sequele post-acute: come già citato, l'OMS stima che circa 6 persone su 100 tra quelle infettate in fase endemica sviluppano una condizione post-Covid, mentre studi recenti su basi amministrative italiane mostrano, tra i dimessi per Covid, un ricorso più frequente a visite specialistiche, diagnostica respiratoria e nuove terapie croniche, anche per condizioni metaboliche e neuropsichiatriche²⁶. Sebbene l'impatto complessivo del COVID a lungo termine sia difficile quantificare e confrontare a causa della mancanza di dati sistematici a livello internazionale, alcune stime indicano che in determinati paesi queste ricadute e condizioni perduranti rappresenterebbero, da sole, fino al 49% dei costi economici del Covid per le rispettive economie nazionali²⁷. In altri termini, nella fase endemica, il burden diretto non si esaurisce nel ricovero acuto, ma si estende alla presa in carico successiva, alla diagnostica, al follow-up e, in molti casi, anche al peggioramento delle condizioni croniche preesistenti nei pazienti più fragili.

Oltre ai costi diretti, sono infatti significativi anche i costi indiretti, e altrimenti evitabili, dati dall'incremento dei casi di malattia e all'assenteismo tra le persone in età lavorativa, determinando così una riduzione della produttività corrispondente ai giorni di assenza dal lavoro che influisce negativamente sia sulle finanze pubbliche sia sui bilanci privati. Inoltre, la perdita di vite umane rappresenta e comporta danni significativi al tessuto sociale e produttivo del Paese, con ripercussioni significative anche sul prodotto interno lordo (PIL). Il già citato studio I-Com (2024), ad esempio, utilizzando i dati ISS e INPS, ha stimato un ammontare di costi indiretti di circa €610 milioni per il solo 2023, riconducibili ai decessi (ai quali corrispondono anni di perdita di contributi e produttività per il sistema economico) e alla perdita temporanea di produttività per i casi di malattia²⁸.

Box: Il burden del long Covid

Il *long Covid* – sindrome post-infettiva caratterizzata da sintomi persistenti quali disfunzioni cognitive (“*brain fog*”) e affaticamento – è una delle conseguenze più impattati del virus, anche a più di cinque anni dall’inizio della pandemia. Sebbene le sue caratteristiche cliniche siano ormai meglio comprese, le conseguenze economiche e sociali del long COVID stanno iniziando solo ora a essere misurate in modo sistematico. Nel loro insieme, le evidenze più recenti dimostrano che, tuttavia, il long COVID in realtà abbia comportato e comporti tutt’ora un cospicuo onere finanziario. Questo è attribuibile sia ai costi ospedalieri e alle conseguenze su altre patologie e

²⁵ El Bahawi H., Hodgson S., Neri M., Steuten L., *The broader economic benefits of COVID-19 vaccination (2025)*. Contract Research. Available from <https://www.ohe.org/publications/the-broader-economic-benefits-of-covid-19-vaccination/>.

²⁶ Colaneri, M., Galbusera, A. A., Tettamanti, M., Puoti, M., Marchetti, G., Piva, S., ... & Nobili, A. (2025). *Specialist Healthcare Intervention and Follow-up Trends in Post-Acute COVID-19 Hospitalization as Compared to Other Respiratory Infections*. *Infectious Diseases and Therapy*, 1-16.

²⁷ El Bahawi H., Hodgson S., Neri M., Steuten L., *The broader economic benefits of COVID-19 vaccination (2025)*. Contract Research.

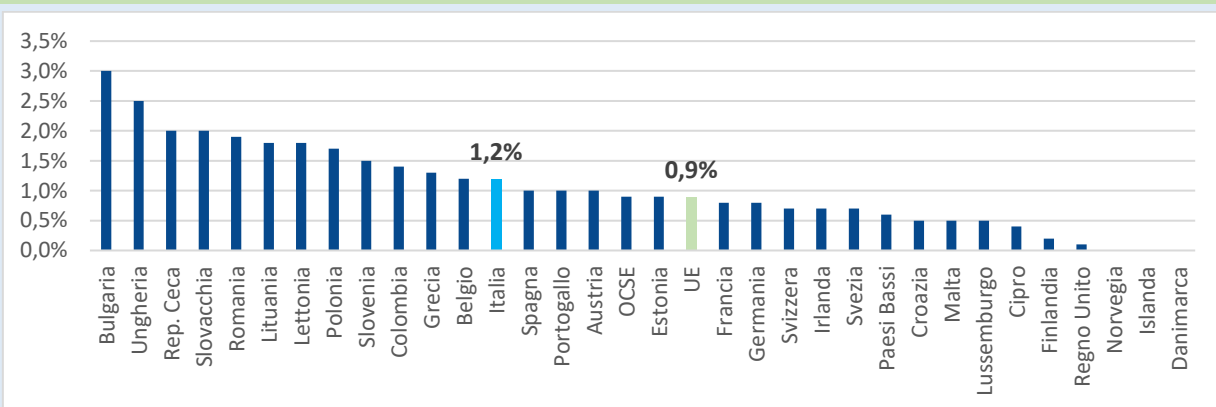
²⁸ Osborn, T., Licheri, G., et al. (2024). *Difendersi e/è risparmiare*. I-Com, 2024.

condizioni croniche, che – soprattutto – a costi indiretti dati da impatti prolungati su capacità lavorative, presentismo, e alle ricadute in termini di pressione operativa prolungata sui servizi di medicina generale e diagnostici. Per la Medicina Generale, invece, il burden delle sindromi post-infettive si traduce soprattutto in perdita di autonomia, peggioramento delle cronicità e incremento della complessità assistenziale.

Secondo le più recenti evidenze OCSE²⁹, nel 2021 i costi sanitari diretti legati al long COVID hanno rappresentato una media di circa lo 0,6-0,7% della spesa sanitaria totale di ciascun paese (con picchi fino all'1,9%, nel caso della Bulgaria), con una spesa pro capite di circa €20 per i paesi UE. L'Italia è tra i Paesi con un impatto diretto registrato superiore alla media UE, con lo 0,8% della spesa sanitaria assorbita dalle conseguenze di questa ripercussione prolungata nel tempo del virus. Ancora più alti sono i costi indiretti, sui quali pesano significativamente gli impatti in ambito lavorativo: i dati sugli stati UE indicano infatti una contrazione media di circa l'1% del PIL nel 2021 a causa del long Covid, con un costo pro capite medio di circa €280. Anche in questo caso, l'Italia registra un impatto più gravoso, che nel 2021 era arrivato a rappresentare tra l'1,2% e l'1,3% del PIL nazionale a causa dell'impatto soprattutto sulla popolazione anziana e sulla forza lavoro (si stima che nel 2021 il long Covid abbia ridotto la capacità lavorativa effettiva di circa l'1,2% in Italia). Le stime sugli anni successivi sono inferiori a causa della minore circolazione del virus, ma comunque rilevanti: si tratta di un -0,5% del PIL ogni anno, per ciascun paese. Per l'Italia, l'impatto è simile a quello di altre patologie di rilievo come la sclerosi multipla (€4.8 miliardi l'anno).

Fig.4: L'impatto del Long Covid sul PIL (%) (2021)

Fonte: OECD (2026).



In quest'ottica, è importante evidenziare che la letteratura scientifica riporta ampia evidenza del fatto che la vaccinazione anti Covid è associata anche a un minor rischio di sviluppare forme invalidanti e debilitanti di long Covid³⁰. Secondo una revisione sistematica della letteratura realizzata dallo ECDC, la vaccinazione completa contro il Covid prima dell'infezione da SARS-CoV-2 riduce di long Covid del 27% nella popolazione adulta rispetto all'assenza di vaccinazione³¹. Tali benefici sulla salute, e di conseguenze anche sulla sostenibilità dei sistemi sanitari e dei conti pubblici, meritano quindi di essere presi in considerazione nelle raccomandazioni relative alle politiche nazionali sui vaccini anti-Covid.

²⁹ OECD (2026), *Addressing the Costs and Care for Long COVID: The Long Shadow of the Pandemic*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/87a0c171-en>.

³⁰ Watanabe, A. et al. (2023), "Protective effect of COVID-19 vaccination against long COVID syndrome: A systematic review and meta-analysis", *Vaccine*, Vol. 41/11, pp. 1783-1790, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.02.008>.

³¹ European Centre for Disease Prevention and Control. *Does COVID-19 vaccination reduce the risk and duration of post-COVID-19 condition? Rapid systematic literature review*. Stockholm: ECDC: 2025.

6. Il sistema di approvvigionamento, tra il ruolo dell'Europa e quello delle regioni

L'attuale sistema europeo di approvvigionamento dei vaccini anti-Covid si fonda sul Joint Procurement Agreement (JPA), il meccanismo volontario con cui la Commissione può negoziare, per conto dei Paesi partecipanti, contratti quadro per contromisure mediche, lasciando poi ai singoli Stati la facoltà di aderire alla singola procedura e di ordinare i quantitativi effettivamente necessari. In termini operativi, il JPA non centralizza integralmente la domanda, ma costruisce una piattaforma comune di negoziazione che riduce i costi di transazione, rafforza il potere contrattuale pubblico e limita il rischio di competizione intra-europea.

Nel 2025 questo modello è stato utilizzato anche per i vaccini anti-Covid in una forma ormai pienamente post-emergenziale: un primo contratto quadro, firmato a gennaio per conto di 17 Paesi partecipanti, consente ordini "as needed", senza obblighi di acquisto e senza indicazioni di quantitativi minimi, per una durata fino a quattro anni e per volumi molto ampi. Un secondo contratto, firmato a ottobre per conto di 14 Paesi, prevede anch'esso ordini senza minimi, fino a due anni di durata e fino a 4 milioni di dosi, con caratteristiche logistiche particolarmente adatte a una gestione ordinaria della campagna stagionale, come confezionamento monodose, conservazione a 2-8°C e shelf life di 12 mesi³².

Il passaggio dalla logica eccezionale della pandemia a questa architettura più flessibile segnala che il vaccino anti-Covid sta progressivamente entrando in una dimensione di *preparedness* ordinaria, in cui il problema non è più solo assicurare disponibilità straordinaria di dosi, ma garantire continuità, adattabilità e tempestività dell'offerta per i gruppi target. La valutazione di questo sistema è, nelle analisi istituzionali e nella letteratura, sostanzialmente mista ma non negativa^{33,34}. La Corte dei conti europea riconosce che l'Unione sia riuscita a costruire un portafoglio diversificato e, dopo le difficoltà iniziali, a rendere disponibili dosi sufficienti, ma segnala anche un avvio più lento rispetto ad altri grandi acquirenti pubblici e una insufficiente valutazione ex post della performance complessiva del processo. Parallelamente, la letteratura sottolinea che la strategia comune ha evitato una "vaccine scramble" tra Stati membri e favorito una maggiore equità di accesso, pur richiamando criticità su trasparenza negoziale, accountability e rischio di eccedenze rispetto al fabbisogno. Nel complesso, il procurement congiunto europeo appare quindi come uno strumento che ha funzionato soprattutto sul piano della coordinazione e dell'equità, ma che richiede, nella fase endemica, una migliore capacità di calibrare i volumi acquistati su un bisogno ormai ricorrente e stagionale, e non più emergenziale.

Per l'Italia, il punto decisivo è che il progressivo esaurirsi dei contratti oggi attivi richiederà una piena integrazione del vaccino anti-Covid nei meccanismi *ordinari* di programmazione e acquisto. In questa prospettiva, oltre alla definizione a livello nazionale e centralizzato dei target group, del timing della campagna, dei profili di aggiornamento del vaccino sulla base delle indicazioni internazionali e del fabbisogno indicativo complessivo, un ruolo centrale dovrà essere svolto dalle regioni. Infatti, a queste ultime dovrebbe invece spettare la traduzione operativa di queste scelte in ordini, distribuzione, chiamata attiva e organizzazione dell'offerta territoriale, utilizzando le

³² https://health.ec.europa.eu/latest-updates/commission-signs-joint-procurement-contract-covid-19-vaccines-ensure-preparedness-and-continued-2025-01-24_en

³³ Halloran, D. (2021). Procurement during a public health crisis: the role of the European Union. *Irish Studies in International Affairs*, 32(1), 67-81.

³⁴ McEvoy, E., & Ferri, D. (2020). The role of the joint procurement agreement during the COVID-19 Pandemic: Assessing its usefulness and discussing its potential to support a european health union. *European Journal of Risk Regulation*, 11(4), 851-863.

centrali di committenza e i soggetti aggregatori già impiegati per gli altri vaccini stagionali. In questo assetto, il coinvolgimento strutturato della Medicina Generale rappresenta un elemento essenziale per garantire prossimità, continuità assistenziale e identificazione attiva dei soggetti fragili.

Si segnala, tuttavia, come – ad oggi – nei documenti regionali più recenti, la Sicilia e la Toscana risultino le uniche Regioni ad avere inserito in modo esplicito la vaccinazione anti-Covid nel proprio calendario vaccinale, come vaccinazione stagionale per gruppi a rischio. In altre Regioni prevale invece un rinvio a circolari o indicazioni ministeriali.

Oltre all’impegno delle regioni, l’Anagrafe nazionale vaccini dovrebbe diventare il perno informativo di questo assetto, sia per stimare i quantitativi necessari, sia per monitorare tempestivamente le coperture e correggere eventuali sottoutilizzi. In parallelo, l’aggiornamento del calendario vaccinale dovrebbe avvenire in modo stabile e prevedibile: il Ministero della Salute già oggi dispone di un calendario distinto dal PNPV e quindi più facilmente aggiornabile; il passaggio di policy da compiere consiste nel collocare esplicitamente la vaccinazione anti-Covid tra le offerte stagionali ricorrenti rivolte ai gruppi a rischio, con revisione periodica dei destinatari e della composizione vaccinale.

7. La centralità dei dati e dei sistemi di monitoraggio

Un ulteriore tema riguardante l’organizzazione di campagne di prevenzione e immunizzazione riguarda la possibilità di registrare, trasmettere e rendere il più possibile interoperabili i dati riguardanti il numero di casi, le somministrazioni e gli altri indicatori di carattere sanitario e demografico. Con considerevole lungimiranza, già all’inizio della pandemia, il Governo italiano aveva sviluppato un sistema di tracciamento delle vaccinazioni in collaborazione con l’ISS, le Regioni, e Poste Italiane, che aveva consentito di fornire informazioni in tempo reale sulla somministrazione dei vaccini e su altre metriche chiave³⁵. La disponibilità di dati quasi in tempo reale, la standardizzazione delle procedure di registrazione e certificazione, la possibilità di monitorare le coperture e la pubblicazione di dashboard e report aperti hanno rappresentato, negli anni dell’emergenza, un importante fattore di trasparenza, coordinamento istituzionale e accountability.

Sebbene alcune delle caratteristiche del sistema digitale di prenotazioni e monitoraggio italiano, ritenuto una delle migliori pratiche organizzative sviluppate in quegli anni di crisi a livello europeo, siano successivamente state dismesse con la fine della fase di emergenza del virus³⁶, questo patrimonio non è del tutto venuto meno: l’Anagrafe Nazionale Vaccini continua, infatti, a costituire il perno informativo per il monitoraggio delle coperture e delle somministrazioni, inclusi i dati relativi alla vaccinazione anti-Covid, mentre il Ministero della Salute continua a pubblicare report dedicati sia all’andamento epidemiologico sia alla campagna vaccinale. È invece mutato il

³⁵ Tramite tale sistema innovativo di organizzazione digitale, e la sua interconnessione con gli altri dati sanitari digitali, è stata garantita interoperabilità e sono state favorite funzionalità omogenee su tutto il territorio nazionale - in particolare per quanto riguarda il sistema di chiamata attiva/prenotazione, la registrazione e certificazione della vaccinazione, il sistema di recall, il calcolo puntuale (real time) delle coperture vaccinali e l’integrazione con i sistemi regionali e nazionali di vaccinovigilanza e sorveglianza epidemiologica. Molti di questi dati digitali erano inoltre pubblici e resi facilmente accessibili tramite dashboard e siti ad-hoc interattivi.

³⁶ In particolare, l’operatività di prenotazione, convocazione e richiamo è stata riassorbita nei modelli regionali, con il risultato di una maggiore eterogeneità territoriale nell’intensità della chiamata attiva e nell’efficacia del recall. Su questi aspetti operativi, il sistema centralizzato garantiva grandi benefici ed efficienza per interventi come le campagne di immunizzazione e le altre pratiche che richiedono prenotazioni, appuntamenti ripetuti e richiami di vaccinazione – per il Covid e non solo.

quadro istituzionale entro cui questi flussi vengono raccolti e condivisi: il decreto PREMAL³⁷ ha difatti rafforzato la struttura normativa della sorveglianza delle malattie infettive, introducendo un sistema nazionale espressamente regolato per la segnalazione dei casi e per la gestione dei dati personali in coerenza con la disciplina privacy. Si tratta di un avanzamento rilevante, perché sposta la sorveglianza da una logica prevalentemente emergenziale a una logica ordinaria e strutturata.

Tuttavia, proprio l'evoluzione post-pandemica ha fatto emergere una criticità: non tutti i flussi informativi costruiti negli anni Covid risultano oggi coperti dalla stessa chiarezza normativa. Il caso più evidente è quello delle sorveglianze speciali che alimentano i bollettini dell'ISS, rispetto alle quali diverse Regioni hanno lamentato l'assenza di una base giuridica sufficientemente definita in ordine a finalità del trattamento, ruoli di titolarità e responsabilità. L'allarme emerso nelle ultime settimane è, da questo punto di vista, particolarmente significativo: l'ISS ha comunicato che le Regioni e le Province autonome hanno sospeso i flussi che alimentano la sorveglianza integrata RespiVirNet, precisando che, senza una regolamentazione coerente con la normativa vigente sui dati personali, non sarebbe stato possibile proseguire con i consueti aggiornamenti del bollettino settimanale; un esito tanto più critico se si considera che, proprio dalla stagione 2025-2026, il sistema era stato aggiornato per allinearsi agli standard europei ECDC sulla definizione di infezione respiratoria acuta.

Un'ulteriore criticità riguarda i software della Medicina Generale, per i quali la piena integrazione dei nei sistemi informativi regionali e nazionali rappresenta un prerequisito essenziale per strategie vaccinali territoriali realmente efficaci. La possibilità di identificare automaticamente i soggetti fragili eleggibili, effettuare attività di recall, integrare dati clinici e vaccinali e monitorare coperture e gap assistenziali costituisce uno strumento strategico per una prevenzione moderna, personalizzata e realmente integrata nella pratica territoriale.

È pertanto imprescindibile attenzionare la necessità di una interoperabilità effettiva dei dati, nonché una continuità istituzionale dei flussi che servono a programmare le campagne, misurarne l'adesione e valutare tempestivamente il burden evitabile della mancata vaccinazione. Senza una base normativa chiara e permanente, anche un sistema informativo tecnicamente evoluto rischia di diventare più fragile proprio nel momento in cui dovrebbe accompagnare la normalizzazione della strategia vaccinale.

³⁷ Ministero della Salute, Decreto 7 marzo 2022.

**VERSO UNA NUOVA PREVENZIONE
E PROGRAMMAZIONE VACCINALE**

PER LA TUTELA DEGLI ANZIANI E DEI FRAGILI

Key takeaways

Key takeaways

1. Dall'emergenza alla routine

I dati relativi ai persistenti contagi, agli impatti di questi sul più generale stato di salute e sulle comorbidità, nonché al burden economico e sociale associato al Covid, rendono urgente per la popolazione target la piena integrazione della vaccinazione nella più tradizionale routine di immunizzazione complessiva. Al pari della vaccinazione antinfluenzale, il vaccino anti-Covid deve essere considerato un elemento essenziale di prevenzione all'interno di una più ampia strategia di prevenzione respiratoria dell'adulto e dell'anziano fragile. Tale considerazione è importante venga trasmessa con convinzione sia dai medici e dagli operatori sociosanitari, che nel dibattito politico e pubblico.

2. Uniformare il messaggio

Dalla fine della fase pandemica, il messaggio pubblico - ma anche medico e istituzionale - intorno al Covid è stato spesso confuso, incoerente e contraddittorio. È fondamentale chiarire che il vaccino è l'unica forma di prevenzione, e che questo non è obbligatorio per tutti ma, al pari di quello antinfluenzale e di altre immunizzazioni, fortemente consigliato per alcune fasce di popolazione particolarmente esposte. Parimenti, bisogna esporre chiaramente i rischi esistenti, senza alimentare ansie collettive e senza ricorrere a paragoni inopportuni con la fase pandemica, ma evidenziando che la contrazione del virus può avere ancora effetti gravi, soprattutto per la nostra popolazione anziana e per i tanti soggetti con cronicità. Importante anche rendere noto che il Covid è ormai un virus "destagionalizzato", con picchi di contagi registrati anche nei mesi estivi e non solo in quelli invernali.

Una chiarezza simile occorre anche sul lato della domanda: ancora oggi, il paziente non conosce la possibilità della vaccinazione anti-Covid, non sa dove e come potersela far somministrare, e, nonostante le numerose evidenze scientifiche a riguardo, riceve ancora informazioni contraddittorie persino da parte del personale che lo segue.

Oggi, dopo tre anni di fase endemica, è necessario trovare una nuova cornice chiara e uniforme nella quale parlare di Covid in maniera oggettiva e coerente.

3. Uniformare il setup: aggiornamento del calendario vaccinale

Un aggiornamento dei calendari vaccinali regionali, e un'inclusione in essi della vaccinazione anti-Covid è più che mai urgente a oltre tre anni dalla fine dell'emergenza pandemica. La piena e diffusa comprensione dei rischi specifici dell'infezione anche nella sua fase endemica, nonché dei vantaggi dati dall'immunizzazione attiva, passa infatti anche da una piena inclusione del vaccino nelle programmazioni nazionali e regionali, così come nelle raccomandazioni e circolari in materia di prevenzione e campagne vaccinali.

4. Formare gli operatori sui rischi del Covid e sui benefici dell'immunizzazione

Al fine di incrementare le coperture vaccinali degli anziani, dei soggetti fragili e delle altre fasce di popolazione incluse nel target group, occorre richiamare l'attenzione dei medici specialisti, dei MMG, dei farmacisti, e di tutti gli operatori sanitari sulle raccomandazioni nazionali e internazionali circa le vaccinazioni che è necessario raccomandare ai propri pazienti. Centrale è anche il ruolo dei medici specialisti e delle associazioni dei pazienti, che dovrebbero informare

sui rischi aggiuntivi che caratterizzano il Covid se contratto da pazienti con comorbidità. Importante è anche evidenziare i benefici dell'immunizzazione per contrastare l'uso eccessivo e spesso inappropriato degli antibiotici, nonché le conseguenze dell'AMR. L'immunizzazione attiva verso SARS-CoV-2 e i benefici dati da essa anche in fase endemica devono essere altresì inclusi tra gli argomenti nei percorsi di formazione dei medici del futuro.

5. Un'azione di sensibilizzazione diffusa: Covid ≠ pandemia

Insieme a una costante e affidabile informazione derivante da medici e operatori, è essenziale prevedere nuovo materiale informativo e grafico per sensibilizzare la popolazione su come, anche in fase endemica, il Covid rappresenti un rischio e che la vaccinazione rimanga l'unico metodo efficace di prevenzione, in particolare al fine di evitare conseguenze gravi o letali per l'ormai ampia fascia di popolazione anziana, poli-morbida o fragile.

6. Accorciare e alleggerire la catena: dalla prenotazione alla somministrazione

Per aumentare le coperture nei gruppi target è necessario integrare stabilmente la vaccinazione anti-Covid nei percorsi ordinari di presa in carico dell'adulto fragile e del paziente cronico, riducendo complessità organizzative e frammentazione dell'offerta. In primo luogo, occorre ripristinare un sistema di prenotazione online uniforme e facilmente accessibile, che consenta ai cittadini di individuare rapidamente i punti vaccinali disponibili e fissare l'appuntamento senza passaggi ridondanti. La vaccinazione deve poi progressivamente diventare una prestazione ordinaria di prossimità, inserita nella continuità assistenziale e non percepita come un intervento separato o eccezionale. In questo contesto, il ruolo delle farmacie e della Medicina Generale è particolarmente rilevante non solo per la somministrazione del vaccino, ma soprattutto per l'identificazione dei soggetti fragili, la valutazione personalizzata del rischio, il counseling vaccinale, la chiamata attiva e l'integrazione della prevenzione vaccinale nella gestione della multimorbilità. Occorre pertanto favorire modelli organizzativi integrati che valorizzino il ruolo della Medicina Generale, delle farmacie e dei servizi territoriali, superando procedure burocratiche e sistemi di approvvigionamento frammentati e disincentivanti. In questo assetto, la Medicina Generale mantiene un ruolo centrale nell'identificazione dei soggetti fragili, anche grazie alla possibilità di accesso domiciliare, che rappresenta per la vaccinazione uno strumento essenziale per raggiungere i pazienti meno mobili e più fragili.

La prospettiva di vaccini anti-Covid in fiale uniche (siringa preriempita) – ovvero il formato comunemente usato per le più diffuse vaccinazioni di routine – rende estremamente più agevole una somministrazione agile e capillare.

7. Nudging e promozione della cultura della vaccinazione

Per aumentare stabilmente le coperture vaccinali tra anziani e fragili non è sufficiente affidarsi a raccomandazioni, occorre introdurre strumenti di offerta attiva, incentivi organizzativi e meccanismi di *nudging* che rendano la vaccinazione la scelta più semplice, naturale e integrata nel percorso di cura. In questa prospettiva, la vaccinazione dovrebbe essere proposta sistematicamente al momento della dimissione ospedaliera, oppure contestualmente programmata con appuntamento già fissato, e il numero di somministrazioni effettuate o attivate in dimissione dovrebbe entrare tra gli obiettivi dei direttori generali e delle strutture ospedaliere. Lo stesso principio va esteso al sistema di valutazione dei servizi: gli indicatori CORE del NSG/LEA dovrebbero misurare in modo più completo la prevenzione vaccinale

nell'anziano, superando l'attuale focalizzazione troppo ristretta e introducendo un indicatore aggregato unico relativo alle vaccinazioni raccomandate per la popolazione over 60 e fragile. Sul lato della domanda, iniziative di *outreaching* vaccinale per raggiungere proattivamente la popolazione non solo con la comunicazione relativa all'immunizzazione ma anche con la possibilità di somministrazione sono iniziative estremamente valide: esempi includono l'attivazione di unità mobili in luoghi di aggregazione comunitaria e centri commerciali per facilitare l'accesso o la promozione di Open Day e accesso libero agli hub vaccinali per categorie a rischio in determinati periodi dell'anno.

Parallelamente, può essere utile introdurre di *nudging* a basso costo come moduli di rifiuto informato, in cui il paziente che non intende vaccinarsi dichiara di aver ricevuto adeguata informazione sui benefici attesi e sui rischi della mancata vaccinazione, assumendosi la responsabilità della mancata immunizzazione. Forme come questa, che non prevedono misure coercitive, ma una maggiore responsabilizzazione individuale sono di provata efficacia, così come altre soluzioni quali gli appuntamenti preassegnati con possibilità di riprogrammazione, i recall via SMS o telefono e i messaggi di reminder/notifiche personalizzate.

8. Approvvigionamento e acquisto: il ruolo di Stato e regioni al termine dei contratti europei

Con il progressivo esaurirsi dei contratti oggi attivi e dei piani di acquisto congiunto di livello europeo (Joint Procurement Agreement - JPA), e tenendo conto della loro natura, comunque, esclusivamente volontaria e non obbligatoria per gli Stati Membri, l'Italia dovrà attivarsi per predisporre una piena integrazione del vaccino anti-Covid nei meccanismi *ordinari* di programmazione e acquisto. In questa prospettiva, oltre alla definizione a livello nazionale e centralizzato dei target group, del timing della campagna, dei profili di aggiornamento del vaccino sulla base delle indicazioni internazionali e del fabbisogno indicativo complessivo, un ruolo centrale dovrà essere svolto dalle regioni. Infatti, a queste ultime dovrebbe invece spettare la traduzione operativa di queste scelte in ordini, distribuzione, chiamata attiva e organizzazione dell'offerta territoriale, utilizzando le centrali di committenza e i soggetti aggregatori già impiegati per gli altri vaccini stagionali.

9. La questione dei dati e delle possibilità di monitoraggio, interoperabilità e analisi

Le segnalazioni di esperti e i recenti avvenimenti hanno messo in evidenza la necessità di intervenire in materia di dati sui sistemi di monitoraggio. L'assenza di una base normativa chiara e permanente, anche un sistema informativo tecnicamente evoluto, rischia infatti di far venire meno le potenzialità del lavoro di raccolta dati, di monitoraggio e di analisi che sono invece centrali per accompagnare la normalizzazione della strategia vaccinale. È pertanto urgente attenzionare la necessità di una interoperabilità effettiva dei dati, nonché di un loro uso secondario ai fini di ricerca e di ottimizzazione della cura, garantendo una continuità istituzionale dei flussi che servono a programmare le campagne, misurarne l'adesione e valutare tempestivamente il burden evitabile della mancata vaccinazione. La possibilità di identificare automaticamente i pazienti fragili, richiamare i soggetti eleggibili e integrare dati clinici e vaccinali rappresenta una funzione particolarmente rilevante per la Medicina Generale. La fornitura di dati aggiornati in materia di campagne vaccinali è, infatti, come per tutte le altre aree sanitarie nelle quali si sta già ampiamente riconoscendo il valore dei dati e degli interventi *data driven*, un sostegno imprescindibile per lo Stato e per le regioni nei

processi di *policy making* in materia di immunizzazione, fornendo basi ed evidenze empiriche e mappature in tempo reale dei bisogni e delle esigenze.

10. La prevenzione è investimento

La prevenzione non può continuare a essere trattata come una voce residuale del Servizio sanitario nazionale: oggi lo stesso Ministero della Salute riconosce che a questo ambito è destinato solo il 5% del Fondo sanitario nazionale e che tale quota va rafforzata, mentre il monitoraggio NSG 2023 mostra come la macroarea della prevenzione continui a presentare criticità territoriali, con diverse Regioni sottosoglia. Tenendo conto delle tendenze epidemiologiche, ma anche demografiche del Paese, urge ripensare il SSN intorno alla centralità della prevenzione. Occorre spostare il baricentro da una logica di soli PDTA a una logica di PPDTA, in cui la “P” di prevenzione entri strutturalmente nei percorsi assistenziali e in cui le coperture vaccinali diventino un indicatore essenziale di presa in carico, soprattutto per anziani e fragili. Se si sposa l’ottica della centralità della prevenzione, è tuttavia imprescindibile un rafforzamento stabile dei Dipartimenti di prevenzione, il finanziamento degli Osservatori epidemiologici regionali e la possibilità per le Regioni di effettuare investimenti in prevenzione anche oltre i vincoli che oggi scoraggiano stanziamenti che, però, nella realtà, sono ad alto rendimento sanitario e sociale. In questa prospettiva, portare almeno dal 5% al 7% del Fondo sanitario nazionale le risorse destinate alla prevenzione non rappresenta più solo un auspicio, ma una scelta di programmazione, sostenibilità e tutela del Paese.

Aderiscono





Roma

Piazza dei Santi Apostoli 66 – 00187
www.i-com.it

info@i-com.it

Bruxelles

Avenue des Artes 50 – 1000
www.i-comEU.eu