

**VACCINAZIONE:
UN'OPPORTUNITÀ DI SALUTE PER I
SOGGETTI FRAGILI IN LOMBARDIA**
REPORT DI PROGETTO
2026



IL GRUPPO DI LAVORO

Responsabili scientifici del percorso

Anna Odone, Università di Pavia
Catia Borriello, Regione Lombardia
Giuliano Rizzardini, Centro Studi Bridge for Future - Università di Pavia
Rosaria Iardino, Fondazione The Bridge

In sinergia con

Danilo Cereda, Dirigente Unità Organizzativa Prevenzione, Regione Lombardia
Giuseppina Valenti, Dirigente Unità Organizzativa Organizzazione offerta e Progetti trasversali, Regione Lombardia

Componenti del gruppo di lavoro

- ATS Bergamo
- ATS Brescia
- ATS Brianza
- ATS Milano
- ATS Montagna
- ATS Insubria
- ATS Pavia
- ATS Val Padana
- ASST Santi Paolo e Carlo
- ASST Brianza
- ASST Bergamo Ovest
- Asst Crema
- ASST Valle Olona
- ASST Valtellina e Alto Lario
- IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
- AIGO Lombardia - Associazione Italiana Gastroenterologi E Endoscopisti Digestivi Ospedalieri
- AIOM - Associazione Italiana Di Oncologia Medica
- AMD - Associazione Medici Diabetologi
- ANMDO Lombardia - Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere
- Copev "Beatrice Vitiello" per la prevenzione e la cura dell'Epatite Virale ODV – ETS
- CREI - Collegio Reumatologi Italiani
- Cuore e Vita ODV
- FIMMG Lombardia – Federazione Italiana Medici Di Medicina Generale
- SIAAIC - Società Italiana di Allergia, Asma e Immunologia Clinica
- SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie
- SIMIT - Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali
- SIN - Società Italiana di Nefrologia
- SIP - Società Italiana di Pneumologia
- SIP – Società Italiana di Pediatria
- SIR - Società Italiana Di Reumatologia
- SITI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- ADPMI - Associazione Diabetici della Provincia di Milano Onlus
- Coordinamento Lombardia Associazioni Diabetici
- AIP – ODV Associazione Immunodeficienze Primitive
- AIPaSiM - Associazione Italiana Pazienti con sindrome mielodisplastica
- A.L.I.Ce. Italia Odv – Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale
- ALOMAR ODV - Associazione Lombarda Malati Reumatici
- ANED - Associazione Nazionale Emodializzati
- Favo Lombardia - Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia
- FEDERFARMA Lombardia - Federazione nazionale dei titolari di farmacia italiani
- LILT Lombardia e LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori Milano Monza Brianza
- GSK
- Pfizer

Autori del report

Luisa Brogonzoli, Fondazione The Bridge
Elisa Sala, Fondazione The Bridge
Francesco Cervellera, Università di Pavia
Sara Russo, Università di Pavia
Riccardo Vecchio, Università di Pavia

SOMMARIO

Il gruppo di lavoro	1
Il progetto vaccinAzione	3
Azioni di analisi per il 2026.....	3
Azione 1: Sensibilizzazione delle Associazioni di pazienti.....	3
Azione 2: Raccolta di Best Practice regionali	3
Azione 3: Survey Regionale: Modelli e percorsi vaccinali ospedalieri per i soggetti fragili nel contesto lombardo- edizione 2026	4
Azione 4: Società scientifiche	4
Azione 1: ASSOCIAZIONI DI PAZIENTI.....	5
Premessa	5
La survey	6
Premessa metodologica	6
Il campione.....	7
Conoscenze e opinioni	11
Consigli per il futuro: come migliorare la comunicazione, setting e modalità vaccinale	19
Allegato: sintesi delle esperienze e delle pratiche raccolte	25
AZIONE 2: RACCOLTA DELLE BEST PRACTICE	31
Obiettivi	31
Metodologia	31
Raccolta 2025: le Best Practice in Regione Lombardia	32
Caratteristiche dell’offerta nei presidi	32
Best practices.....	35
Raccolta 2026: modelli organizzativi e di governance vaccinali in Veneto, Marche e Sicilia	37
1. Regione Veneto	37
2. Regione Marche.....	38
3. Regione Sicilia (AOU Policlinico di Palermo)	39
4. Tracciabilità, anagrafe vaccinale e sistemi informativi	40
Lezioni apprese.....	41
AZIONE 3: SURVEY REGIONALE 2026.....	42
Abstract	42
Metodologia	43
Il campione	43
Presidi rispondenti	43
Ruolo dell’intervistato	44
Caratteristiche dell’offerta	44
Offerta vaccinale ai soggetti fragili.....	44

Canali di counselling e somministrazione	45
Somministratore	46
Offerta durante ricovero e visita specialistica	46
Registrazione	47
Vaccinazioni a pagamento	47
Strutturazione dei percorsi vaccinali	48
Procedura dedicata	48
Categorie di pazienti fragili con percorso ospedaliero attivo	49
Integrazione nel PDTA	50
Focus su pazienti diabetici, dializzati, in gravidanza	51
Offerta vaccinale al personale sanitario	52
Offerta per vaccino	52
Modalità di erogazione	53
Analisi di approfondimento	54
Match tra vaccinazioni ai fragili e vaccinazioni nel PDTA per categorie di rischio	54
AZIONE 4: SOCIETÀ SCIENTIFICHE	56

IL PROGETTO VACCINAZIONE

Il presente report si inserisce nell'ambito del progetto VaccinAzione, progettualità promossa da Fondazione The Bridge a partire dal 2023 con l'obiettivo di indagare le cause dell'esitanza vaccinale tra i soggetti fragili in Regione Lombardia e darvi risposta. Il percorso scientifico del progetto è realizzato in collaborazione con l'Unità Organizzativa Prevenzione della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia e con l'Università di Pavia, in raccordo con il Piano Regionale di Prevenzione.

L'iniziativa nasce dalla diffusa percezione di una generale insufficienza, nella copertura vaccinale dei soggetti fragili in Lombardia. Per approfondire questa criticità e individuare soluzioni condivise, il progetto ha attivato tavoli tecnici di confronto tra stakeholder, comprendenti società scientifiche, associazioni di pazienti e aziende del farmaco, dedicati all'analisi dello stato dell'arte della profilassi vaccinale e alla rilevazione dei bisogni dei pazienti e dei loro curanti rispetto al tema dell'esitanza vaccinale.

Da questo lavoro sono scaturite proposte operative volte ad aumentare le coperture vaccinali tra i soggetti fragili, tra cui la campagna regionale di comunicazione e sensibilizzazione #DirittoAlVaccino, attiva dal 2024, rivolta a pazienti, familiari, caregiver e operatori sanitari, e focalizzata sui principi di appropriatezza e destagionalizzazione dell'offerta vaccinale. Il progetto ha visto anche la nascita di sottogruppi volti a pensare soluzioni rivolte agli specifici target delle associazioni di pazienti e delle società scientifiche delle diverse specialità. Inoltre, fin dall'inizio del progetto, è stata promossa una survey rivolta agli istituti di ricovero e cura della Regione, volta a monitorare la presenza e la modalità di offerta di vaccinazioni ai pazienti fragili sul territorio, e a monitorarne le variazioni nel tempo. A partire dal 2025, è stato inoltre istituito il Premio VaccinAzione, rivolto alle strutture ospedaliere e alle farmacie lombarde, con l'obiettivo di riconoscere e incentivare l'impegno nella promozione della vaccinazione tanto tra gli operatori sanitari quanto tra i pazienti.

Questo report nasce dalla volontà di restituire i risultati delle azioni di analisi e ricerca che compongono il progetto per il 2026.

AZIONI DI ANALISI PER IL 2026

AZIONE 1: SENSIBILIZZAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DI PAZIENTI

L'Azione 1 ha visto il coinvolgimento delle associazioni di pazienti coinvolte nel Gruppo di lavoro in un'iniziativa finalizzata a comprendere le opinioni dei pazienti in merito alla vaccinazione. L'azione, articolata in tre fasi, è nata con l'obiettivo di migliorare gli strumenti di informazione e comunicazione delle associazioni sul tema vaccinale; a tal fine, gli obiettivi dell'attualità, sono stati declinati da un lato nel costruire una visione dettagliata e strutturata delle percezioni dei pazienti e delle eventuali barriere esistenti rispetto alle pratiche vaccinali, dall'altro nell'analisi dei fabbisogni formativi delle associazioni stesse e nella raccolta di buone pratiche già in essere.

AZIONE 2: RACCOLTA DI BEST PRACTICE REGIONALI

L'Azione 2 del progetto è stata dedicata alla raccolta di best practice sviluppate dalle direzioni sanitarie e/o dalle prevenzioni regionali per aumentare le coperture vaccinali nei soggetti fragili: open days, collaborazioni strutturate, formazione ai pazienti.

L'attività, avviata nel 2025 con l'analisi delle esperienze virtuose sviluppate da alcune strutture lombarde, è stata quest'anno estesa a livello nazionale, coinvolgendo altre Regioni italiane (Marche, Veneto e Sicilia) attraverso interviste qualitative semi-strutturate, condotte online, con l'obiettivo di confrontare il modello lombardo con modelli organizzativi già sperimentati e misurati in altri contesti regionali, per individuarne i punti di forza e valutarne la trasferibilità.

Il percorso, tuttora in corso, si propone di individuare e sintetizzare le best practice, al fine di facilitarne l'adozione nella pratica clinica e organizzativa e di favorirne l'utilizzo in contesti diversi da quelli di origine, con particolare attenzione al miglioramento della comunicazione, delle strategie di coinvolgimento e dell'accessibilità ai servizi, sia per i pazienti fragili che per gli operatori sanitari.

AZIONE 3: SURVEY REGIONALE: MODELLI E PERCORSI VACCINALI OSPEDALIERI PER I SOGGETTI FRAGILI NEL CONTESTO LOMBARDO- EDIZIONE 2026

Dal 2023, il gruppo di lavoro propone annualmente un questionario strutturato rivolto alle strutture di ricovero e cura accreditate della Lombardia coinvolte nella presa in carico dei pazienti fragili. Lo strumento di indagine è stato costruito sulla base della letteratura scientifica disponibile sui modelli di vaccinazione ospedaliera e del confronto con esperti del settore, ed è stato successivamente aggiornato negli anni, arrivando nel 2026 alla sua quarta edizione.

L'obiettivo è monitorare l'evoluzione della vaccinazione dei pazienti fragili nelle strutture lombarde: la riproposizione della survey permette di seguire i cambiamenti nel tempo, identificare ulteriori aree di miglioramento e orientare le azioni successive del progetto, favorendo un confronto costruttivo tra le strutture coinvolte.

AZIONE 4: SOCIETÀ SCIENTIFICHE

L'azione rivolta alle Società Scientifiche è dedicata al tema della prevenzione vaccinale nella presa in carico e nei percorsi assistenziali del paziente fragile, con il coinvolgimento delle società scientifiche di riferimento. L'obiettivo strategico dell'azione è concretizzare le evidenze scientifiche e le raccomandazioni disponibili in percorsi vaccinali realmente accessibili, capaci di proteggere i pazienti fragili e di ridurre drasticamente le opportunità mancate di vaccinazione.

Per questi motivi una prima fase ha riguardato la mappatura dello stato dell'arte, attraverso la ricognizione di raccomandazioni, documenti e pratiche già disponibili nei diversi ambiti specialistici, al fine di costruire una base condivisa su cui fondare le fasi successive. La seconda fase ha identificato le buone pratiche, con l'obiettivo di individuare modelli organizzativi trasferibili in grado di garantire un'integrazione fluida tra degenza, ambulatorio specialistico, centro vaccinale e territorio. Infine, la terza fase ha mirato al raggiungimento di un consensus tra le società scientifiche coinvolte, da tradurre in un documento intrasocietario programmatico, direttamente applicabile nei percorsi di cura e riconosciuto a livello istituzionale.

AZIONE 1: ASSOCIAZIONI DI PAZIENTI

COSA NE PENSANO DI VACCINI E VACCINAZIONI LE PERSONE CHE VIVONO CON CRONICITA' O MALATTIE RARE? UNA RICERCA PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE

GRUPPO DI LAVORO

- ADPMI - Associazione Diabetici della Provincia di Milano Onlus e Coordinamento Lombardia Associazioni Diabetici
- AIP – ODV Associazione Immunodeficienze Primitive
- AIPaSiM - Associazione Italiana Pazienti con sindrome mielodisplastica
- A.L.I.Ce Onlus Lombardia - Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale
- ALOMAR ODV - Associazione Lombarda Malati Reumatici
- ANED - Associazione Nazionale Emodializzati
- COPEV “Beatrice Vitiello” - Associazione Italiana per la prevenzione e la cura dell'Epatite Virale ODV - ETS
- Favo Lombardia - Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia
- LILT Lombardia e LILT Milano Monza Brianza - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Coordinamento e analisi: Fondazione The Bridge

PREMESSA

L'analisi della survey documenta l'iniziativa promossa dalle associazioni di pazienti nell'ambito del Gruppo di Lavoro, finalizzata a indagare in modo strutturato le opinioni, le conoscenze e le eventuali resistenze dei pazienti affetti da specifiche patologie nei confronti delle vaccinazioni.

L'obiettivo del lavoro è stato triplice:

- costruire una mappatura del livello di consapevolezza e delle posizioni dei pazienti rispetto alla pratica vaccinale, individuando le barriere — informative, culturali o organizzative — che ne ostacolano l'adozione;
- raccogliere e valorizzare esperienze e modelli operativi già efficaci, così da orientare future strategie comunicative e formative fondate su evidenze concrete piuttosto che su assunzioni generiche;
- rilevare il fabbisogno formativo delle associazioni di pazienti e caregiver, al fine di individuare strumenti e modalità comunicative più efficaci per sensibilizzare i pazienti sul tema vaccinale.

Per raggiungere questi obiettivi, l'iniziativa è stata articolata in tre fasi complementari:

- una survey rivolta ai pazienti, volta a rilevare conoscenze, posizionamento e barriere percepite;
- focus group e survey che ha coinvolto le associazioni di pazienti e caregiver lombarde, finalizzati ad approfondire vissuti, percezioni e le esigenze formative rispetto all'attività di comunicazione e sensibilizzazione sul tema delle vaccinazioni;
- una raccolta di pratiche esistenti, condotta in un incontro conclusivo con le associazioni del Gruppo di Lavoro, per confrontare i risultati della survey e mettere a sistema i modelli virtuosi da diffondere (sintesi in allegato).

Questa sequenza — indagine quantitativa, approfondimento qualitativo, sintesi operativa — ha consentito di passare da una fotografia generale del fenomeno a indicazioni concrete e trasferibili, ancorate sia ai dati raccolti sia al fabbisogno formativo espresso dalle associazioni coinvolte.

Il presente documento presenta unicamente i risultati emersi dalla fase di survey, ritenuti di interesse più ampio e trasversale rispetto ai destinatari dell'iniziativa. Gli esiti dei focus group e della raccolta di best practice, pur costituendo un patrimonio informativo prezioso, hanno una valenza prevalentemente interna, orientata alla progettazione delle successive strategie comunicative e formative: la loro restituzione è stata quindi oggetto di momenti di confronto dedicati all'interno del Gruppo di Lavoro, piuttosto che di una diffusione più ampia.

LA SURVEY

PREMESSA METODOLOGICA

Il questionario - e le relative modalità di raccolta - sono stati ideati da un gruppo di lavoro composto da associazioni di pazienti e caregiver formatosi in seno al più ampio gruppo di partecipanti al progetto VaccinAzione coordinato da Fondazione The Bridge.

Una volta definito e messo online, il questionario è stato veicolato ai pazienti dal gruppo di lavoro, con il supporto di ulteriori associazioni lombarde coinvolte nella diffusione.

La compilazione, autonoma da parte dei pazienti, si è svolta tra il 26 marzo e il 30 aprile, attraverso un questionario di 28 domande rivolto ai soli pazienti residenti in Lombardia.

Le risposte raccolte sono state successivamente analizzate dal Centro Studi di Fondazione The Bridge.

I risultati presentati in questo documento vanno letti tenendo conto della natura e delle finalità della survey, che non è stata concepita né va interpretata come un'indagine statisticamente rappresentativa.

Il campione, pur numericamente consistente (192 rispondenti), non è statisticamente significativo per diversi ordini di motivi:

- il primo riguarda la numerosità stessa, non sufficiente a garantire la rappresentatività statistica della popolazione di riferimento;
- il secondo, più rilevante, riguarda la modalità di raccolta: il questionario è stato distribuito attraverso le associazioni di pazienti e caregiver partecipanti, ciascuna delle quali ha autonomamente raccolto le risposte tra i propri iscritti.

Ne consegue che la distribuzione delle patologie rappresentate nel campione non riflette in alcun modo la reale prevalenza epidemiologica delle diverse condizioni cliniche nella popolazione, ma è semplicemente il risultato della diversa capacità organizzativa e di mobilitazione di ciascuna associazione nel raccogliere questionari tra i propri pazienti.

Allo stesso modo, anche la composizione per genere ed età del campione riflette le caratteristiche delle rispettive basi associative più che quelle della popolazione generale di pazienti cronici e rari in Lombardia.

Va infine considerato che, essendo i rispondenti raggiunti tramite associazioni di pazienti, una parte del campione è verosimilmente già più informata e sensibilizzata sui temi sanitari rispetto alla media della popolazione di riferimento, in virtù del contatto continuativo con l'associazione di appartenenza — un elemento che può aver influenzato, in particolare, i risultati relativi al livello di conoscenza e alla fiducia nelle fonti informative.

Questi limiti, tuttavia, non compromettono la validità della survey rispetto al suo obiettivo originario, che non era quello di produrre stime statisticamente generalizzabili, bensì di raccogliere elementi conoscitivi — di natura qualitativa — su cosa pensano i pazienti cronici e rari riguardo alle vaccinazioni, quali siano le loro fonti di fiducia, le barriere informative percepite e gli strumenti di comunicazione ritenuti più utili.

Da questo punto di vista, l'obiettivo informativo della ricerca può considerarsi pienamente raggiunto: i risultati restituiscono un quadro ricco e internamente coerente di atteggiamenti, conoscenze e bisogni comunicativi, utile a orientare la progettazione di future iniziative di informazione e sensibilizzazione, pur non potendo essere estesi con validità statistica all'intera popolazione dei pazienti cronici e rari lombardi.

A completamento di questo lavoro si è poi proceduto a indagare i fabbisogni formativi delle associazioni partecipanti per migliorare la propria capacità comunicativa verso i pazienti sui temi delle vaccinazioni e raccogliere le iniziative già realizzate dalle stesse in ottica di confronto e circolarizzazione delle buone pratiche.

IL CAMPIONE

L'indagine ha analizzato la conoscenza e l'opinione in materia di vaccinazioni da parte di 192 pazienti lombardi affetti da patologie croniche o rare.

Il profilo demografico del campione evidenzia una prevalenza femminile (circa il 64%) e una forte concentrazione nelle fasce d'età mature, in particolare tra i 50 e i 64 anni, seguiti dal segmento 65-74 anni. La componente under 35 risulta invece quasi assente: un'evidenza in linea con il target clinico di riferimento, ma che richiede una riflessione attenta in fase di analisi dei risultati, specialmente nell'interpretazione dell'approccio alle tecnologie digitali e dei canali di accesso all'informazione scientifica.

Sotto il profilo clinico, il quadro delle patologie rappresentate è fortemente eterogeneo. Si precisa, infine, che la distribuzione dei rispondenti non risponde a una ponderazione di tipo epidemiologico, ma riflette l'efficacia e la capacità di ingaggio delle singole associazioni nel raccogliere i questionari.

Hanno preso parte alla survey 192 pazienti cronici o con malattia rara, distribuiti su tutto il territorio lombardo.

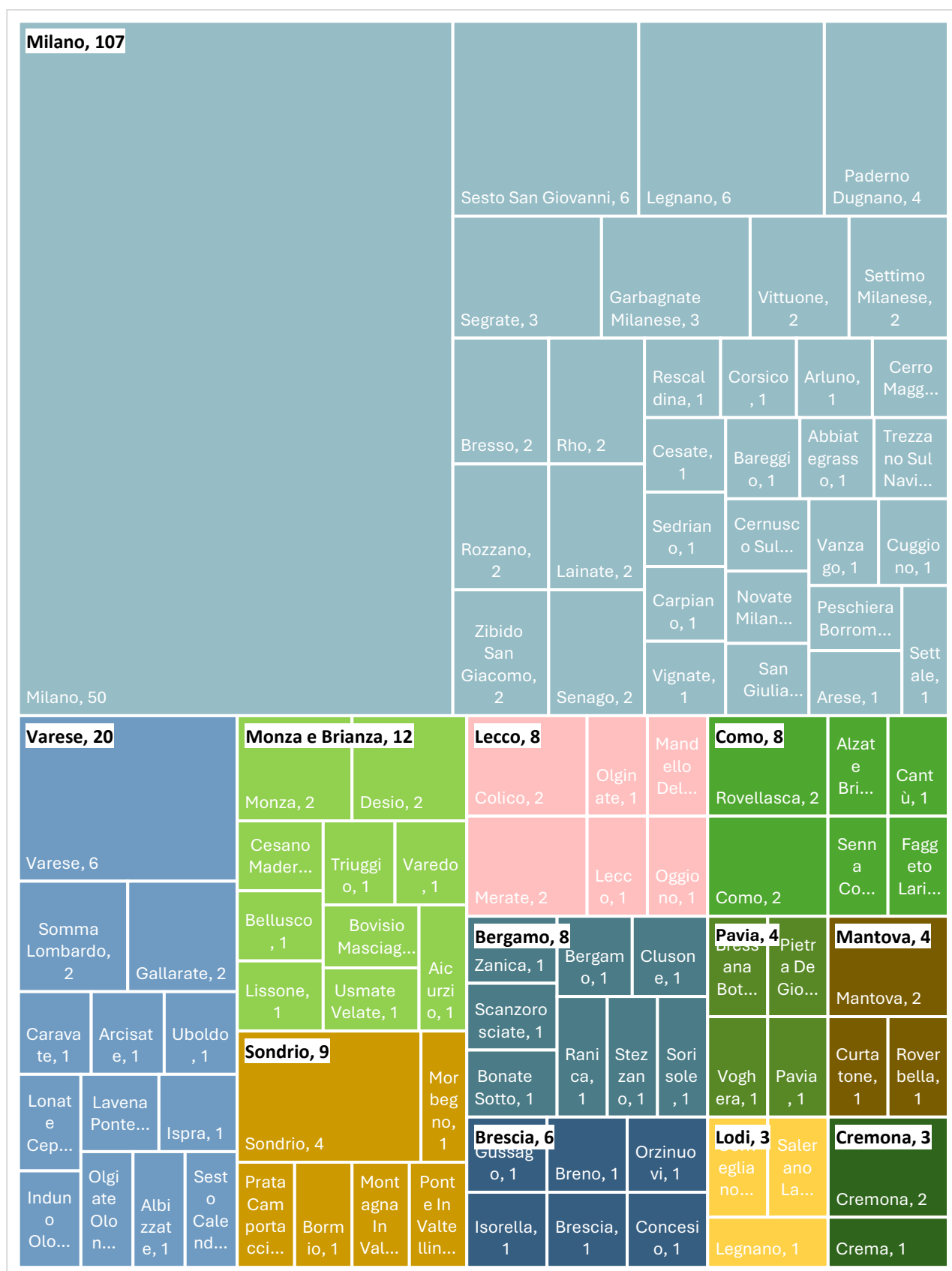


Figura 1. Provincia e Comune di residenza dei rispondenti

Il campione è prevalentemente femminile (circa il 64%) e di età adulta-anziana: la fascia più rappresentata è quella dei 50-64 anni, seguita dalla fascia 65-74. La componente più giovane — sotto i 35 anni — è quasi assente, un dato atteso considerando il profilo di patologia dei rispondenti, ma che vale la pena tenere presente nella

lettura dei risultati, soprattutto rispetto agli atteggiamenti verso il digitale e alle modalità di accesso all'informazione.

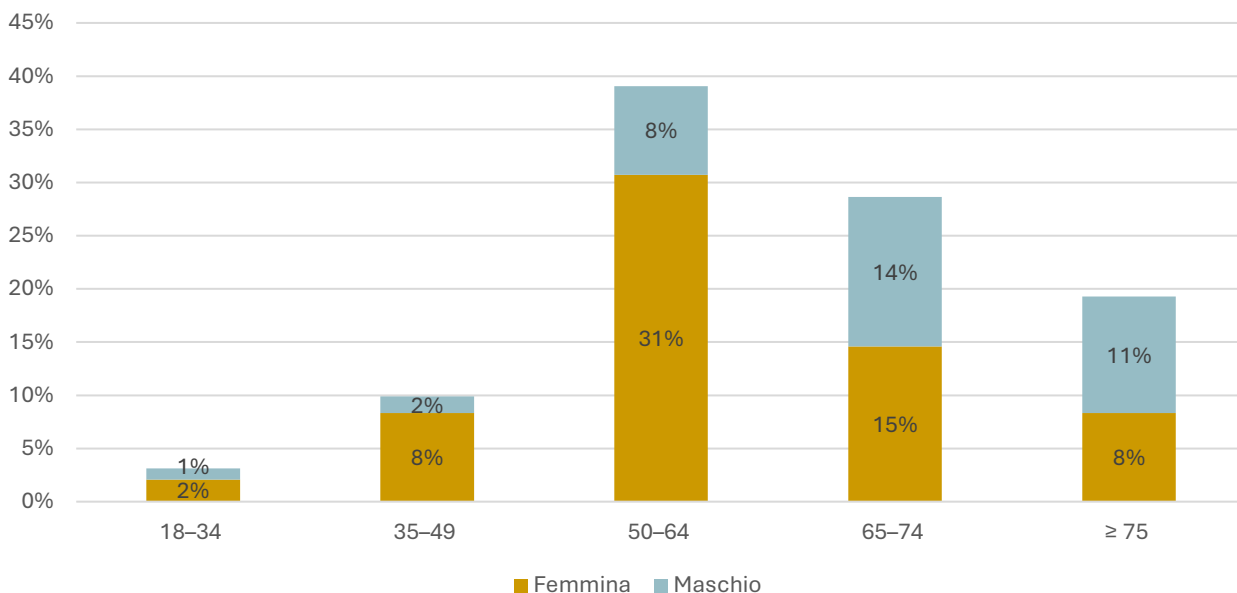


Figura 2. Campione: sesso ed età

Sul piano dell'istruzione, la maggioranza del campione (quasi il 60%) ha un diploma di scuola superiore, poco meno di un terzo una laurea triennale o magistrale, il 18% ha la licenza media, mentre i titoli post-laurea (dottorato o specializzazione) riguardano una minoranza.

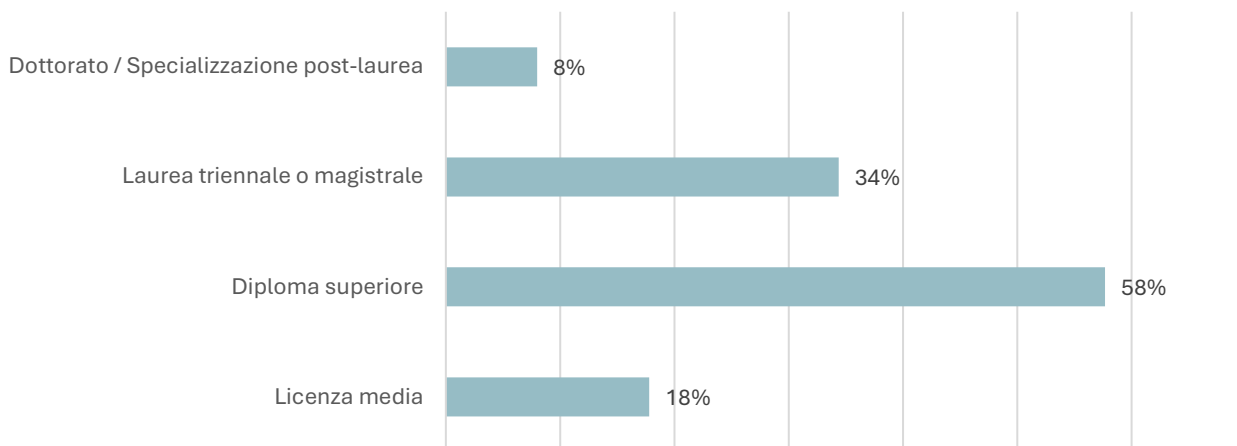


Figura 3. Campione: Livello di istruzione

Dal punto di vista lavorativo, coerentemente con l'età media, la metà dei rispondenti è in pensione (52%), mentre il 30% è rappresentato da liberi professionisti e dipendenti a tempo pieno, il 12% lavora part-time. Risultano disoccupati o inabili al lavoro il 5%, mentre le categorie dei casalinghi e degli studenti sono presenti in percentuale ridotta.

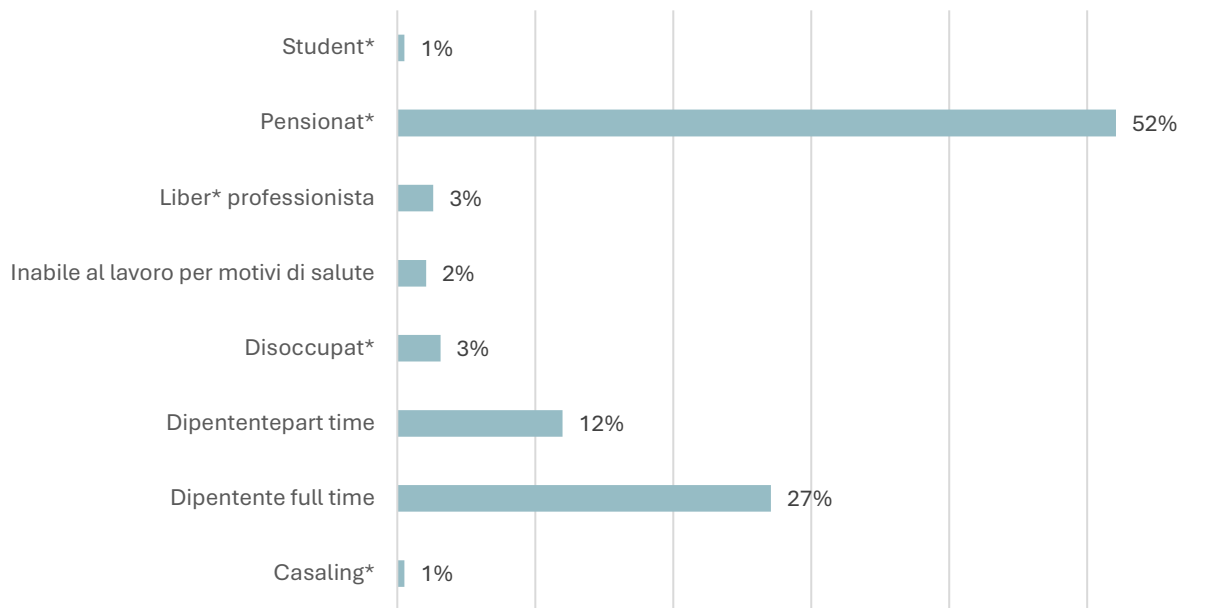


Figura 4. Campione: situazione lavorativa

Il quadro delle patologie rappresentate è eterogeneo, come atteso in un campione che raccoglie pazienti cronici e rari di diverse aree cliniche. La distribuzione fra esse non ha alcun valore campionario ponderato da dati epidemiologici, ma è il mero risultato della capacità delle singole associazioni partecipanti di raccogliere questionari.

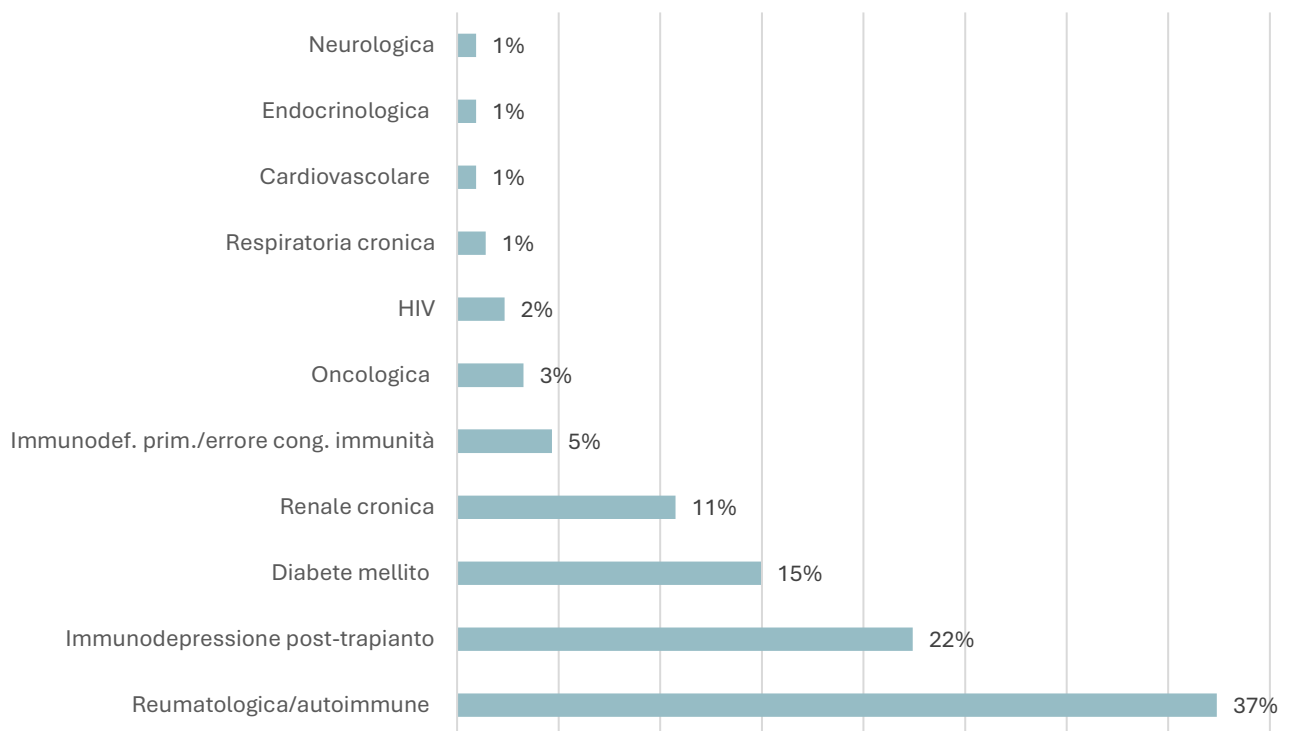


Figura 5. Campione: patologia primaria

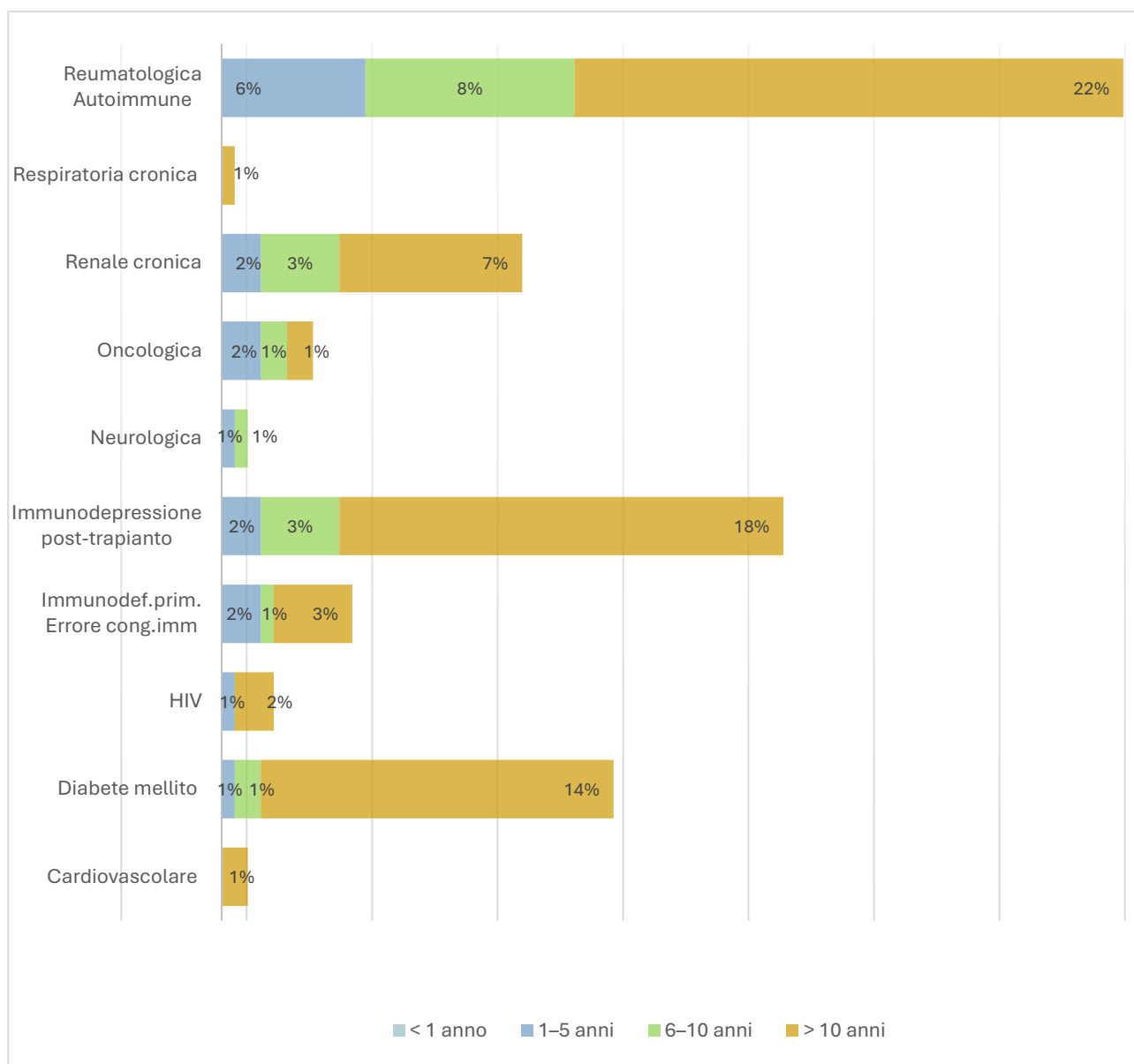


Figura 6. Campione: anni di malattia dalla diagnosi

Le condizioni reumatologiche e autoimmuni, insieme a quelle respiratorie croniche, sono le più rappresentate, con una storia di malattia spesso superiore ai 10 anni: si tratta quindi, in larga parte, di pazienti con una lunga esperienza di gestione della propria condizione, familiari con i servizi sanitari e probabilmente con un livello di health literacy mediamente più alto rispetto alla popolazione generale.

CONOSCENZE E OPINIONI

ATTEGGIAMENTO E CREDENZE

Il dato più netto della rilevazione riguarda l'atteggiamento verso le vaccinazioni: il 92% circa dei rispondenti si dichiara favorevole o molto favorevole (rispettivamente 44% e 48%), a fronte di una quota residuale di posizioni contrarie o molto contrarie che insieme non raggiunge il 3%. Il restante 5% si posiziona su un giudizio neutrale.

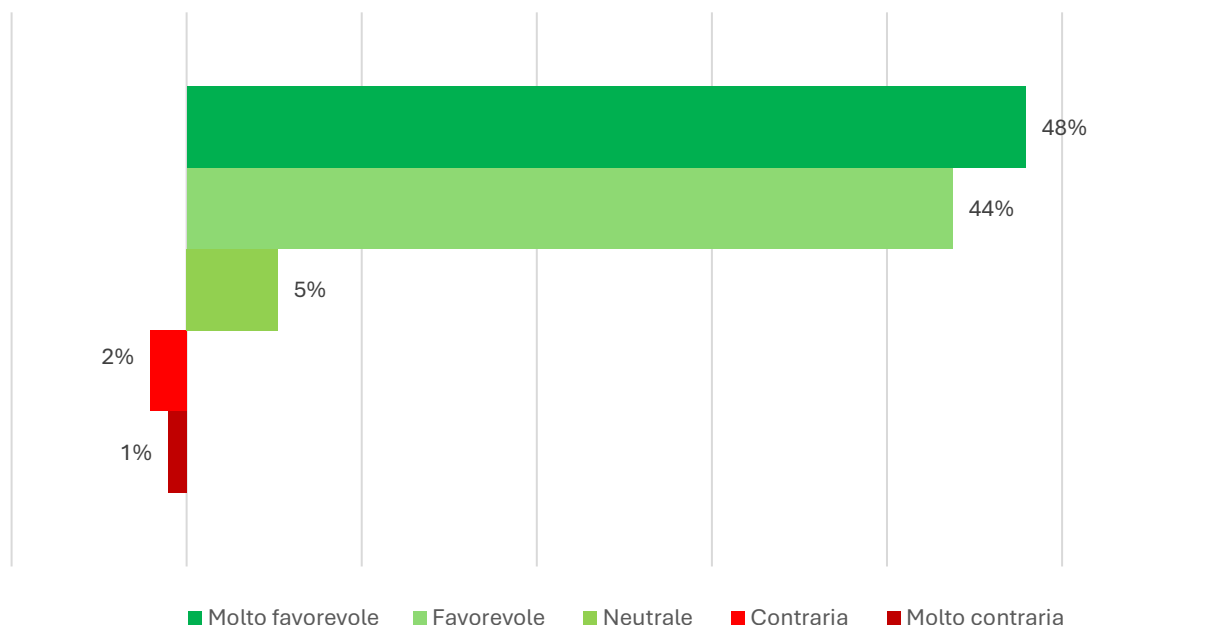


Figura 7. In generale, qual è la sua opinione sulle vaccinazioni?

Si tratta di un orientamento fortemente sbilanciato verso l'adesione vaccinale, che va probabilmente letto alla luce della composizione del campione: trattandosi in larga parte di persone con patologie croniche di lunga durata, è plausibile che l'esperienza diretta di fragilità clinica e il contatto ricorrente con il sistema sanitario e le associazioni di pazienti abbiano contribuito a consolidare una percezione positiva del valore preventivo della vaccinazione.

Si è poi approfondito il livello di accordo rispetto alle seguenti affermazioni in positivo

- Mi posso confrontare serenamente con i medici di riferimento e/o personale sanitario sul tema delle vaccinazioni
- Mi fido delle raccomandazioni vaccinali del mio medico
- Mi fido delle raccomandazioni delle autorità sanitarie (es. Ministero della Salute, OMS)
- I benefici dei vaccini superano i rischi
- Vaccinandomi proteggerò anche le persone vicine a me

e con valenza prevalentemente negativa:

- Temo gli eventi avversi delle vaccinazioni
- I vaccini possono essere pericoli per le persone con patologie/condizioni come la mia perché non vengono appositamente testati
- I vaccini contengono sostanze che possono indebolire il sistema immunitario.
- Ritengo che la mia malattia cronica/rara renda i vaccini meno efficaci per me.

Il dettaglio per singola affermazione mostra un quadro coerente, ma con alcune sfumature interessanti.

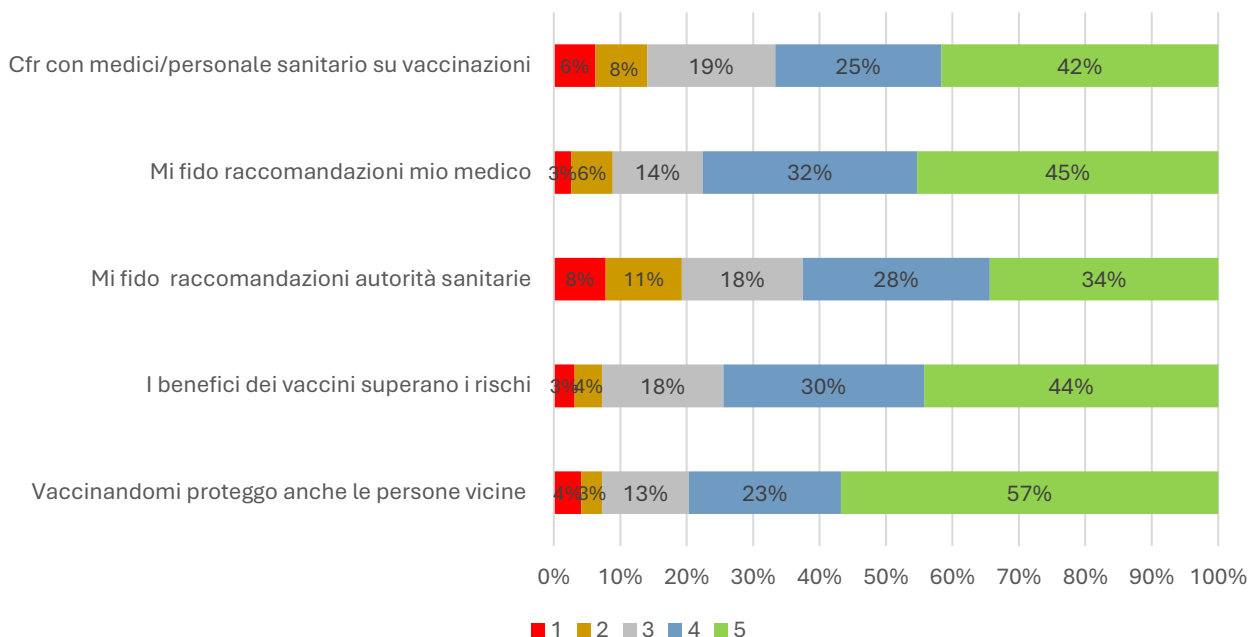


Figura 8. Livello di accordo con le affermazioni- positive (scala 1-5: 1 = Per niente d'accordo 5 = Completamente d'accordo)

Il consenso più ampio si registra sull'idea che vaccinarsi protegga anche le persone vicine (80% di accordo, punteggi 4-5), seguita dalla convinzione che i benefici dei vaccini superino i rischi (74%) e dalla fiducia nel proprio medico curante (67%). Più contenuta, e degna di nota, è invece la fiducia nelle autorità sanitarie istituzionali (Ministero della Salute, OMS), che si ferma al 62: un dato che segnala come, tra questi pazienti, il rapporto fiduciario si giochi soprattutto sul piano della relazione diretta col curante, più che su quello dell'autorità sanitaria in senso lato.

Sul fronte delle preoccupazioni, il livello di adesione alle affermazioni critiche resta nel complesso contenuto, ma non trascurabile.

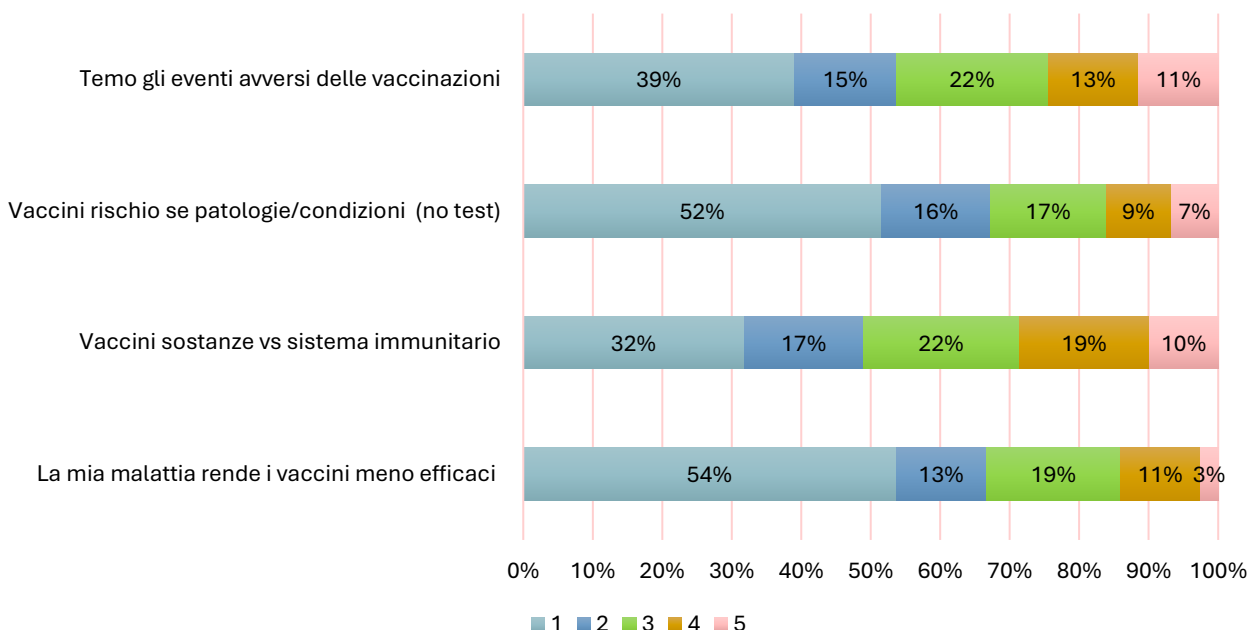


Figura 9. Livello di accordo con le affermazioni- negative (scala 1-5: 1 = Per niente d'accordo 5 = Completamente d'accordo)

L'affermazione che raccoglie più consenso tra quelle "critiche" riguarda il timore che i vaccini contengano sostanze in grado di indebolire il sistema immunitario (28,7% d'accordo, punteggi 4-5, a fronte di un 54% in disaccordo): è la convinzione più diffusa tra quelle indagate, e merita attenzione in ottica comunicativa.

Anche il timore per gli eventi avversi mostra un'adesione non marginale (24%).

Risultano invece nettamente respinte le affermazioni secondo cui la propria patologia renderebbe i vaccini meno efficaci (67% in disaccordo) o più rischiosi in assenza di test specifici (67% in disaccordo).

CONOSCENZA VACCINAZIONI RACCOMANDATE

I partecipanti al sondaggio ritengono di aver un buon libello di conoscenza relativamente alle vaccinazioni raccomandate per la loro specifica patologia, valutata con un 4, su una scala da 1 a 5.



Rispetto al livello di informazione percepito, il quadro è positivo, ma con un margine di miglioramento significativo.

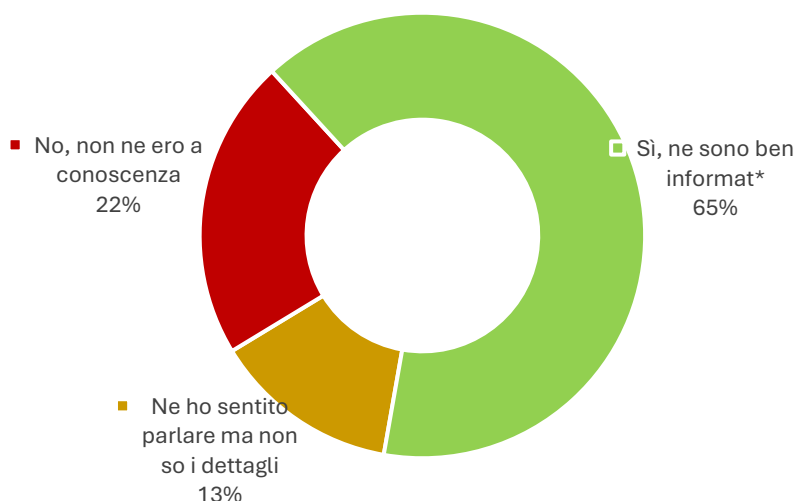


Figura 10. Ha mai sentito parlare di vaccinazioni raccomandate per la sua patologia?

Infatti, a fronte di un'ampia maggioranza dei rispondenti (65% - 124 persone) che si dichiara ben informato sulle vaccinazioni raccomandate per la propria patologia, oltre il 20% (42 persone) dichiara di non esserne affatto a conoscenza, e il 13% ne ha sentito parlare senza conoscerne i dettagli. Oltre un terzo del campione, quindi, ha una conoscenza parziale o assente su un tema che riguarda direttamente la gestione della propria condizione clinica.

Il dettaglio rispetto a quali siano, nello specifico, le vaccinazioni per i pazienti con la loro patologia cronica mostra una conoscenza molto disomogenea a seconda del vaccino considerato.

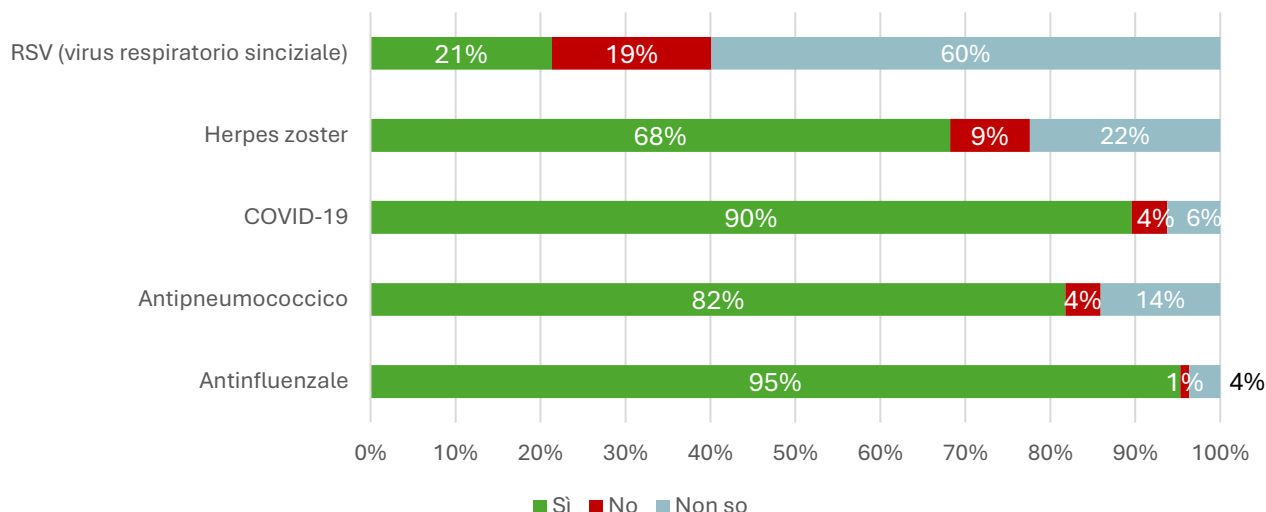
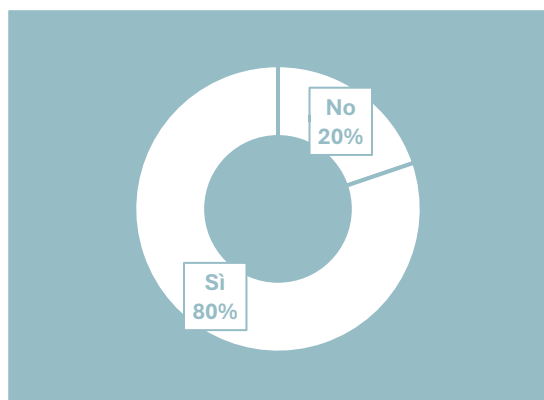


Figura 11. A sua conoscenza, quali vaccinazioni sono raccomandate per i pazienti con la sua patologia cronica?

Mentre antinfluenzale (95,3%), anti-COVID-19 (89,6%) e antipneumococcico (81,8%) sono ampiamente riconosciuti come raccomandati, la consapevolezza cala per l'herpes zoster (68,2%) e crolla per il vaccino anti-RSV, che quasi il 60% dei rispondenti dichiara di non sapere se sia raccomandato per la propria condizione: un'area di conoscenza particolarmente scoperta, verosimilmente legata alla minore diffusione mediatica e comunicativa di questo vaccino rispetto agli altri.



COMPORTAMENTO VACCINALE

Sul comportamento vaccinale effettivo, l'80% dei rispondenti (154 persone) dichiara di essersi vaccinato nell'ultimo anno, contro il 20% che non lo ha fatto.

Tra chi si è vaccinato, la copertura varia molto per tipologia.

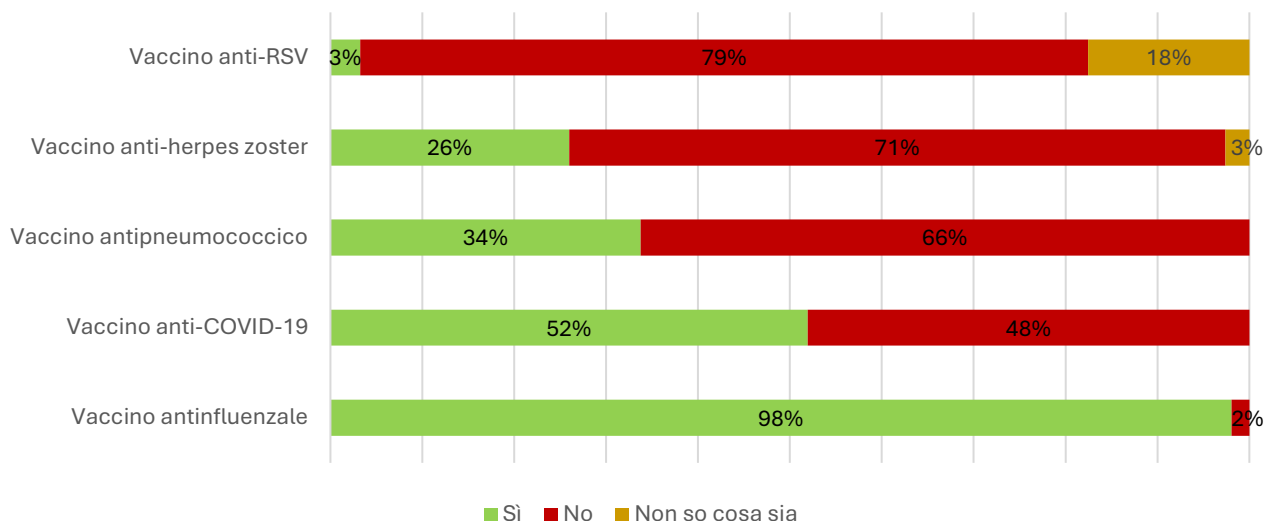


Figura 12. Negli ultimi 12 mesi, ha fatto qualche vaccinazione?

L'analisi delle risposte delle 154 persone che sino vaccinate ha evidenziato che l'antinfluenzale è pressoché universale (98%), seguita dall'anti-COVID-19 (52%), dall'antipneumococcico (33,8%) e dall'anti-herpes zoster (26%), mentre l'anti-RSV resta residuale (3,3%), coerentemente con il basso livello di conoscenza già osservato per questo vaccino.

Quasi il 20% dei rispondenti (37 persone) ha dichiarato di essersi astenuto almeno una volta da una vaccinazione consigliata.

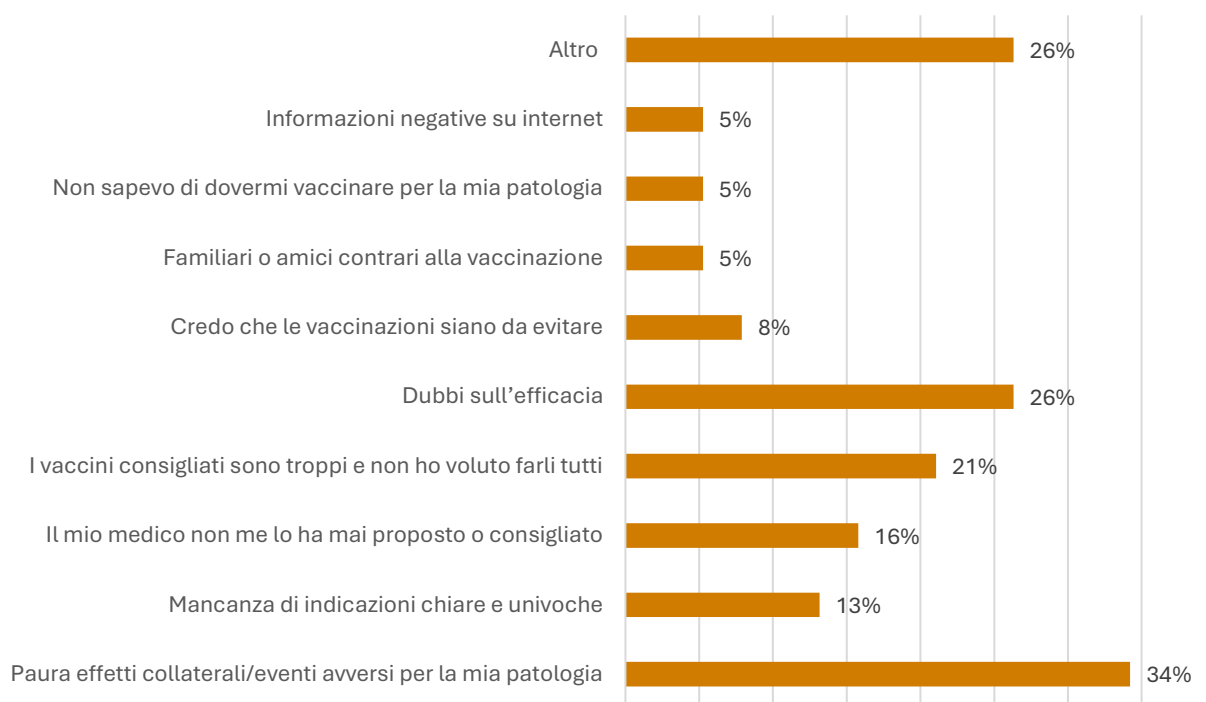


Figura 13. Motivazioni per astensione da vaccinazione

Le motivazioni più citate sono la paura degli effetti collaterali legati alla propria patologia (34%) e i dubbi sull'efficacia (26%), seguite dall'eccessivo numero di vaccini consigliati (21%).

I commenti aperti aggiungono elementi utili: alcuni casi di effetti indesiderati vissuti in prima persona (in particolare col vaccino anti-COVID), ma anche risposte più legate a fattori organizzativi come dimenticanza o mancanza di tempo — segnale che non tutta la mancata adesione è riconducibile a scetticismo, ma in parte anche a barriere pratiche.

FONTI DI INFORMAZIONE: USO E FIDUCIA

Due domande della survey hanno permesso di ricostruire un quadro coerente rispetto al ruolo delle diverse fonti informative nel percorso vaccinale dei pazienti: quali canali sono stati effettivamente utilizzati per ricevere informazioni e quanto ciascuna fonte sia ritenuta affidabile. Lette insieme, le due domande convergono su un'unica gerarchia di fiducia.

Il canale nettamente prevalente attraverso cui i pazienti hanno ricevuto informazioni è lo specialista di riferimento (73%), seguito a distanza dal medico di medicina generale (29%).

Le associazioni di pazienti si collocano al terzo posto (22%), superando le fonti ufficiali istituzionali (18%) e ampiamente internet/social (8%): un dato che, letto insieme alla preferenza espressa per le associazioni come fonte informativa futura (si veda figure 17, 18, 19), conferma il ruolo di credibilità e prossimità che queste realtà già oggi svolgono nel percorso informativo dei pazienti, non solo in prospettiva.

Tutti gli altri canali — materiali in ospedale/farmacia, radio/TV, infermiere o altro operatore sanitario, familiari o amici, farmacista, materiali in luoghi non sanitari — restano marginali, tutti sotto il 10%.

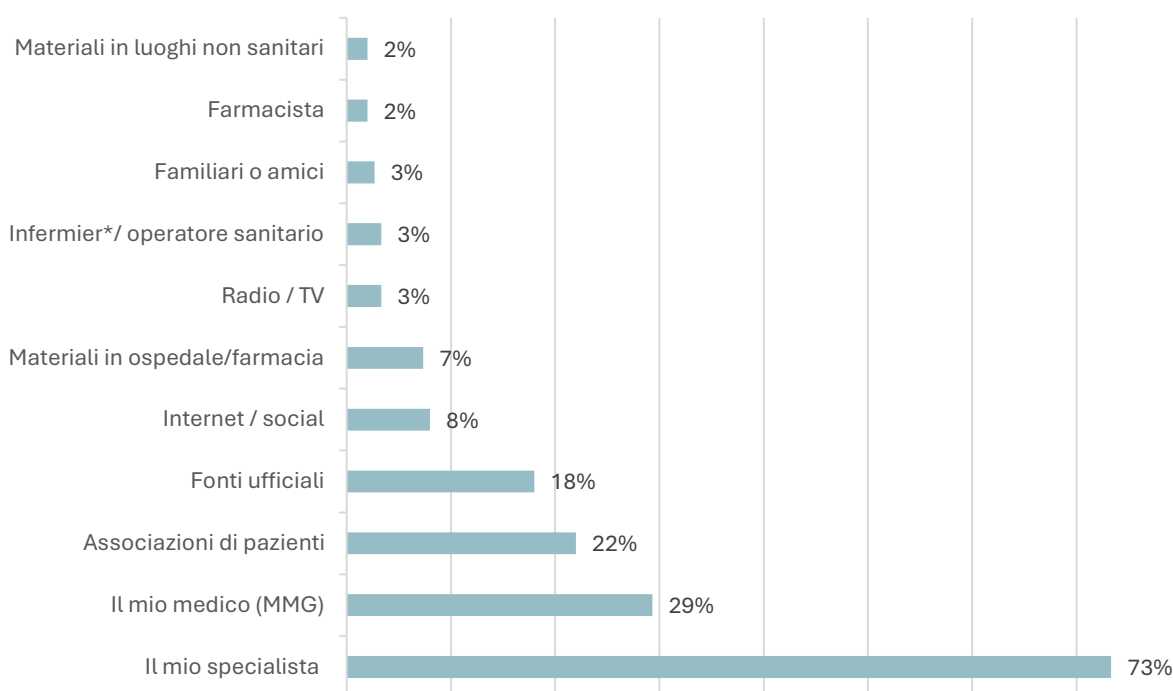


Figura 14. Come ha avuto le informazioni sulle vaccinazioni raccomandate per la sua patologia? (più risposte)

Il quadro conferma, anche su questo fronte, la centralità della relazione diretta con il personale sanitario di riferimento (specialista e MMG insieme raggiungono il 100%, trattandosi di risposta multipla) rispetto a canali informativi più generalisti o mediati.

Il grado di fiducia dichiarato per ciascuna fonte conferma, con ancora più nettezza, la stessa gerarchia.

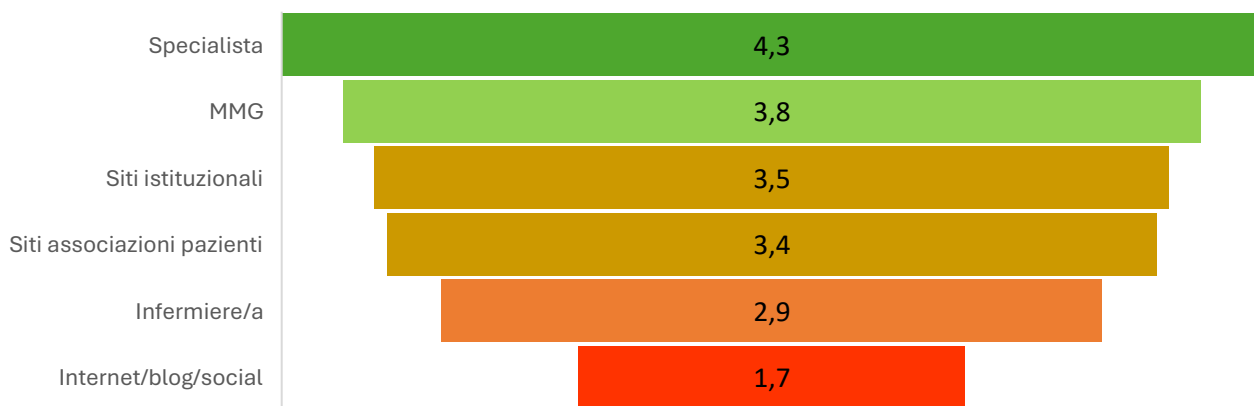


Figura 15. Livello di fiducia nelle diverse fonti (scala 1-5)

Lo specialista di riferimento raccoglie il punteggio di fiducia più alto (4,3 su 5), seguito dal medico di medicina generale (3,8).

Seguono, a un livello di fiducia intermedio e sostanzialmente equivalente tra loro, i siti istituzionali (3,5) e i siti delle associazioni di pazienti (3,4) — un dato che vale la pena sottolineare: la fiducia nei contenuti online delle associazioni di pazienti è pressoché allineata a quella nei siti istituzionali, pur trattandosi di un canale gestito da soggetti del Terzo settore piuttosto che dalle autorità sanitarie.

Il livello di fiducia scende sensibilmente per l'infermiere/a (2,9) e crolla per internet/blog/social (1,7), che risulta la fonte meno affidabile in assoluto — un dato coerente con quanto osservato emerge dalla prossima domanda relativa agli ostacoli informativi, tra cui "troppe fonti contrastanti" è una delle principali cause di difficoltà nel reperire informazioni chiare.

Sulla difficoltà di reperire informazioni chiare, ben il 42% dei rispondenti dichiara di aver incontrato ostacoli, spesso (9%) o talvolta (33%), a fronte di un 58% che non ne ha riscontrati.

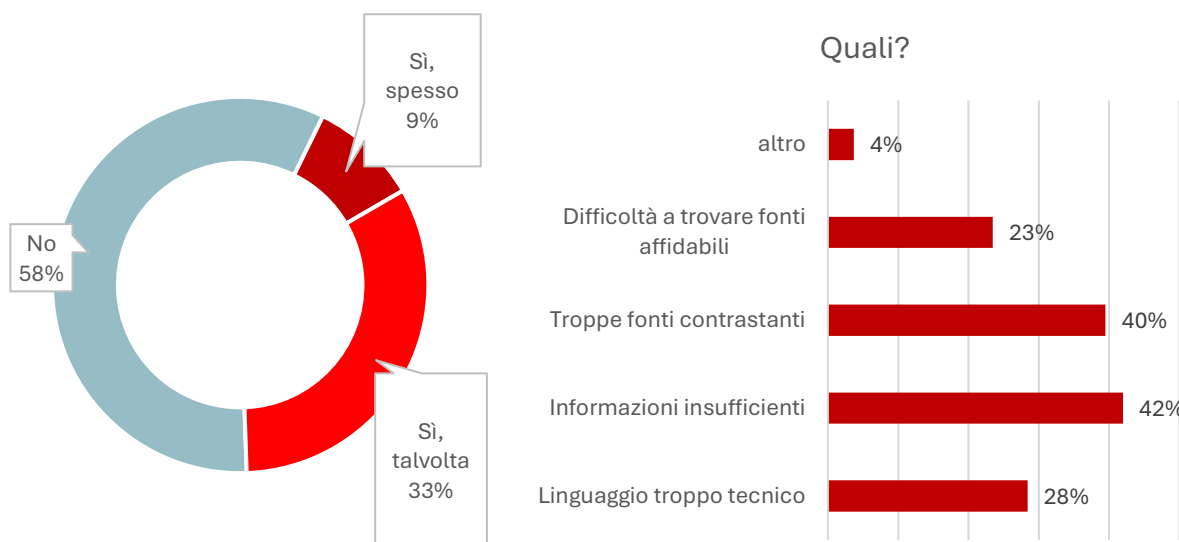


Figura 16. Ha avuto difficoltà a trovare informazioni chiare e complete sui vaccini? Quali?

Tra chi ha avuto difficoltà, le cause principali indicate sono le informazioni insufficienti (42%) e la presenza di troppe fonti contrastanti (40%), seguite dal linguaggio troppo tecnico (28%). I commenti aperti raccolti in questa domanda restituiscono anche narrazioni più cariche dal punto di vista emotivo — riferimenti a presunti danni subiti dal vaccino anti-COVID — che segnalano la persistenza, seppur in una minoranza molto limitata del campione, di convinzioni di sfiducia radicate legate a esperienze vissute come negative.

In sintesi, le due domande restituiscono un pattern coerente: la fiducia e l'uso effettivo si concentrano sulla relazione clinica diretta (specialista, MMG), mentre i canali "mediati" — istituzionali e associativi — occupano una fascia di fiducia intermedia ma solida, nettamente superiore al web generalista. Le associazioni di pazienti, in particolare, emergono già in questa fase come un attore informativo di peso reale e non solo percepito, con un livello di fiducia comparabile a quello dei canali istituzionali — un pattern che, come vedremo, trova conferma anche nelle preferenze espresse dai pazienti per i canali informativi futuri.

CONSIGLI PER IL FUTURO: COME MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE, SETTING E MODALITÀ VACCINALE

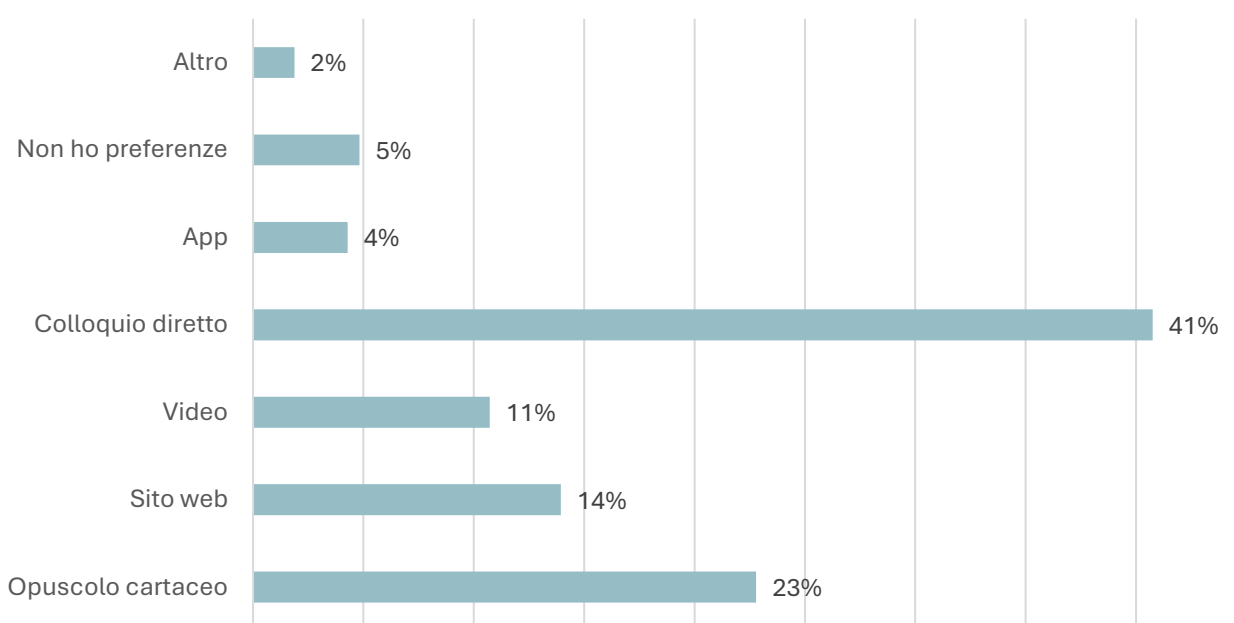


Figura 17. A suo parere, quale tipo di comunicazione sarebbe più utile per parlare di vaccinazioni? (più risposte possibili)

Rispetto ai formati comunicativi ritenuti più utili, il colloquio diretto con un clinico è la modalità nettamente preferita (41%), a conferma della centralità della relazione personale già emersa in precedenza.

Seguono l'opuscolo cartaceo (23%) e il sito web (14%), mentre app e altri strumenti digitali restano marginali (4%). Va tuttavia considerato che questa preferenza va letta alla luce della composizione anagrafica del campione, in cui le fasce d'età più adulte e anziane (50-64 e 65-74 anni) risultano nettamente prevalenti: la scarsa propensione verso strumenti digitali come le app non è necessariamente rappresentativa delle preferenze comunicative dei pazienti cronici e rari nel loro complesso, ma riflette in parte le abitudini informative tipiche del profilo anagrafico qui rappresentato.

Tra i suggerimenti aperti compaiono anche il confronto con altri pazienti e la lettera a casa, elementi che rafforzano l'idea di una preferenza per canali informativi personalizzati e non anonimi.

Coerentemente con quanto già emerso, la fonte informativa che viene considerata più desiderabile riguarda gli operatori sanitari.

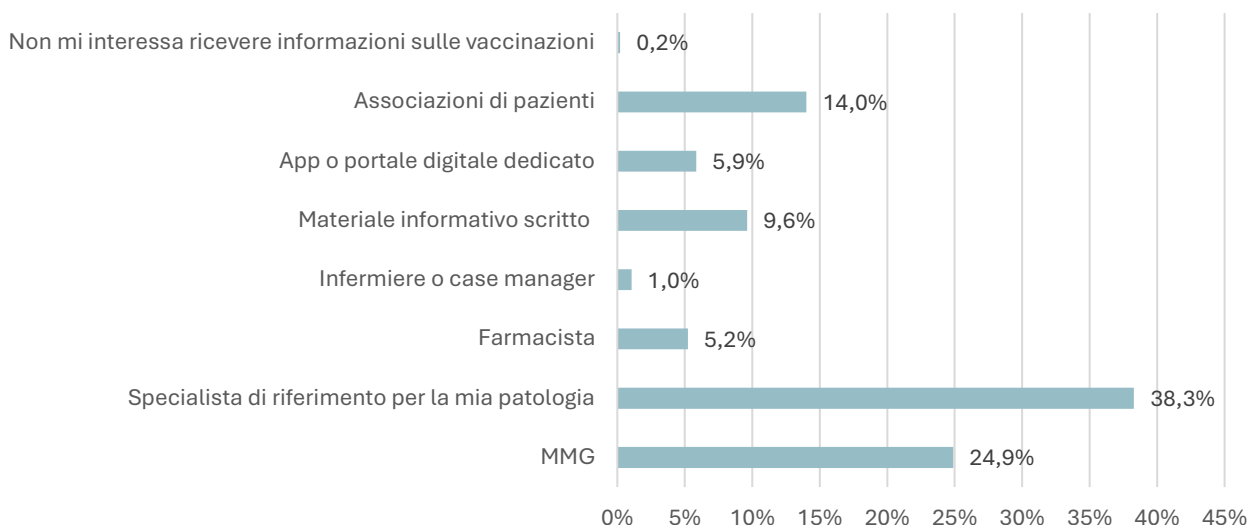


Figura 18. Da chi vorrebbe ricevere informazioni sulle vaccinazioni? (più risposte possibili)

Infatti, il vettore di fonte informativa preferita risulta essere lo specialista di riferimento per la patologia (38%), seguito dal MMG (25%) e dalle associazioni di pazienti (14%).

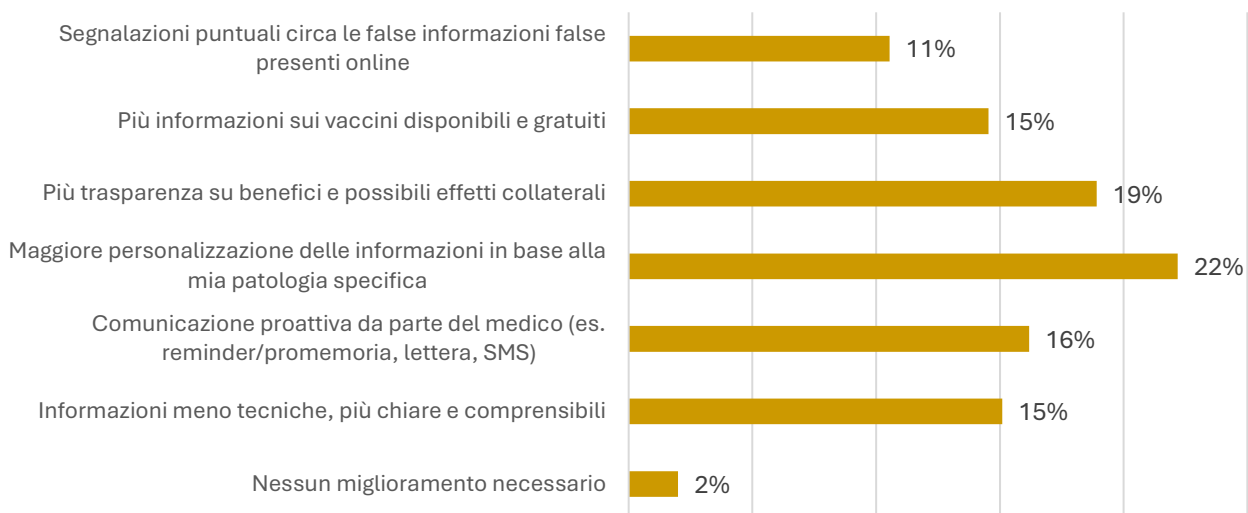
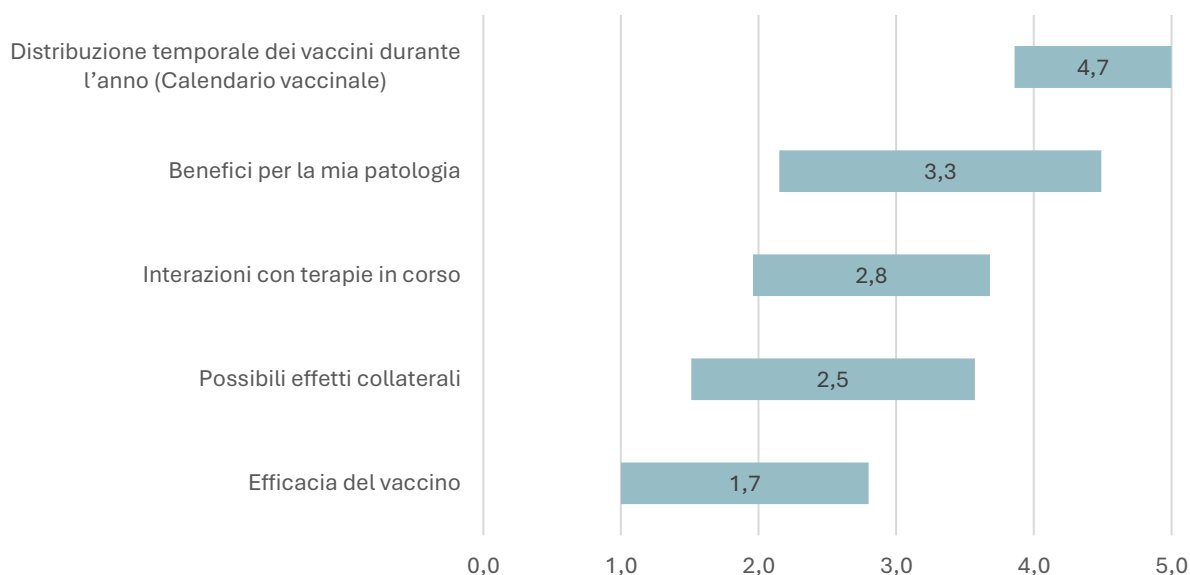


Figura 19. Cosa migliorerebbe nella comunicazione sui vaccini da parte del sistema sanitario? (più risposte)

Infine, sulle richieste di miglioramento della comunicazione sanitaria, la priorità più sentita è la maggiore personalizzazione delle informazioni in base alla propria patologia specifica (22%), seguita dalla richiesta di maggiore trasparenza su benefici ed effetti collaterali (19%) e da una comunicazione più proattiva, con reminder e promemoria (16%). Solo il 2% ritiene che non siano necessari miglioramenti.

Nella stessa ottica di miglioramento della comunicazione futura, si è chiesto quali ritengono essere le informazioni più rilevanti da avere prima di vaccinarsi.

Verificando quali siano le informazioni ritenute fondamentali, l'analisi ha evidenziato che prima di vaccinarsi, i rispondenti vogliono capire se il vaccino funziona e se è sicuro rispetto alla propria condizione clinica specifica — efficacia, effetti collaterali e interazioni con le terapie in corso occupano insieme le prime tre posizioni — mentre gli aspetti più operativi, come il calendario vaccinale, passano in secondo piano rispetto alla componente clinica della decisione. Anche l'informazione sui benefici specifici per la propria patologia, pur importante, risulta meno urgente delle informazioni relative alla sicurezza del vaccino in sé: un'indicazione utile per orientare i contenuti di eventuale materiale informativo, che dovrebbe dare priorità alla componente di rassicurazione clinica rispetto a quella puramente organizzativa.



Graduatoria

1. Efficacia
2. Effetti collaterali
3. Interazioni terapia
4. Benefici specifici
5. Calendario

Figura 20. Qual ora volesse vaccinarsi, quali informazioni ritiene fondamentale avere prima? Indichi l'ordine di importanza da 1 (più importante) a 5 (meno importante)

Infatti, i pazienti attribuiscono la priorità più alta all'efficacia del vaccino (punteggio medio 1,7, il più basso e quindi il più prioritario nella scala di importanza), seguita dai possibili effetti collaterali (2,5) e dalle interazioni con le terapie in corso (2,8). I benefici specifici per la propria patologia si collocano al quarto posto (3,2), mentre il calendario vaccinale — cioè le indicazioni pratiche su tempistica e scadenze — risulta l'informazione meno prioritaria (4,7).

Rispetto ai setting vaccinali, si è chiesto innanzitutto quali modalità di accesso alla vaccinazione siano ritenute più comode.

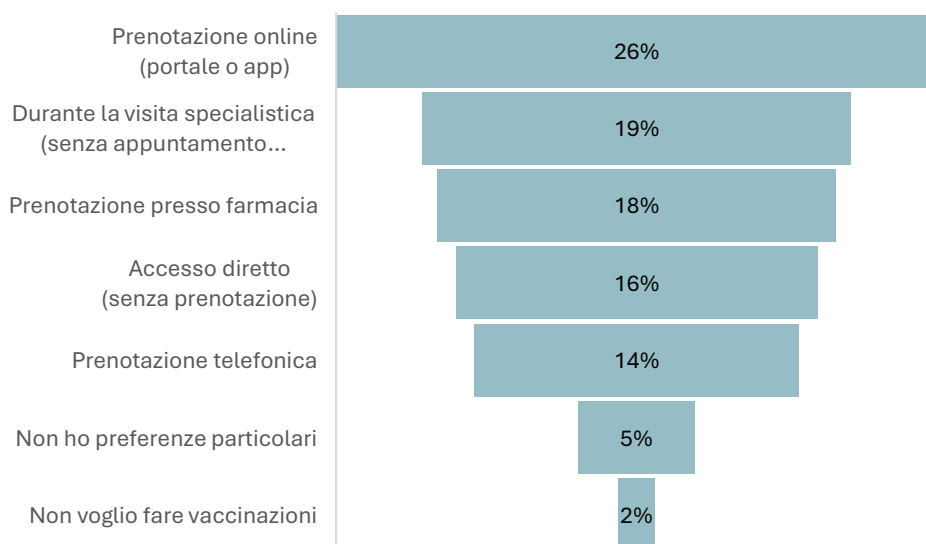


Figura 21. Qualora volesse vaccinarsi, quali modalità di accesso alla vaccinazione troverebbe più comoda? (più risposte)

Tra le diverse modalità di accesso proposte, la prenotazione online tramite portale o app risulta la più gradita (26%), seguita dalla possibilità di vaccinarsi durante una visita specialistica già programmata, senza necessità di un appuntamento separato (19%), e dalla prenotazione presso la farmacia (18%). Accesso diretto senza prenotazione (16%) e prenotazione telefonica (14%) chiudono le opzioni con un peso significativo, mentre solo il 5% dichiara di non avere preferenze particolari e appena il 2% ribadisce di non voler fare vaccinazioni, in linea con quanto già osservato nelle altre domande sull'atteggiamento generale verso la vaccinazione.

Il dato sulla prenotazione online merita una lettura attenta alla luce di quanto emerso all'inizio di questo paragrafo (figura 17), dove gli strumenti digitali come le app erano risultati marginali (4,3%) come canale per ricevere informazioni sulle vaccinazioni. I due risultati non sono in contraddizione: la preferenza digitale qui riguarda la componente puramente transazionale — prenotare in modo rapido e autonomo — mentre la preferenza per il colloquio diretto riguardava la componente informativa e relazionale, dove il rapporto con lo specialista resta centrale. In altre parole, i pazienti sembrano distinguere chiaramente tra "dove mi informo" (prevalentemente lo specialista) e "come prenoto" (prevalentemente online): un'indicazione utile per chi debba progettare un servizio, che dovrebbe offrire un canale digitale efficiente per la prenotazione senza dover sostituire la relazione clinica diretta come fonte informativa.

L'opzione "durante la visita specialistica, senza appuntamento separato" (19%) viene confermato da un pattern rispetto al luogo di vaccinazione (vd. Figura seguente, n.22): la preferenza per integrare la vaccinazione in un percorso di cura già programmato, riducendo il numero di accessi separati alle strutture sanitarie.

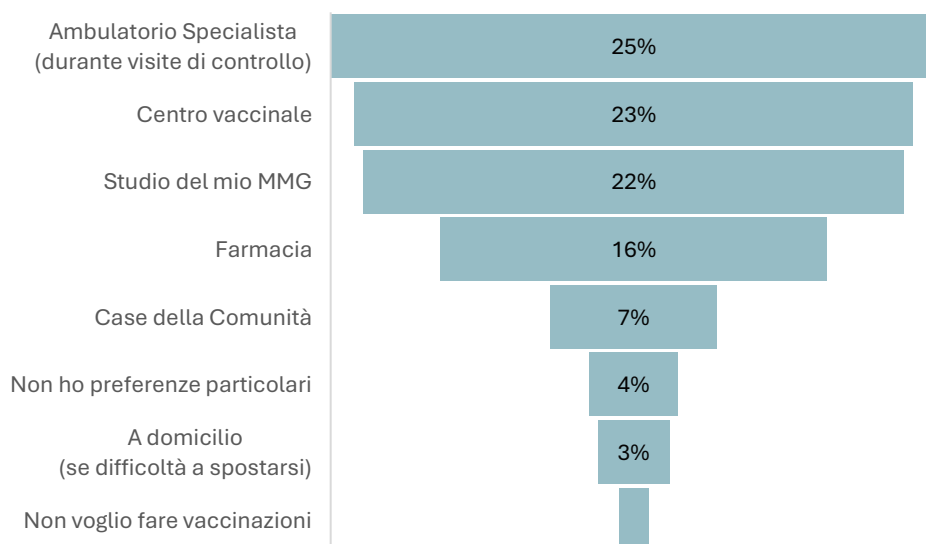


Figura 22. Qualora volesse vaccinarsi, ove preferirebbe effettuare le vaccinazioni? (più risposte)

Le preferenze sul luogo di vaccinazione risultano piuttosto distribuite tra i contesti sanitari più tradizionali: l'ospedale/ambulatorio in occasione di una visita specialistica già programmata è l'opzione più scelta (25%), seguita a breve distanza dal centro vaccinale dedicato (23%) e dallo studio del proprio medico di medicina generale (22%). Insieme, queste tre opzioni raccolgono il 70% delle preferenze, confermando la propensione già osservata nelle sezioni precedenti verso contesti di cura conosciuti e legati alla relazione clinica diretta, piuttosto che verso soluzioni più decentrate o alternative.

La farmacia si colloca al quarto posto (16%), mentre le Case della Comunità restano un'opzione ancora marginale (7%) — un dato che, in un momento in cui questo modello è oggetto di forte investimento nella riorganizzazione dei servizi territoriali lombardi, segnala una ancora scarsa familiarità dei pazienti verso questo nuovo assetto, almeno per quanto riguarda la vaccinazione.

La vaccinazione a domicilio, pur risultando residuale nel complesso (3%), rappresenta comunque un'opzione rilevante per la quota di pazienti con difficoltà a spostarsi, per i quali può costituire una leva di accesso significativa nonostante il peso ridotto sul totale del campione. Solo l'1% dichiara di non voler fare vaccinazioni, in linea con l'atteggiamento largamente favorevole già osservato.

Letta insieme agli elementi informativi ritenuti fondamentali, questa domanda completa il quadro sulle condizioni che i pazienti ritengono necessarie per vaccinarsi: da un lato la necessità di rassicurazione clinica su efficacia e sicurezza (figura 20), dall'altro la preferenza per un contesto di erogazione familiare e integrato nel proprio percorso di cura, piuttosto che in luoghi dedicati o alternativi.

Infine, si sono indagati gli orari che potrebbero facilitare la disponibilità a vaccinarsi.

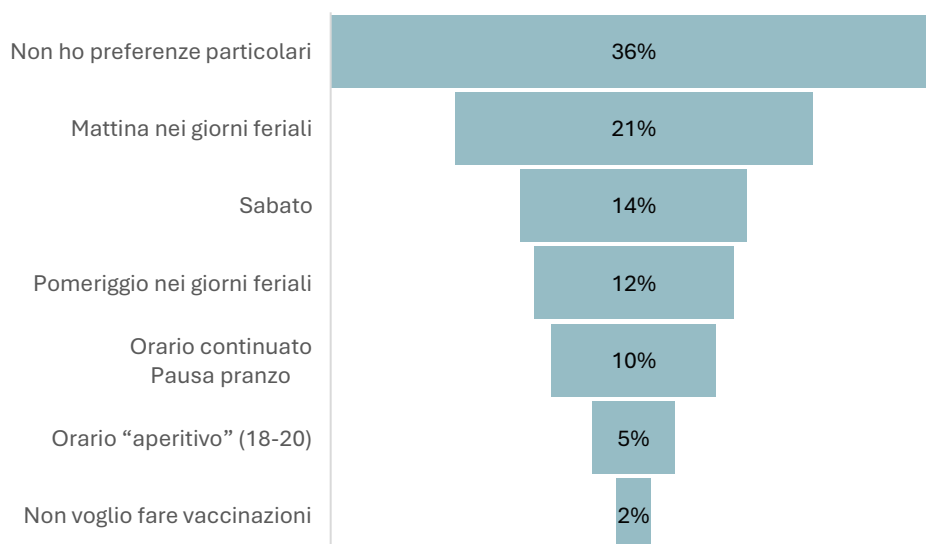


Figura 23. Qualora volesse vaccinarsi, quali orari di disponibilità faciliterebbero la sua vaccinazione? (più risposte)

La risposta più diffusa è la mancanza di preferenze particolari sull'orario (36%), il dato singolo più alto tra le tre domande su modalità, luogo e orario di accesso: un'indicazione che, per una quota rilevante di pazienti, l'orario in sé non rappresenta una barriera reale, probabilmente anche in ragione del profilo anagrafico del campione (età adulta-anziana, quota consistente di pensionati), meno vincolato da orari lavorativi rigidi.

Tra chi esprime una preferenza, la mattina nei giorni feriali è nettamente l'opzione più richiesta (21%), seguita dal sabato (14%) e dal pomeriggio nei giorni feriali (12%). L'orario continuato/pausa pranzo (10%) e l'orario "aperitivo" 18-20 (5%) raccolgono un interesse più contenuto, mentre solo il 2% ribadisce di non voler fare vaccinazioni, coerentemente con le altre domande della sezione.

Letta insieme alle precedenti, questa domanda completa il quadro delle condizioni pratiche che faciliterebbero l'accesso alla vaccinazione: un luogo integrato nel percorso di cura abituale, una modalità di prenotazione rapida e digitale e — in misura minore, ma comunque rilevante per una minoranza del campione — una fascia oraria mattutina nei giorni feriali o, in alternativa, il sabato. Nel complesso, l'orario risulta la barriera meno sentita delle tre, mentre luogo e modalità di accesso sembrano pesare maggiormente sulla comodità percepita.

ALLEGATO: SINTESI DELLE ESPERIENZE E DELLE PRATICHE RACCOLTE

AIP – Associazione Immunodeficienze Primitive APS	
Area patologia	Immunodeficienze primitive (errori congeniti dell'immunità)
Stato progetto	In corso
Ambito territoriale	Nazionale
Sintesi progetto	Iniziative di advocacy, sensibilizzazione e ricerca sulla vaccinazione delle persone con immunodeficienza primitiva, sviluppate con la comunità clinico-scientifica e con altre associazioni di pazienti.
Attività	• Partecipazione a UniVax Day¹ Partendo dalle esigenze di sicurezza delle persone con immunodeficienza nei contesti di vita quotidiana (sociali, lavorativi, scolastici), l'associazione ha promosso il concetto di vaccinazione di comunità: vaccinare la popolazione generale per proteggere indirettamente i più fragili. Per l'occasione sono stati prodotti materiali di comunicazione dedicati agli studenti. • Manifesto sulle vaccinazioni Redatto con società scientifiche e reti cliniche (tra cui AIEOP, IPnet e la neonata società Immunità), classifica ciascun vaccino del calendario nazionale come indicato, non indicato, controindicato o da valutare con lo specialista, ribadendo la necessità di una valutazione medica personalizzata. Il Manifesto è poi confluito nella campagna interassociativa "Tu per Noi, il valore solidale della vaccinazione", con associazioni di pazienti con diabete, BPCO, patologie renali e tumori del sangue, per promuovere la vaccinazione come strumento di protezione collettiva. La campagna si è conclusa con un evento a Roma, con la partecipazione di rappresentanti istituzionali, medicina generale, pediatria di libera scelta e farmacie. • Indagine sull'esitazione vaccinale Survey condotta con la comunità medico-scientifica su barriere e motivazioni della rinuncia alla vaccinazione. • Attività di Advocacy e awareness sul tema della vaccinazione dei pazienti con Immunodeficienza Primitiva. Produzione di materiali e video informativi dedicati, realizzati con il supporto scientifico di clinici; evento politico-istituzionale di posizionamento in chiave multi-associativa con associazioni di persone con diabete, patologie oncologiche e renali.

AEL ODV – Associazione Emoglobinopatie Lombardia	
Area patologia	Emoglobinopatie (anemie gravi, anche trasfusione-dipendenti)
Stato progetto	Concluso
Ambito territoriale	Milano e Lombardia
Sintesi progetto	<i>Contesto: Le persone con emoglobinopatia non sono immunocompromesse in senso primario, ma possono sviluppare compromissioni immunitarie secondarie: l'immunità di comunità e le campagne vaccinali sono quindi rilevanti anche per loro. L'associazione osserva però un'adesione vaccinale sovrapponibile a quella della popolazione generale e una percezione del</i>

¹ UniVax Day, iniziativa educativa nazionale promossa dalla SIICA per gli studenti universitari. Si svolge in contemporanea in circa 20 atenei, di norma all'inizio di febbraio.

	<i>rischio inferiore rispetto ad altre comunità di pazienti, come quella delle immunodeficienze primitive.</i> Progettazione campagna di comunicazione
Attività	Comunicazione esterna Rivolta alla popolazione generale, per promuovere la vaccinazione come tutela dei soggetti fragili. Partecipazione a eventi terzi, come ad esempio UniVax Day Comunicazione interna Informazione capillare ai propri pazienti per contrastare la disinformazione e colmare le lacune conoscitive, valorizzando i pazienti esperti e i membri più attivi dell'associazione. Produzione e diffusione di materiali dedicati.

ALOMAR ODV – Associazione Lombarda Malattie Reumatologiche	
Area patologia	Malattie reumatologiche
Stato progetto	Concluso (2024–2025)
Ambito territoriale	Milano e online
Sintesi progetto	Progetto "Vaccinarsi per prendersi cura", per informare e sensibilizzare le persone con malattia reumatologica sulle vaccinazioni raccomandate
Attività	Podcast Tre puntate con interviste a esperti. Webinar Incontro con specialisti: 50 partecipanti in diretta su Facebook e oltre 170 visualizzazioni su YouTube. Open day vaccinale Milano (c/o Casa di Comunità Villa Marelli, Niguarda): 25 pazienti hanno ricevuto counseling e vaccinazioni mirate. Convegno Organizzazione di un convegno regionale.

LILA Milano	
Area patologia	HIV; popolazione detenuta
Stato progetto	Concluso
Ambito territoriale	Casa Circondariale di San Vittore (Milano)
Sintesi progetto	Progetto pilota di counseling informativo e orientamento alla vaccinazione in carcere, in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'istituto. Il progetto ha rilanciato una precedente iniziativa basata sulla sola distribuzione di volantini in più lingue, che non aveva prodotto i risultati attesi.
Attività	Intervento: Un gruppo di volontari dedicato ha condotto incontri informativi di gruppo con detenuti e detenute; i medici hanno somministrato i vaccini direttamente nei reparti, in modalità itinerante. Risultati: In sei mesi le vaccinazioni eseguite sono passate da circa 700 a oltre 7.000. Evidenze emerse: Necessità di monitorare i richiami in carcere (ad esempio per l'epatite B), dal momento che sono stati riscontrati detenuti privi di copertura anticorpale nonostante una precedente vaccinazione. Importanza di raggiungere anche gli adulti mai vaccinati.

A.N.E.D. Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e Trapianto Onlus	
Area patologia	nefrologia
Ambito territoriale	nazionale
Esempio di materiale prodotto	 MALATTIA RENALE CRONICA E VACCINAZIONI Se sei una persona con malattia renale cronica, in dialisi o trapiantata di rene, vaccinarti è uno dei modi più efficaci per proteggere la tua salute. Questo opuscolo spiega, in modo semplice, perché i vaccini sono particolarmente importanti per te e quali sono quelli consigliati. A cura di: Maurizio Gallieni, Rony Gingis, Gianmarco Sabiu, Sudwaro Sharma, Catia Bortello. UO Nefrologia-Dialisi, Dipartimento Funzionale Interaziendale di Prevenzione Città di Milano, SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive - Centro Regionale Vaccinazioni, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano; Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche, Università di Milano.  COSA SIGNIFICA VACCINARSI? Un vaccino contiene una piccola parte di un virus o di un batterio, resa innocua, oppure una sua versione indebolita o inattivata. Questo permette al sistema immunitario di "imparare" a riconoscere quel microrganismo senza ammalarsi. Se in futuro incontrerai davvero quel virus o batterio, il tuo corpo saprà già come difendersi in modo rapido ed efficace. PERCHÉ I PAZIENTI NEFROPATICI SONO PIÙ A RISCHIO DI INFEZIONI La malattia renale cronica non colpisce solo i reni: modifica anche il funzionamento del sistema immunitario. Con la riduzione della funzione renale si accumulano nel sangue sostanze di scarto (tossine uremiche) che alterano il lavoro dei globuli bianchi, le cellule che ci difendono dalle infezioni. Per questo le persone con malattia renale cronica hanno naturalmente una risposta immunitaria più debole rispetto alla popolazione generale, anche prima di iniziare la dialisi. La dialisi aggiunge altri fattori di rischio: la seduta stessa comporta un contatto ripetuto del sangue con materiali esterni, l'accesso vascolare (fistola o catetere) può essere una porta d'ingresso per i batteri, e il tempo trascorso nei centri dialisi aumenta le occasioni di contatto con altre persone e con agenti infettivi. Chi ha ricevuto un trapianto di rene assume farmaci immunosoppressori per evitare il rigetto dell'organo. Questi farmaci sono indispensabili, ma agiscono proprio riducendo l'attività del sistema immunitario: è il prezzo necessario per proteggere il rene trapiantato, ma comporta anche una minore capacità di difendersi dalle infezioni.

IL RISULTATO

Nel pazienti con malattia renale cronica, in dialisi o trapiantati, le infezioni sono più frequenti e possono avere un decorso più grave, con maggior rischio di ricovero ospedaliero. I vaccini sono uno strumento importante per ridurre questo rischio, perché offrono una protezione mirata senza gravare ulteriormente su un sistema immunitario già affaticato.

È inoltre utile sapere che, proprio perché il sistema immunitario risponde meno bene agli stimoli, nei pazienti dializzati o trapiantati la risposta ai vaccini può essere leggermente meno intensa che in una persona sana. Per questo, quando possibile, è meglio vaccinarsi già nelle fasi iniziali della malattia renale, prima dell'inizio della dialisi o del trapianto, quando il sistema immunitario risponde in modo più efficace.



4

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMOFILIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APS

I VACCINI SONO SICURI

Negli ultimi anni è cresciuta la diffidenza verso le vaccinazioni. È comprensibile avere dubbi, ma è importante sapere che i vaccini utilizzati oggi in Italia sono tra i farmaci più controllati e studiati in assoluto.

- Prima di essere approvato, ogni vaccino viene studiato a fondo per verificarne sicurezza ed efficacia.
- Dopo l'approvazione, la sicurezza continua a essere monitorata nel tempo da AIFA (l'ente italiano del farmaco) e dalle autorità sanitarie internazionali, attraverso sistemi di farmacovigilanza.
- Generalmente i vaccini oggi usati nei pazienti fragili, incluse le persone con malattia renale o trapiantate, non contengono virus vivi e quindi non possono causare la malattia che prevengono.
- Gli effetti collaterali più comuni sono lievi e transitori (dolore nel punto dell'iniezione, lieve stanchezza o febbre per uno o due giorni). Le reazioni gravi sono rare, molto più rare delle complicanze che si rischiano ammalandosi dell'infezione stessa.

Vaccinarsi non protegge soltanto la singola persona, ma contribuisce a proteggere anche chi le sta intorno: familiari, conviventi e altri pazienti che si incontrano ad esempio in sala dialisi. Per questo motivo, quando possibile, è consigliata la vaccinazione anche ai conviventi dei pazienti renopatici.

UN CONSIGLIO PRATICO

qualsiasi dubbio è meglio discuterlo con il proprio nefrologo o medico di famiglia, che conosce la storia clinica del paziente e può indicare i tempi e i vaccini più adatti, anche in relazione alla terapia in corso.

Analizziamo ora alcune importanti e frequenti malattie e il ruolo che le vaccinazioni svolgono per la loro prevenzione e attenuazione delle manifestazioni cliniche in caso di contagio

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMOFILIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APS

5

HERPES ZOSTER (FUOCO DI SANT'ANTONIO)



L'Herpes Zoster, conosciuto come "fuoco di Sant'Antonio", è causato dalla riattivazione del virus della varicella, che resta latente nel corpo dopo aver contratto la varicella o dopo un contatto con virus della varicella. Si manifesta con un'eruzione cutanea molto dolorosa, spesso a placche con piccole vescicole, che colpisce tipicamente un solo lato del corpo in sedi che possono essere molto diverse, ma che si riconducono alla distribuzione di un nervo.

La complicanza più frequente è la nevralgia post-erpetica: un dolore intenso che può persistere per settimane o mesi anche dopo la scomparsa delle lesioni cutanee.

>99%

degli adulti oltre 40 anni
ha incontrato il virus

1 su 3

rischio di un'epidemia
nella vita

x2

rischio con sistema
immunitario
compromesso

x10

Il rischio nei pazienti dializzati di sviluppare Herpes Zoster e la sua complicanza, la nevralgia post-erpetica, rispetto alla popolazione generale.

Rischio doppio di ospedalizzazione a causa di Herpes Zoster e rischio aumentato di eventi cardiovascolari.

Per questo la VACCINAZIONE ANTI HERPES ZOSTER è fortemente consigliata.

6

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMOFILIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APS

IL VACCINO

Oggi è disponibile un vaccino "ricombinante adiuvato" (non contiene virus vivo), che può essere somministrato in sicurezza e con elevata efficacia anche nei pazienti con malattia renale cronica, in dialisi e nei trapiantati in terapia immunosoppressiva.

SCHEMA VACCINALE



QUANDO?

- Per ottenere la massima efficacia del vaccino, la vaccinazione dovrebbe essere preferibilmente programmata durante gli stadi iniziali della malattia renale cronica ed in particolare prima dell'inizio del trattamento dialitico o prima dell'inizio della terapia immunosoppressiva o del trapianto.

- La vaccinazione può essere effettuata con sicurezza ed efficacia anche durante la terapia dialitica ed immunosoppressiva.



Parlane con il tuo nefrologo per stabilire i tempi più adatti.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMOFILIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APS

7

INFLUENZA E COVID-19



L'influenza stagionale è una malattia respiratoria virale che ogni anno causa epidemie stagionali principalmente durante l'inverno. L'influenza e la polmonite che la può complicare sono classificate tra le **prime dieci principali cause di morte in Italia**. La vaccinazione è la forma più efficace di prevenzione dell'influenza.

Le persone fragili, come i pazienti nefropatici, sono particolarmente a rischio di sviluppare una forma più grave di influenza; pertanto, l'influenza può aumentare il rischio di ospedalizzazione per complicanze respiratorie importanti e il rischio di **peggioramento della malattia renale**.

La **VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE** è **fortemente raccomandata** per i pazienti con malattia renale cronica, in dialisi e trapiantati, oltre che per i loro familiari conviventi.

COMPOSIZIONE	FREQUENZA	PERCHÉ
Non contiene virus vivi	Ogni anno, in autunno	I ceppi virali cambiano ogni stagione



Il **Covid-19** non è attualmente considerata un'emergenza sanitaria globale come negli anni scorsi, ma il virus SARS-CoV-2 continua a circolare dando origine a nuove varianti.

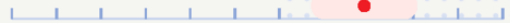
Come per l'influenza, nelle persone con malattia renale cronica, in dialisi o trapiantati l'infezione può avere un decorso più grave con maggior rischio di ospedalizzazione da complicanze respiratorie e di eventi cardio vascolari. Per questo, la **VACCINAZIONE ANNUALE ANTI- COVID19** con vaccino aggiornato, resta una misura di prevenzione raccomandata contro le forme gravi di malattia.

QUANDO?

- ✓ Entrambe le vaccinazioni possono essere effettuate anche **durante la terapia immunosoppressiva o la dialisi**, senza necessità di sospendere le cure in corso.
- 📞 Se possibile, è preferibile completarle **prima dell'inizio** di una nuova terapia immunosoppressiva o di un trapianto programmato.
- 🏠 I vaccini per l'influenza e il Covid-19 possono anche essere somministrati **nella stessa seduta**.



8

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMO-DIALIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APSASSOCIAZIONE NAZIONALE EMO-DIALIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APS

9

PNEUMOCOCCO

Streptococcus pneumoniae



Lo pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*) è un batterio molto diffuso, responsabile di infezioni che vanno dall'otite alla polmonite, fino a forme più gravi come la **meningite** e la **sepsi** (infezione generalizzata del sangue).

20%

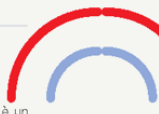
la mortalità che le infezioni gravi possono raggiungere, in aumento con l'età.

COME SI TRASMETTE

Facilmente per via aerea, attraverso le goccioline respiratorie: la malattia si verifica soprattutto **nel periodo invernale**, quando sono frequenti le sindromi influenzali.

Le persone con malattia renale cronica, in dialisi o trapiantate hanno un **rischio aumentato di infezione pneumococcica grave**, che può richiedere il ricovero in ospedale.

Per questo la **VACCINAZIONE ANTI-PNEUMOCOCCICA** è fortemente raccomandata in questa popolazione di pazienti.

**20**

IL VACCINO

Attualmente è raccomandato il vaccino pneumococcico coniugato **20-valente (PCV20)**, che protegge contro il maggior numero di tipi di batterio pneumococco oggi in circolazione.

NON VACCINATO IN PASSATO

1 dose

Nella maggior parte dei casi è sufficiente una sola dose.

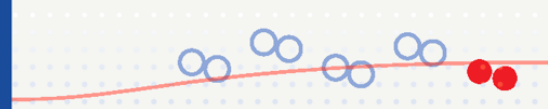
GIÀ VACCINATO CON PCV13 O 15

+ 1 dose

Può essere raccomandata una dose aggiuntiva di PCV20 per ampliare la protezione.

QUANDO?

- 📞 Se possibile, è preferibile vaccinarsi **nelle fasi iniziali della malattia renale**, prima dell'ingresso in dialisi o del trapianto, quando la risposta immunitaria è ancora più efficace.
- ✓ La vaccinazione può comunque essere effettuata in sicurezza anche successivamente, **durante la dialisi o la terapia immunosoppressiva**.



10

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMO-DIALIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APSASSOCIAZIONE NAZIONALE EMO-DIALIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APS

11

EPATITE B



L'epatite B è un'infezione del fegato causata dal virus dell'epatite B (HBV), che si trasmette attraverso il **contatto con sangue o altri liquidi biologici infetti**.

L'infezione cronica da HBV provoca danno epatico progressivo, cirrosi e può facilitare l'insorgenza di epatocarcinoma (tumore primitivo del fegato).

Le persone con malattia renale cronica, in particolare quelle in dialisi, rappresentano una popolazione ad alto rischio per maggiore esposizione al virus a causa delle frequenti procedure sanitarie. Per questo il **VACCINO ANTI-EPATITE B** è fortemente consigliato per i pazienti a rischio nati prima del 1991, anno in cui il vaccino è diventato obbligatorio per tutti.

< 4%

Grazie alle campagne vaccinali degli ultimi anni, meno del 4% dei pazienti in trattamento dialitico presenta l'infezione cronica da HBV, **un dato molto migliorato rispetto al passato**.



IL VACCINO

I pazienti nefropatici rispondono meno ai normali vaccini per cui sono presenti vaccini ricombinanti (non contengono virus vivo) specifici a **dosaggi elevati** o con necessità di un **numero maggiore di somministrazioni** per ottenere una protezione adeguata.



DOPO IL CICLO

È importante verificare, con un **semplice esame del sangue**, che si sia sviluppata una risposta protettiva.



NEL TEMPO

Se il livello di protezione diminuisce nel tempo, il medico può raccomandare una **dose di richiamo**.

QUANDO?



La vaccinazione contro l'epatite B è **fortemente raccomandata** nei pazienti con malattia renale cronica, preferibilmente nelle fasi iniziali della malattia, e possibilmente prima dell'inizio della dialisi.

12

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMO-DIALIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APS

13

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMO-DIALIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APS

IN SINTESI

La malattia renale cronica e i farmaci immunosoppressori **riducono le difese naturali del corpo**: i vaccini aiutano a colmare questo divario.

I vaccini oggi disponibili sono **sicuri e ben tollerati**, anche nei pazienti fragili.

HERPES ZOSTER

INFLUENZA

COVID-19

PNEUMOCOCCO

EPATITE B

Sono le vaccinazioni più raccomandate per chi ha una malattia renale cronica, è in dialisi o ha ricevuto un trapianto di rene. Possono anche essere valutate le vaccinazioni per il batterio capsulato Meningococco e, in pazienti in lista di trapianto, è raccomandata la vaccinazione per Haemophilus Influenzae.



Quando possibile, meglio vaccinarsi **prima dell'inizio della dialisi** o della terapia immunosoppressiva; in ogni caso, le vaccinazioni possono essere effettuate con sicurezza anche durante queste terapie.



Parlane sempre con il tuo nefrologo: saprà indicarti i vaccini più adatti e i tempi migliori per il tuo caso specifico.

14

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMO-DIALIZZATI
- DIALISI E TRAPIANTO - APS

RACCOLTA DELLE BEST PRACTICE DI OFFERTA VACCINALE ESISTENTI IN LOMBARDIA E NELLE ALTRE REGIONI RISULTATI 2025 E 2026

GRUPPO DI LAVORO

- Catia Borriello | Regione Lombardia
- Francesco Cervellera | Università di Pavia
- Sara Russo | Università di Pavia
- Elisa Sala | Fondazione The Bridge

OBIETTIVI

L'obiettivo principale dell'azione relativa alle best practice è stato la **raccolta di buone pratiche** nell'ambito dell'offerta vaccinale dapprima, nel 2025, in cinque **ASST lombarde**, e secondariamente, nel 2026, in **tre Regioni** diverse dalla Lombardia, al fine di diffonderle favorendone la disseminazione e la replicabilità in altri contesti ospedalieri.

L'idea della raccolta delle **best practice di offerta vaccinale** è sorta in seno al gruppo di lavoro della progettazione VaccinAzione. In questo percorso è emerso come **la soluzione più efficace** per incrementare l'adesione e garantire una maggiore copertura vaccinale sia rendere l'accesso al counselling e alla somministrazione **il più facile possibile**, in termini di vicinanza all'ambulatorio vaccinale, di tempo dedicato, di facilità di prenotazione. In questo senso, **la somministrazione in loco**, direttamente nei contesti di riferimento delle persone destinatarie, è emersa come strategia vincente.

METODOLOGIA

La raccolta delle best practice è stata condotta attraverso **interviste semi-strutturate**.

La traccia dell'intervista mirava ad indagare:

1. Le caratteristiche **dell'offerta vaccinale** presso i diversi presidi coinvolti.

In particolare, sono stati approfonditi i seguenti aspetti:

- numero e caratteristiche dei presidi;
- tipologia di destinatari (quali fragilità, caregivers...);
- vaccini offerti;
- offerta per gli operatori.

2. **Best practice** di offerta vaccinale, con riferimento a:

- **periodo di svolgimento**: quando è iniziata l'esperienza, è tuttora attiva in modo stabile o si è trattato di un intervento "spot";
- **descrizione dell'esperienza**: target, modalità di aggancio, counselling e somministrazione, e quali vaccini offerti;
- **adesione**: grado di partecipazione, sia da parte dei soggetti vaccinati sia degli operatori "vaccinatori";
- **contesto**: luogo di svolgimento e livello di collaborazione con il territorio;

- **approvvigionamento e registrazione:** modalità di fornitura e procedura di registrazione nell'anagrafe vaccinale.
- **punto di vista del paziente,** chiedendo agli intervistati di descrivere la presa in carico di un paziente all'interno di queste esperienze di best practice.

Complessivamente sono state condotte **otto interviste**, 5 a livello di Regione Lombardia, andando nello specifico di alcune ASST (Fatebenefratelli Sacco, Crema, Cremona, Mantova, Brianza), e 3 a livello nazionale, approfondendo Marche, Sicilia e Veneto.

Vengono qui raccontate le esperienze raccolte.

RACCOLTA 2025: LE BEST PRACTICE IN REGIONE LOMBARDIA

CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA NEI PRESIDII

La prima parte delle interviste ha previsto domande legate all'offerta vaccinale disponibile nelle sue caratteristiche generali, focalizzandosi sul numero di presidi, sull'offerta per i due target di operatori e pazienti, e sulla tipologia di vaccini offerti.

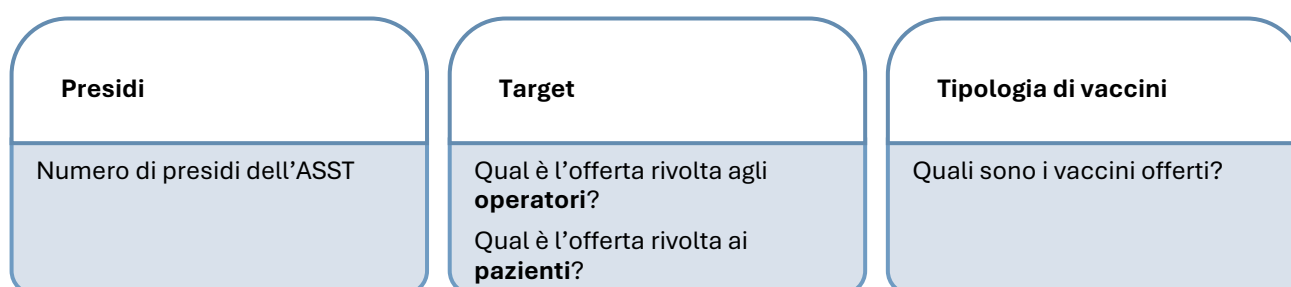


Figura 24 Temi indagati nella prima parte delle interviste

ASST FBF SACCO

quattro **presidi** ospedalieri:

- Ospedale Sacco
- Ospedale Buzzi (materno-infantile)
- Ospedale Fatebenefratelli
- Ospedale Macedonio Melloni (materno-infantile)

Target

L'offerta vaccinale per **pazienti fragili** è presente in tutti e quattro i presidi, con modalità differenti:

- Sacco: è presente un ambulatorio vaccinale intraospedaliero attivo tutto l'anno, gestito dall'Infettivologia, con agenda interna prenotata dai reparti per i pazienti fragili. Oltre all'offerta continuativa, ci sono le campagne stagionali per antinfluenzale, anti-COVID, anti-pneumococco e anti-zoster.
- Buzzi: è attiva un'offerta vaccinale (tutto l'anno) per il bambino cronico, a cura della Pediatria. Esiste anche un servizio dedicato a bambini con rischio di shock anafilattico, provenienti da tutta Milano e da altre ASST, previo accordo con l'allergologo. In questi casi il centro vaccinale territoriale segnala il

bambino all'ospedale, che contatta la famiglia e programma la vaccinazione in ambiente protetto, con rianimatore allertato.

- Fatebenefratelli: oltre a campagne spot, è in fase di attivazione un punto vaccinale intraospedaliero fisso, con un operatore dedicato al counselling vaccinale per tutti i reparti, per operatori e pazienti, e con somministrazione diretta ai ricoverati. Per Nefrologia e Dialisi, l'offerta è continuativa tutto l'anno (antipneumococco, anti-zoster, epatite B, talvolta epatite A).
- Macedonio Melloni: c'è un'offerta vaccinale HPV per le donne con diagnosi di tumore della cervice uterina e un'offerta continuativa del DTP per le donne in gravidanza.

Per quanto riguarda invece l'offerta vaccinale per gli **operatori**:

- Offerta presente in tutti i presidi durante le campagne stagionali (es. antinfluenzale, antipneumococco, Covid)
- Viene gestita dalla Medicina del lavoro in collaborazione con la struttura vaccinale territoriale
- Vaccinazioni in reparto o su appuntamento; anche consegna vaccino al caposala (vaccinazione "tra pari")

Tipologia di vaccini

Antinfluenzale, anti-COVID, antipneumococco, anti-zoster, DTPa (anche pediatrico e per gravide), HPV (donne con tumore alla cervice), Epatite B e A (in reparti specialistici come Nefrologia/Dialisi).

ASST CREMA

Due **presidi** ospedalieri:

- Ospedale Maggiore di Crema (diagnosi e cura, con ricoveri e degenze)
- Ospedale Santa Marta di Rivolta d'Adda (riabilitazioni polmonari, neurologiche, motorie, dipendenze)

Target

L'offerta vaccinale ai fragili è attiva in entrambi i presidi.

L'offerta per i **pazienti** avviene all'interno del reparto, prevalentemente in quelli per pazienti cronici quali nefrologia, oncologia, chirurgia e gastroenterologia. L'offerta comprende il vaccino antinfluenzale, ma anche pneumococco e herpes zoster. L'offerta ha visto in primis il coinvolgimento delle direzioni e dei primari dei reparti, per promuovere la vaccinazione come parte della cura e far capire loro la sicurezza e l'importanza dei vaccini.

L'offerta per **operatori**, sia sanitari che amministrativi, avviene tramite il medico competente e la medicina del lavoro. Per i sanitari avviene anche uno screening ematico, così che il medico competente possa consigliare la vaccinazione più opportuna (morbillo, parotite, rosolia, varicella, epatite B; difterite-tetano-pertosse...). In più sono offerti anche tre Open Day annuali ad accesso libero per i dipendenti di ogni età e con qualsiasi condizione di rischio.

Tipologia di vaccini

Campagne stagionali (antinfluenzale, antipneumococco, anti-zoster), ma anche tutte le vaccinazioni previste per età e condizione di rischio.

ASST CREMONA

Due **presidi** ospedalieri:

- Ospedale di Cremona (Cremona)
- Ospedale Oglia Po (Casalmaggiore)

È inoltre presente una **struttura convenzionata** in cui è presente un centro vaccinale:

- Presidio ospedaliero Nuovo Robbiani

Target

L'offerta vaccinale ai fragili è attiva in tutti e tre i centri vaccinali.

L'offerta per i **pazienti**, completa per età e patologia, avviene in partnership con i reparti quali neurologia, dialisi, oncologia, pneumologia, diabetologia, malattie infettive, che sono anche autonomi rispetto a somministrazione e registrazione dei vaccini. È inoltre presente un protocollo specifico con il carcere, che prevede uno screening per patologie e fattori di rischio e la somministrazione dei vaccini, ma anche momenti di formazione sulla prevenzione e sull'educazione alimentare; anche in questo caso gli operatori del carcere sono autonomi rispetto a somministrazione e registrazione.

L'offerta per **operatori** è gestita dalla medicina del lavoro, con percorsi on site o in reparto, e comprende tutte le vaccinazioni stagionali (antinfluenzale, anti-COVID), oltre ai vaccini raccomandati per categorie di rischio. Gli operatori sono stati formati per utilizzare portale ARVAX e registrare autonomamente le vaccinazioni.

Tipologia di vaccini

Antinfluenzale, anti-COVID, epatite B, dTpa, MPRV, vaccini aggiuntivi in base a patologia (es. pneumococco, zoster, meningococco).

ASST MANTOVA

Presidi

Sono presenti sei poli vaccinali: Asola, Castiglione delle Stiviere, Mantova, Ospedale Borgo Mantovano, Suzzara, Viadana.

Target

In tutti i sei poli vaccinali è presente un'offerta per i **pazienti fragili**, con agenda dedicata: l'offerta è completa per patologia e si sviluppa in collaborazione con l'ATS e gli specialisti delle varie fragilità, che condividono l'agenda interna per fissare, con priorità per i pazienti fragili, le date delle consulenze vaccinali.

L'offerta vaccinale per **operatori** è invece gestita dalla medicina del lavoro, che valuta lo stato vaccinale dei dipendenti e somministra i vaccini durante le visite di controllo.

Tipologia di vaccini

Per i pazienti, oltre alle vaccinazioni stagionali, l'offerta è completa per patologia e fattori di rischio, in particolare: dTpa (ogni 10 anni), zoster, pneumococco, meningococco. Per operatori: MPR, varicella, epatite B, pneumococco, zoster, antinfluenzale.

ASST BRIANZA

Presidi

Sono presenti dieci centri vaccinali: Usmate, Carate, Lissone, Seregno, Seveso, Monza, Brugherio, Muggiò, Limbiate, Desio.

Target

In tutti i dieci centri vaccinali è presente un'offerta vaccinale per pazienti fragili.

Sia per i **pazienti** che per gli **operatori**, l'accesso al vaccino avviene tramite un link online, che smista per categoria e residenza e li indirizza al centro vaccinale più vicino; categorie di pazienti fragili, come "paziente oncologico", o "operatore sanitario", hanno la priorità e ricevono la disponibilità quasi immediata.

Tipologia di vaccini

Vengono offerti tutti i vaccini previsti dal Piano Nazionale Vaccini. In particolare, per gli operatori sono previsti epatite B e MPR, mentre per i pazienti tutti i vaccini in base a patologia o condizione di rischio.

PER RIASSUMERE

ASST	Numero presidi	Presidi con offerta	Offerta per operatori	Offerta per pazienti fragili	Vaccini offerti
------	----------------	---------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------

		vaccinale per pazienti fragili			
SACCO	4 (Sacco, Buzzi, Fatebenefratelli, Macedoni o Melloni)	Tutti e quattro, con modalità diverse	Campagne in tutti i presidi (antinfluenzale, anti-COVID), gestione Medicina del lavoro + struttura vaccinale territoriale, anche “vaccinazione tra pari”	Ambulatori intraospedalieri o reparti dedicati (Sacco, Buzzi, Melloni); counselling e punto vaccinale in attivazione al Fatebenefratelli	Antinfluenzale, anti-COVID, antipneumococco, anti-zoster, DTPa (pediatrico e per gravide), HPV, Epatite A-B, vaccini per patologia
CREMA	2 (Centrale, Rivolta d’Adda)	Entrambi	Medico competente + Medicina del lavoro, screening ematico, Open Day ad accesso libero	Offerta intra-reparto nei reparti cronici, coinvolgimento direzioni e primari	MPRV, epatite B, DTPa, herpes zoster, pneumococco, HPV, antinfluenzale
CREMONA	3 (Cremona, Oglio Po, Nuovo Robbiani)	Tutti e tre	Campagne stagionali (antinfluenzale, anti-COVID) + vaccini raccomandati per patologia, gestione Medicina del lavoro, percorsi in reparto, formazione ARVAX	Partnership con reparti e carcere, offerta completa per età e patologia	Antinfluenzale, anti-COVID, epatite B, dTpa, MPRV, pneumococco, zoster, meningococco
MANTOVA	6 centri vaccinali	Tutti (agenda specifica per fragili)	Medicina del lavoro valuta e somministra durante visite	Offerta completa per patologia con priorità; collaborazione con ATS e specialisti	dTpa, zoster, pneumococco, meningococco, MPR, varicella, epatite B, antinfluenzale
BRIANZA	10 centri vaccinali	Tutti	Accesso tramite link unico per operatori e cittadini, smistamento automatico per categoria	Stesso sistema del link, con priorità per pazienti fragili	Tutti i vaccini del PNV; operatori: epatite B, MPR; pazienti: per rischio e patologia

Tabella 1 Offerta vaccinale nelle ASST. Tabella riassuntiva

BEST PRACTICES

La seconda parte delle interviste andava invece ad indagare nello specifico le best practices, intese come esperienze virtuose che le ASST hanno messo in atto, e potenzialmente replicabili anche in altri contesti.

In particolare, sono stati indagati:

- **Temporalità** | Modalità stabile dell’iniziativa o esperienza “spot”
- **Azioni** | destinatari, da chi è stato promosso, quali vaccini sono stati offerti
- **Adesione** | da parte dei “vaccinati” e da parte dei “vaccinatori”
- **Luoghi** | sedi di realizzazione ed eventuale collaborazione con il territorio
- **Approvvigionamento** dei vaccini
- **Registrazione** nell’anagrafe vaccinale.

Le buone pratiche raccolte si caratterizzano per alcuni aspetti fondamentali, che possono essere ricondotti agli aspetti sintetizzati nella Figura seguente.



Figura 25 Aspetti caratterizzanti delle best practices raccolte

Le esperienze delle ASST analizzate mostrano come le best practice vaccinali più efficaci non siano iniziative isolate, ma veri e propri **modelli organizzativi**, costruiti nel tempo e basati sull'integrazione tra ospedale, territorio e servizi di prevenzione.

Un primo elemento di dettaglio riguarda l'**integrazione strutturata della vaccinazione nei percorsi clinici**. In diverse realtà, come ASST FBF Sacco, Crema e Cremona, la vaccinazione non viene proposta come atto separato, ma come parte del percorso di presa in carico del paziente fragile, cronico o ad alto rischio. Questo avviene attraverso ambulatori dedicati, vaccinazioni **ON SITE** o **BED SIDE** nei reparti e, in alcuni casi, tramite l'inserimento della vaccinazione nel piano terapeutico o nel PDTA – che diventa in questo caso PPDTA.

Un aspetto particolarmente rilevante è il **ruolo centrale dello specialista ospedaliero**. Le esperienze di Sacco e Cremona mostrano come lo specialista rappresenti il principale mediatore della fiducia del paziente: la proposta vaccinale fatta dal medico di riferimento riduce l'esitazione e aumenta l'adesione. Per questo motivo, molte ASST hanno investito in **formazione mirata degli specialisti**, sia sulle vaccinazioni raccomandate per specifiche patologie (oncologia, nefrologia, diabetologia, pneumologia), sia sugli strumenti operativi, come l'utilizzo del portale regionale per l'anagrafe vaccinale. In alcuni casi, come a Cremona, sono stati predisposti materiali "pronti all'uso" (frasi standard per le lettere di dimissione, brochure dedicate, schede informative) per garantire messaggi coerenti tra ospedale, MMG e centri vaccinali.

Dal punto di vista organizzativo, emerge con chiarezza l'importanza della **pluralità dei percorsi di offerta**. L'esperienza di Crema è paradigmatica: sono stati costruiti percorsi differenziati che

tengono conto delle diverse capacità dei reparti. Alcuni reparti gestiscono in autonomia l'intero processo vaccinale, dalla proposta alla somministrazione, altri vengono supportati da unità mobili del centro vaccinale, altri ancora indirizzano i pazienti verso spazi dedicati grazie ad agende riservate. Questa flessibilità consente di evitare blocchi organizzativi e di identificare il percorso più corretto adattandosi anche alle necessità del reparto.

Un ulteriore livello di dettaglio riguarda il **coordinamento centrale dei servizi vaccinali**, che in tutte le esperienze analizzate rimane un elemento chiave. I centri vaccinali garantiscono approvvigionamento, gestione delle scorte, supporto consulenziale, registrazione e monitoraggio dei dati.

PER RIASSUMERE

Accanto all'ospedale, le best practice si estendono in modo significativo al **territorio e ai contesti di maggiore vulnerabilità sociale**. Le esperienze di ASST FBF Sacco e Cremona mostrano interventi strutturati nelle carceri, nelle case popolari ALER, nei campi rom e in collaborazione con enti del terzo settore. In questi contesti, la

vaccinazione è accompagnata da counselling, formazione degli operatori e attività di prossimità, rafforzando il legame tra prevenzione e inclusione sociale.

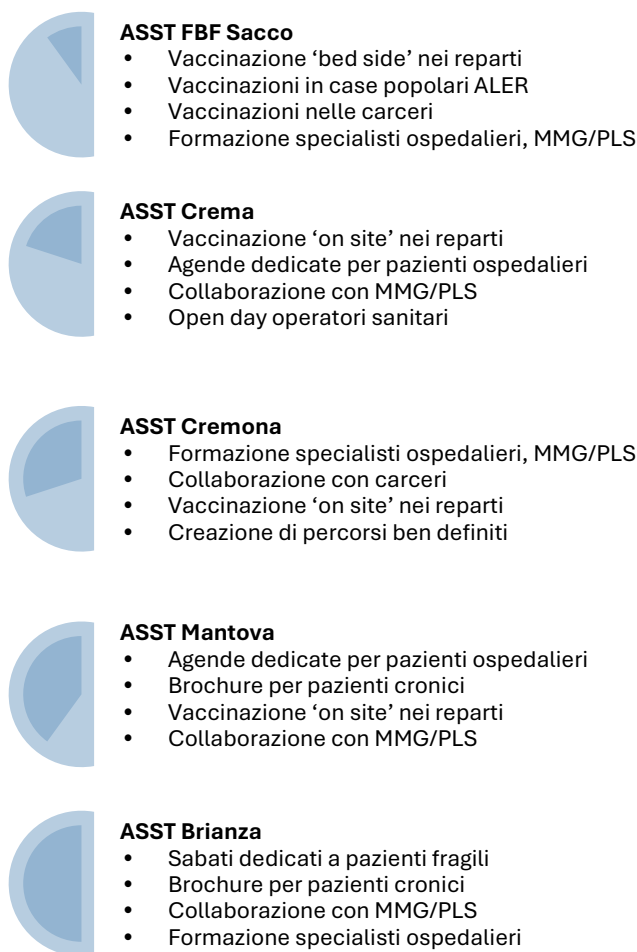


Figura 26 Best Practices nelle ASST. Schema riassuntivo

caratteristiche dei pazienti, dei contesti e delle risorse disponibili, mantenendo al centro l'obiettivo della prevenzione come parte integrante della cura.

In queste ASST la vaccinazione dei pazienti fragili è stata perseguita e resa un obiettivo concreto, e raggiungibile.

Un altro elemento distintivo è l'attenzione all'**accessibilità dell'offerta vaccinale**. L'esperienza di ASST Brianza evidenzia come le aperture straordinarie del sabato dedicate ai pazienti fragili adulti rispondano a bisogni concreti di popolazioni in età lavorativa, riducendo barriere organizzative spesso sottovalutate. Analogamente, le agende dedicate attivate da ASST Mantova facilitano l'accesso diretto, riducono i tempi di attesa e rafforzano la percezione di una presa in carico continuativa.

Infine, emerge con forza la dimensione **culturale**: tutte le esperienze sottolineano come la diffusione della cultura vaccinale passi attraverso formazione continua, comunicazione coerente e strumenti informativi semplici ma mirati. Le brochure per pazienti cronici e per specialisti, l'informazione veicolata durante gli screening o le visite specialistiche e il coinvolgimento progressivo degli operatori sanitari contribuiscono a rendere la vaccinazione una pratica "normale" e integrata nella cura.

Nel loro insieme, queste best practice mostrano che l'efficacia dell'offerta vaccinale deriva dalla **combinazione di organizzazione, cultura e accessibilità**, e che il vero valore aggiunto risiede nella capacità delle ASST di adattare i modelli alle

RACCOLTA 2026: MODELLI ORGANIZZATIVI E DI GOVERNANCE VACCINALI IN VENETO, MARCHE E SICILIA

1. REGIONE VENETO

La strategia della Regione Veneto si delinea come un modello di governance evoluto, finalizzato a garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso una programmazione strutturata e una flessibilità operativa demandata alle Aziende ULSS. Il nucleo della strategia risiede nel passaggio dalla mera erogazione della prestazione a una presa in carico proattiva, coordinata centralmente ma adattabile alle diverse realtà territoriali.

1.1 GOVERNANCE E COORDINAMENTO REGIONALE

Il ruolo della Regione è quello di ente di indirizzo e programmazione strategica: definisce i modelli organizzativi e gli standard di sicurezza, lasciando l'operatività alle aziende territoriali. Un pilastro di questo sistema è la **sinergia professionale** tra medici igienisti (esperti di vaccinologia) e specialisti clinici (esperti della patologia). Tale divisione dei compiti ottimizza la sicurezza: il clinico apporta la valutazione dello stato di salute, mentre l'igienista garantisce la competenza specifica per la costruzione di calendari vaccinali individualizzati, minimizzando i rischi e superando l'eventuale esitazione o mancanza di aggiornamento tecnico del personale ospedaliero.

1.2 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE FRAGILE E MODELLI DI OFFERTA

Il Veneto ha istituzionalizzato gli **"Ambulatori per soggetti ad aumentato rischio"** in ogni ULSS, stratificando l'offerta in base alla complessità:

- **Alta complessità:** Pazienti con alterazioni del sistema immunitario (oncologici, trapiantati) gestiti direttamente dal medico igienista per la valutazione clinica e del timing vaccinale.
- **Bassa complessità:** Pazienti affetti da patologie croniche stabilizzate (diabete, cardiopatie) affidati all'autonomia dell'**Assistente Sanitario (AS)**, che opera attraverso protocolli standardizzati.
- **Integrazione ospedale-territorio:** I modelli variano dalla gestione di agende condivise tra specialisti e igiene alla proattività del servizio vaccinale. Nei centri di grandi dimensioni (Verona, Vicenza), il modello "Hospivax" o l'ambulatorio integrato prevede la presenza fisica di igienisti e personale del comparto dentro le mura ospedaliere per intercettare i pazienti nei luoghi di cura.
- **Indicatori di performance (DG):** Per contrastare le opportunità perdute, è stato introdotto un indicatore strategico per i Direttori Generali che monitora la vaccinazione antinfluenzale dei pazienti ospedalizzati nel trimestre critico **1 ottobre – 31 dicembre**. La raccomandazione regionale è di procedere alla somministrazione prima della dimissione, garantendo così una presa in carico immediata e misurabile.

1.3 COINVOLGIMENTO DELLA MEDICINA GENERALE, PEDIATRIA E FARMACIE

La rete territoriale è attualmente il motore delle campagne stagionali (Influenza e COVID-19). La Pediatria di Libera Scelta riveste un ruolo cruciale nelle nuove immunizzazioni, come la profilassi contro il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) condotta tramite la somministrazione dell'anticorpo monoclonale **Nirsevimab**. Sebbene esistano sperimentazioni locali per il recupero di coorti (Pneumococco, Zoster), manca ancora un coinvolgimento strutturato della Medicina Generale su scala regionale per le vaccinazioni non stagionali previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV).

1.4 PROGETTI VIRTUOSI: AUTONOMIA PROFESSIONALE E FORMAZIONE CLINICA

Il Veneto identifica nell'**Assistente Sanitario** il motore del cambiamento organizzativo. È stato deliberato un modello di autonomia professionale che consente all'AS di gestire triage e somministrazione in assenza fisica del medico per le prestazioni a bassa complessità, previo consolidamento di procedure aziendali per la gestione delle emergenze. Questo modello è sostenuto da investimenti massicci in formazione:

- **Vaccinologia clinica:** Un percorso d'eccellenza di 5-6 giornate per medici igienisti per innalzare il livello di consulenza specialistica.
- **Formazione a tappeto:** Circa 600 operatori (infermieri e assistenti sanitari) formati a livello regionale per uniformare le competenze operative.

2. REGIONE MARCHE

Il modello marchigiano è rigorosamente **"SISP-centrico"** (Servizio Igiene e Sanità Pubblica), dove il Dipartimento di Prevenzione rimane il perno di tutte le attività vaccinali per ogni fascia d'età, garantendo l'unitarietà dei servizi (centri unificati bambino-adulto).

2.1 MODELLO SISIP E STRUTTURAZIONE DEGLI HOSPIVAX

A differenza di altre realtà, le Marche hanno mantenuto staffati e centralizzati i servizi vaccinali territoriali.

- **L'esperienza di Urbino:** Rappresenta un'eccellenza certificata. Articolazione operativa del Dipartimento di Prevenzione, l'Hospivax di Urbino opera come ambulatorio vaccinale integrato nel contesto ospedaliero. Questo modello ibrido garantisce consulenza vaccinale e somministrazione "al letto del paziente" (specialmente per i *frequent flyer*), con personale igienista dedicato che opera in sinergia con i clinici.
- **Percorsi in divenire:** Modelli simili sono in fase di attivazione presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona (Torrette) e l'INRCA, puntando a una integrazione sempre più stretta tra *setting* specialistico e prevenzione.

2.2 PERCORSI PER IL PAZIENTE FRAGILE E SCHEDE DI PATOLOGIA

Per risolvere il problema dell'**inerzia clinica** degli specialisti, la Regione ha introdotto le **"Appendici per patologia"** all'interno della DGR regionale. Questi strumenti sono calendari standardizzati (es. per diabetici, nefropatici) che il clinico consegna al paziente come "raccomandazione forte". L'adozione di questi protocolli e gli accordi con reparti di Nefrologia, Oncologia e Diabetologia facilitano la riconduzione del paziente ai centri vaccinali, riducendo la discrezionalità del singolo medico.

2.3 LA "CARTA DI LORETO" E LA PREVENZIONE HPV

La "Carta di Loreto" è un documento di advocacy multidisciplinare finalizzato all'eliminazione dei tumori HPV-correlati, in linea con gli obiettivi OMS. Il progetto è unico per la sua ampiezza, coinvolgendo **7 attori chiave**:

1. Gruppo Tecnico Vaccini (Coordinamento Regionale);
2. Dipartimento di Prevenzione;
3. Pediatria di Libera Scelta (FIMP);
4. Medicina Generale (FIMMG);
5. Ginecologia;
6. Università, Società Scientifiche (SITI) e Ordini Professionali;
7. Terzo Settore (es. Ancona Checkpoint per il target MSM e pazienti HIV).

Attraverso **34 azioni concrete**, il modello prevede strategie proattive come il **Recall** telefonico post-appuntamento mancato (mentre il "Remind" pre-appuntamento è in fase di sviluppo), i bilanci di salute a 12 anni e il recupero delle coorti di donne fino a 30 anni durante gli screening ginecologici.

2.4 MEDICINA GENERALE, FARMACIE E LOGISTICA DELLA DISTRIBUZIONE

Le Marche adottano un modello logistico **90/10**: il 90% delle dosi (specialmente antinfluenzali) è distribuito tramite i SISIP, garantendo il monitoraggio pubblico, mentre il 10% transita per le farmacie territoriali per garantire capillarità. Sebbene l'accordo regionale permetta ai MMG di erogare tutte le vaccinazioni del piano, la mancanza di un sistema di remunerazione strutturato per le prestazioni non stagionali e la complessità della continuità distributiva ne limitano attualmente l'applicazione sistematica.

3. REGIONE SICILIA (AOU POLICLINICO DI PALERMO)

Il quadro siciliano si basa sull'intervista del 19 maggio 2026 al Dott. Claudio Costantino, Referente dell'Ambulatorio Vaccinale dell'AOU Policlinico di Palermo e Dirigente Medico della UOC Epidemiologia Clinica con Registro Tumori della stessa Azienda (1 presidio).

3.1 INQUADRAMENTO E RETE OSPIVAX

L'AOU Policlinico di Palermo fa parte della **rete Ospivax** e offre le vaccinazioni sia agli operatori sia ai pazienti e ai caregiver. L'offerta copre tutti i vaccini previsti dal piano regionale e nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV). L'approvvigionamento dei vaccini avviene tramite il **Dipartimento di Prevenzione dell'ASP**.

3.2 OFFERTA PER OPERATORI SANITARI, PAZIENTI E CAREGIVER

- **Operatori sanitari:** è presente un'offerta vaccinale specifica rivolta agli operatori, comprensiva di tutti i vaccini del piano regionale e nazionale.
- **Pazienti e caregiver:** è presente un'offerta specifica; in quanto struttura della rete Ospivax, l'Azienda vaccina tutte queste categorie con l'intero calendario del piano regionale e nazionale.
- **Reperti con offerta attiva e stabile:** è stata indicata l'**Oncoematologia**, con offerta vaccinale rivolta a tutti i pazienti ricoverati (linfomi, leucemie, trapiantati di midollo).

3.3 BEST PRACTICE AZIENDALE: VACCINAZIONE IN GRAVIDANZA NEI CORSI PREPARTO

L'esperienza riguarda la **promozione e l'offerta della vaccinazione alle donne in gravidanza all'interno dei corsi preparto**, realizzata dall'AOU Policlinico di Palermo in collaborazione con l'ASP Palermo e gli ospedali di Palermo. Il modello porta l'offerta vaccinale dentro un percorso già frequentato dal target, invece di rimandare la donna al servizio vaccinale.

- **Evoluzione:** nata come esperienza spot, è stata poi estesa a una modalità stabile, con frequenza attuale di **un corso al mese**.
- **Standardizzazione in corso:** il coinvolgimento dell'ASP è ad oggi minore, ma si sta lavorando per estendere l'esperienza anche a quel livello.
- **Adesione:** tra il **30 e il 70% dell'atteso**.
- **Personale:** partecipazione volontaria degli operatori, senza oneri per l'Azienda.
- **Approvvigionamento e registrazione:** vaccini forniti tramite il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP; registrazione in anagrafe vaccinale in tempo reale, durante la seduta vaccinale.

4. TRACCIABILITÀ, ANAGRAFE VACCINALE E SISTEMI INFORMATIVI

La digitalizzazione è il prerequisito per la misurabilità delle performance e l'erogazione dei LEA in sicurezza.

- **Informatizzazione del dato:** Veneto e Marche sono allineate all'**Anagrafe Nazionale Vaccinale (AVN)**, garantendo la tracciabilità in tempo reale e il superamento dei registri cartacei.
- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE):** L'integrazione con il FSE permette al cittadino la visualizzazione immediata dei certificati. Nelle Marche, la registrazione informatica da parte dei MMG è vincolante per l'accesso alla retribuzione delle prestazioni.
- **Monitoraggio:** In Veneto e nelle Marche, la cooperazione applicativa tra i gestionali della medicina territoriale e i sistemi regionali consente un controllo puntuale delle coperture e l'attivazione di campagne di recupero basate su dati certi.
- **Registrazione in tempo reale:** presso l'AOU Policlinico di Palermo la registrazione in anagrafe vaccinale avviene in tempo reale durante la seduta vaccinale, anche nel setting dei corsi preparto.

1

Ottimizzazione delle risorse umane in Veneto e nelle Marche

L'autonomia professionale dell'**Assistente Sanitario** nella gestione dei casi a bassa complessità è la risposta strategica alla carenza di personale medico, permettendo di concentrare il medico igienista sui percorsi ad alta complessità.

2

Standardizzazione contro l'inerzia clinica

L'adozione di strumenti operativi predefiniti, come le "**Appendici per patologia**" (Marche), è fondamentale per superare le esitazioni degli specialisti e garantire raccomandazioni uniformi.

3

Incentivazione strategica

L'inserimento di indicatori vaccinali (pazienti dimessi nel trimestre Ottobre-Dicembre) negli obiettivi dei **Direttori Generali** in Veneto trasforma l'ospedale da luogo di cura a nodo proattivo della rete di prevenzione.

4

Advocacy multidisciplinare nelle Marche

Successi come la **Carta di Loreto** dimostrano che l'eliminazione di patologie come i tumori HPV-correlati richiede un'alleanza tra 7 attori diversi, includendo il Terzo Settore per raggiungere target difficili (MSM, pazienti HIV).

5

Logistica flessibile

Un modello distributivo che integri la forza del SISP con la capillarità delle farmacie (modello 90/10) riduce gli sprechi e garantisce la disponibilità del vaccino vicino al punto di somministrazione (Marche).

6

Intercettazione nei setting frequentati dal target

In Sicilia, portare l'offerta vaccinale dentro i corsi parto, un percorso già seguito dalle donne in gravidanza, ha permesso di trasformare un'iniziativa spot in un'attività stabile mensile, con adesione tra il 30 e il 70% dell'atteso.

7

Sostenibilità a costo zero in Sicilia

La partecipazione volontaria degli operatori, senza oneri per l'Azienda, e l'approvvigionamento tramite il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP rendono il modello replicabile senza risorse aggiuntive.

8

Rete Ospivax come cornice dell'offerta

In Sicilia, l'appartenenza alla rete Ospivax garantisce un'offerta unica e completa (intero calendario del piano regionale e nazionale) a operatori, pazienti e caregiver, con un reparto ad alta priorità, l'Oncoematologia, in cui la vaccinazione è proposta a tutti i ricoverati.

9

Standardizzazione come passaggio incompiuto

In Sicilia, il coinvolgimento dell'ASP è ancora minore; il tentativo di standardizzazione che punta a estenderla al livello territoriale è in corso.

Figura 27 Lezioni apprese dalle Best Practice nelle Marche, in Sicilia e in Veneto

L'OFFERTA VACCINALE DEDICATA AI PAZIENTI FRAGILI DELLE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA DI REGIONE LOMBARDIA

ANALISI DEI RISULTATI DELLA SURVEY 2026

GRUPPO DI LAVORO

- Luisa Brogonzoli | Fondazione The Bridge
- Catia Borriello | Regione Lombardia
- Danilo Cereda | Regione Lombardia
- Francesco Cervellera | Università di Pavia
- Anna Odone | Università di Pavia
- Giuliano Rizzardini | Centro Studi Bridge for Future
- Sara Russo | Università di Pavia
- Elisa Sala | Fondazione The Bridge
- Simona Scarioni | Regione Lombardia
- Riccardo Vecchio | Università di Pavia

Analisi a cura di Fondazione The Bridge

ABSTRACT

La survey regionale 2026 ha indagato l'offerta vaccinale per i pazienti fragili nelle strutture di ricovero e cura lombarde, tramite interviste telefoniche condotte tra aprile e maggio 2026. Hanno risposto 40 enti (26 ASST e 14 IRCCS), per un totale di 109 presidi.

L'88,1% dei presidi promuove la vaccinazione ai soggetti fragili. Il territorio è il principale canale sia di counselling sia di somministrazione (76,0% per entrambi). In reparto durante il ricovero il counselling è più frequente della somministrazione (64,6% contro 49,0%), segno che il vaccino viene spesso somministrato in un secondo momento, presso i servizi territoriali. Il ricovero è inoltre un'occasione di offerta più sfruttata della visita specialistica (74,0% contro 58,3%).

Sul piano organizzativo, il 60,4% dei presidi dispone di una procedura dedicata al paziente fragile, ma l'integrazione nei PDTA resta limitata: nel 42,7% delle strutture nessuna categoria di fragilità ha un'offerta vaccinale formalizzata in PDTA, con i valori più alti per HIV (31,3%) e cardiopatie croniche (24,0%). Per la maggior parte delle categorie il problema principale non è l'assenza di un percorso, ma la sua mancata formalizzazione nei PDTA per patologia.

Per il personale sanitario, l'offerta più diffusa è l'antinfluenzale (88,1%), seguita da Covid (80,7%) ed epatite B (78,9%). La medicina del lavoro è il canale di erogazione prevalente per tutte le vaccinazioni, con una maggiore diversificazione (erogazione on-site) per influenza e Covid. L'adesione stimata all'antinfluenzale resta però contenuta: circa il 78% delle strutture si colloca nella fascia 11-30%.

METODOLOGIA

La survey 2026 è stata realizzata utilizzando lo stesso questionario e la stessa metodologia adottati nell'edizione 2025, al fine di garantire la confrontabilità dei risultati tra le due rilevazioni e consentire l'analisi delle eventuali variazioni emerse nel tempo.

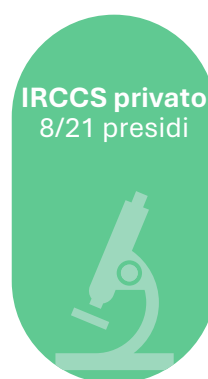
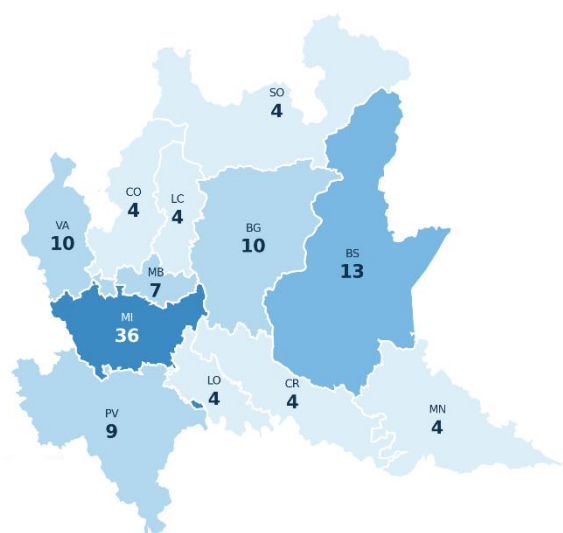
Le strutture di ricovero e cura lombarde (ASST, IRCCS pubblici e IRCCS privati) sono state contattate dall'Unità di Prevenzione della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia per dare la propria disponibilità ad un appuntamento telefonico. La raccolta dei dati è poi avvenuta attraverso la compilazione del questionario durante un'intervista telefonica condotta da specializzandi dell'Unità di Igiene del Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense dell'Università di Pavia, durante la quale gli intervistatori hanno accompagnato i rispondenti nella compilazione delle domande. La fase di rilevazione si è svolta tra la fine di aprile e l'inizio di maggio 2026.

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il software IBM SPSS Statistics. Dopo l'importazione del database, è stata effettuata una fase preliminare di pulizia dei dati e di verifica della completezza e della coerenza delle risposte. Alcune variabili sono state successivamente ricodificate in forma dicotomica per facilitarne l'analisi, mentre per le domande a risposta multipla sono stati creati gli appositi Multiple Response Set di SPSS. In una prima fase sono state calcolate le frequenze di tutte le variabili, al fine di descrivere le caratteristiche del campione e la distribuzione delle risposte. È stato inoltre costruito un indice di allineamento tra i percorsi vaccinali attivi per le diverse categorie di fragili e i relativi PDTA.

IL CAMPIONE

PRESIDI RISPONDENTI

Hanno risposto 40 enti, nello specifico 26 ASST e 14 IRCCS, per un totale di **109 presidi**².



² Non hanno partecipato al questionario 6 enti: CASA DI CURA MULTIMEDICA; CENTRO CARDIOLOGICO "FONDAZIONE MONZINO"; CENTRO SAN GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI; ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI; ISTITUTO SCIENTIFICO EUGENIO MEDEA – LA NOSTRA FAMIGLIA. I centri in questione sono stati contattati tramite PEC dall'UO Prevenzione della DG Welfare e, non avendo ricevuto risposta, è stato inviato ad aprile un sollecito via email direttamente ai referenti dell'anno precedente, che non ha nuovamente ricevuto riscontro.

Figura 28 Tipologia di struttura rispondente e distribuzione geografica

Nel 2026 hanno risposto complessivamente 40 enti su 46 totali (26 ASST e 20 IRCCS), rappresentando quindi l'86,9%, per un totale di 109 presidi sui 131 presidi considerati dall'indagine, per una rappresentatività dell'83,2%. La grande maggioranza è rappresentata dalle ASST, con 95 presidi, seguite dagli IRCCS privati con 8 presidi e dagli IRCCS pubblici con 6 presidi. Le ASST costituiscono quindi la componente nettamente dominante del campione, coprendo oltre l'87% del totale dei presidi rispondenti. Tra le due edizioni dell'indagine, il numero complessivo di presidi è leggermente diminuito, pur restando invariato il numero di enti partecipanti (nel 2025, 40 enti per un totale di **114 presidi**).

RUOLO DELL'INTERVISTATO

Ad essere intervistato per la compilazione della survey è stata soprattutto la figura del Direttore SC Vaccinazioni, rappresentando quasi la metà del campione (48,6%). Il Medico di DS/DMP si colloca al 16,8%, mentre la categoria Medico SC Vaccinazioni al 14,0%.

CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA

OFFERTA VACCINALE AI SOGGETTI FRAGILI

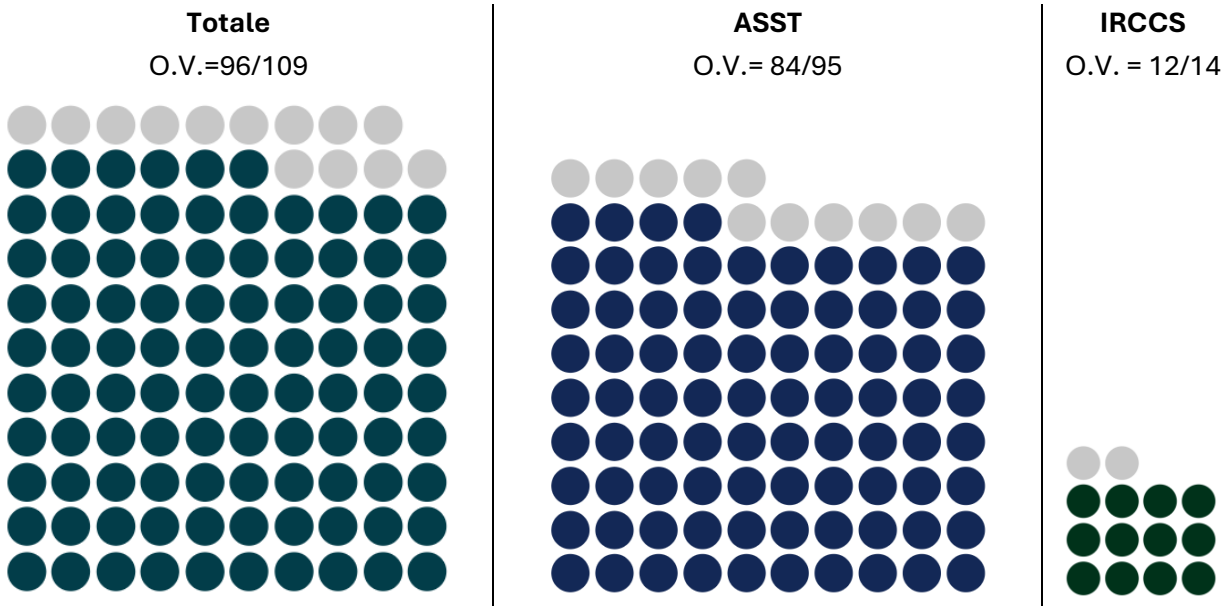


Figura 29 “Presso il presidio vengono promossi i vaccini ai soggetti fragili?”

Nel 2026, su un totale di 109 presidi che hanno risposto, 96 dichiarano di avere un’offerta vaccinale per i pazienti fragili, pari all'88,1%.

Scomponendo per tipologia di struttura, le ASST mostrano un buon livello di adesione, con 84 strutture su 95 che promuovono la vaccinazione, corrispondenti all'88,4%. Gli IRCCS, pur partendo da una base numerica molto più piccola (14 strutture totali), registrano una percentuale di 85,7%.

VS 2025

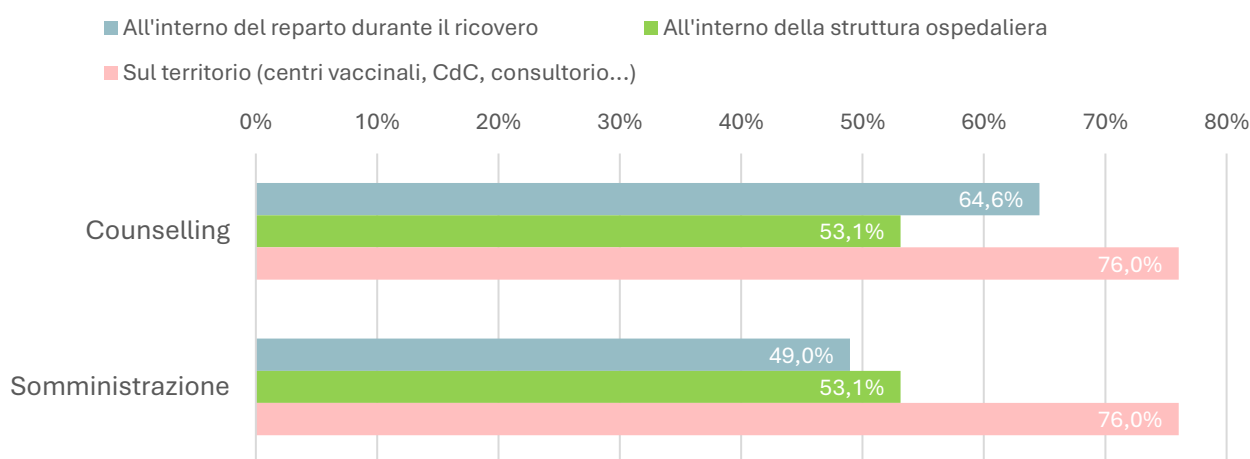
Strutture che promuovono vaccini ai pazienti fragili	2026	2025
--	------	------

	N	%	N	%
Totale	96	88,1%	99	86,8%
ASST	84	88,4%	86	87,8%
IRCCS	12	85,7%	13	81,3%

Nel 2025, le strutture che offrivano vaccini a pazienti fragili erano 99 su 114, con una percentuale dell'86,8%: le ASST erano l'87,8%, gli IRCCS l'81,3%.

Nel complesso, il quadro che emerge è positivo: la stragrande maggioranza dei presidi, sia ASST che IRCCS, promuove attivamente la vaccinazione ai soggetti fragili, con un trend in leggero miglioramento rispetto all'anno precedente in entrambe le tipologie di struttura.

CANALI DI COUNSELLING E SOMMINISTRAZIONE



Per somministrazione, in "altro":

- nella struttura ospedaliera in modo occasionale (open day)
- Ambulatorio all'interno dell'unità UO Malattie Infettive

Figura 30 Counselling e somministrazione. "Come viene erogato il counselling vaccinale nel soggetto fragile?" "Come viene erogata la somministrazione dei vaccini nel soggetto fragile?"

Per quanto riguarda il counselling, il dato più alto si registra sul territorio, dove raggiunge il 76,0%, seguito dal reparto durante il ricovero con il 64,6% e infine dalla struttura ospedaliera nel suo complesso con il 53,1%. Questo suggerisce che il momento informativo verso il paziente fragile avviene soprattutto fuori dall'ambito del ricovero ospedaliero, sul territorio, pur restando comunque frequente anche direttamente in reparto.

Per la somministrazione, il territorio si conferma ancora una volta il contesto prevalente, con lo stesso 76,0% osservato per il counselling. La struttura ospedaliera si attesta anch'essa al 53,1%, identico al dato del counselling, mentre il reparto durante il ricovero scende al 49,0%, un valore più basso rispetto al 64,6% registrato per il counselling nello stesso contesto.

Mentre il counselling viene fatto spesso già in reparto durante il ricovero, la somministrazione effettiva del vaccino in quello stesso contesto è meno frequente, probabilmente perché il vaccino viene poi effettivamente somministrato in un momento o luogo diverso, come appunto i servizi territoriali.

SOMMINISTRATORE



Medico
specialista/operatore
sanitario della **prevenzione**
87,5%
(79,8% nel 2025)



Medico
specialista/operatore
sanitario **afferente al
reparto ospedaliero di
ricovero**
43,8%
(45,5% nel 2025)



Medico
specialista/operatore
sanitario **afferente alla
branca specialistica**, in
regime di ricovero
33,3%
(24,2% nel 2025)

Il ruolo prevalente nella somministrazione, e in netta crescita rispetto al 2025, è quello del medico specialista o operatore sanitario della prevenzione, che passa dal 79,8% del 2025 all'87,5% del 2026. Il medico specialista o operatore sanitario afferente al reparto ospedaliero di ricovero mostra invece un lieve calo, dal 45,5% al 43,8. Il terzo profilo, il medico specialista o operatore sanitario afferente alla branca specialistica in regime di ricovero, cresce dal 24,2% al 33,3%.

OFFERTA DURANTE RICOVERO E VISITA SPECIALISTICA

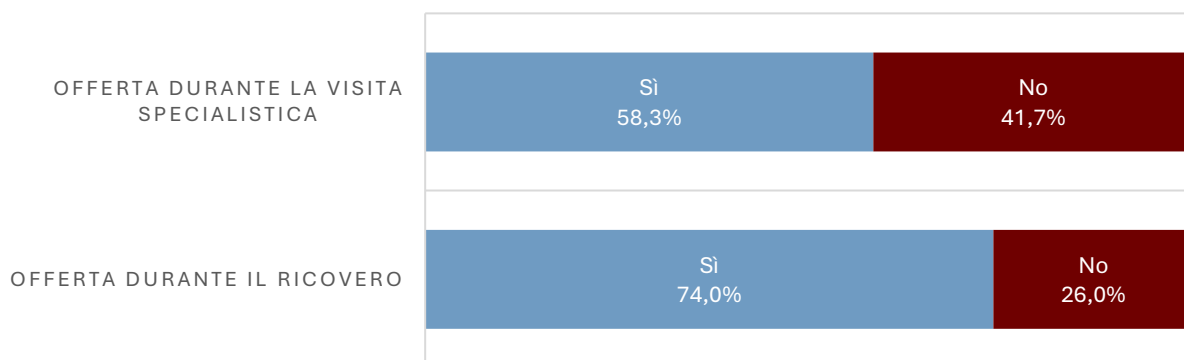


Figura 31 Somministrazione durante il ricovero o la visita specialistica. “Esiste un’offerta vaccinale durante il ricovero ospedaliero?” “Esiste un’offerta vaccinale durante la visita specialistica ospedaliera?”

L’offerta vaccinale durante il ricovero è nettamente più diffusa rispetto a quella durante la visita specialistica: nel 74,0% dei casi il vaccino viene proposto durante il ricovero, contro il 58,3% durante la visita specialistica. Ciò indica come il momento del ricovero venga sfruttato più sistematicamente come occasione per proporre la vaccinazione al paziente fragile.

Questo risultato offre una lettura complementare rispetto ai grafici precedenti, che mostravano come counselling e somministrazione tendano sempre più a spostarsi verso il territorio e i servizi di prevenzione. Qui emerge invece un aspetto diverso, cioè quanto viene sfruttata l'occasione di contatto clinico per proporre il vaccino: il ricovero

sembra rappresentare un'opportunità colta più frequentemente rispetto alla visita specialistica ambulatoriale, che invece lascia scoperta una quota importante di pazienti fragili.

REGISTRAZIONE

Nel 2026, l'Anagrafe Regionale Informatizzata (SI AVR/ARVAX) viene utilizzata dal 100,0% dei presidi rispondenti. Il 13,5% invia anche i dati delle somministrazioni al territorio per la registrazione.

Il 99,0% del personale è stato formato e utilizza la piattaforma abitualmente, mentre l'1,0% è stato formato ma ancora non lo utilizza correntemente. Nel complesso, questi dati raccontano un processo di digitalizzazione ormai maturo e quasi completato.

VACCINAZIONI A PAGAMENTO

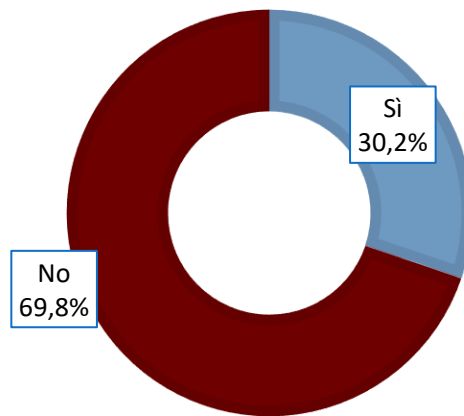


Figura 32 “Vengono effettuate vaccinazioni a pagamento in ospedale?”

Il 30,2% delle strutture effettua vaccinazioni a pagamento, mentre la maggioranza, il 69,8%, non le offre. Si tratta quindi di un servizio presente in circa una struttura su tre.

Rispetto alla tipologia di struttura:

Tipologia di struttura	Sì	No
ASST	23	61
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblico	3	2
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) privato	3	4
Totale	29	67

Tra le ASST solo 23 su 84 offrono vaccinazioni a pagamento (circa il 27%). Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sia pubblici che privati, mostrano invece una proporzione decisamente più alta: tra gli IRCCS pubblici 3 strutture su 5 offrono il servizio a pagamento, mentre tra quelli privati sono 3 su 7.

Categoria	N.	%
HPV e target donne (da solo o in combinazione con altri vaccini)	29	100,0%
Vaccinazioni del viaggiatore (febbre gialla, dengue, chikungunya, encefalite giapponese, TBE, rabbia, epatite A, tifo...)	12	41,4%

Vaccinazioni fuori gratuità alla popolazione generale	22	75,9%
Meningococco (ACWY, B o in associazione con HPV/pneumococco/TBE)	6	20,7%

Target principali: donne, popolazione fuori gratuità, viaggiatori.

Al primo posto si colloca nettamente la vaccinazione HPV rivolta a target femminili, da sola o in combinazione con altri vaccini, presente nel 100,0% delle strutture che offrono vaccini a pagamento. Seguono le vaccinazioni per il viaggiatore, come febbre gialla, dengue, chikungunya, encefalite giapponese, TBE, rabbia, epatite A e tifo, presenti nel 41,4% dei casi, e le vaccinazioni comunque fuori dalla gratuità per la popolazione generale, che riguardano il 75,9% delle strutture. Infine, la vaccinazione anti-meningococco, da sola o in associazione con HPV o pneumococco/TBE, è offerta dal 20,7% delle strutture.

STRUTTURAZIONE DEI PERCORSI VACCINALI

PROCEDURA DEDICATA

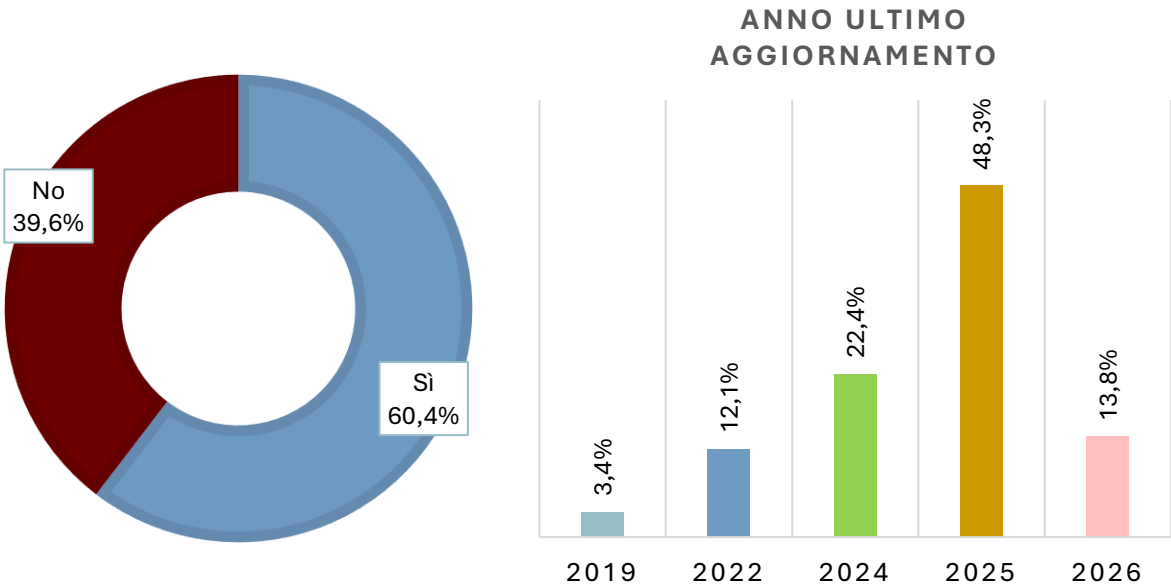


Figura 33 "Esiste una procedura dedicata alla gestione del percorso vaccinale del paziente fragile all'interno del presidio (anamnesi vaccinale, counselling ed offerta)?" "Qual è l'anno di ultimo aggiornamento?"

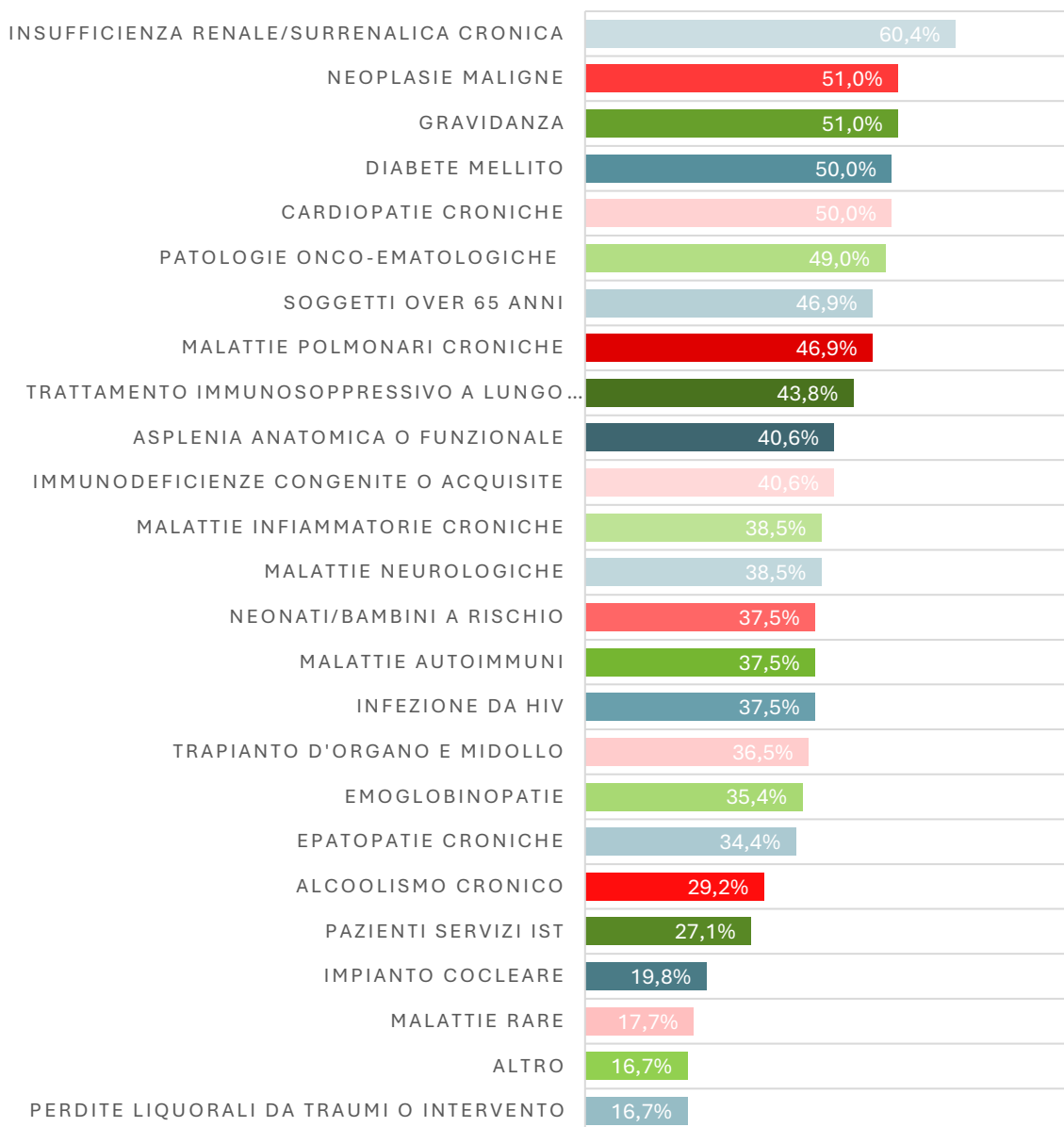
Il 60,4% delle strutture dispone di una procedura dedicata, mentre il 39,6% non ne ha una: quasi quattro strutture su dieci risultano ancora prive di un percorso formalizzato per la gestione del paziente fragile.

Tra chi ha dichiarato di avere una procedura, in quasi la metà (48,3%) questa è stata aggiornata nel 2025, l'anno immediatamente precedente alla rilevazione, segno di un impegno recente e diffuso nell'adeguamento dei percorsi. Un ulteriore 13,8% risulta aggiornato nel 2026 stesso, quindi nell'anno corrente. Sommando questi due dati, oltre il 60% delle procedure esistenti è stato aggiornato negli ultimi due anni.

Il restante 22,4% delle procedure risale al 2024, il 12,1% al 2022 e una piccola quota, il 3,4%, addirittura al 2019, quindi a un aggiornamento ormai piuttosto datato.

Nel complesso, il quadro che emerge è quello di una maggioranza di strutture dotate di un percorso dedicato al paziente fragile, con un trend recente di aggiornamento attivo, ma anche di una quota di strutture che ne sono ancora sprovviste o che utilizzano procedure non rinnovate da tempo.

CATEGORIE DI PAZIENTI FRAGILI CON PERCORSO OSPEDALIERO ATTIVO



Altro: Inviati/rinviati al territorio (11), Nessuna categoria specifica ("No") (2), Persone con disabilità (1), Nati pretermine (1).

Figura 34 "Per quali delle seguenti categorie di rischio sanitario è stato predisposto un percorso vaccinale ospedaliero?"

Al vertice della classifica si colloca l'insufficienza renale o surrenalica cronica, presente nel 60,4% dei casi, un valore che si distacca in modo netto da tutte le altre categorie, risultando quasi dieci punti percentuali sopra il secondo gruppo. Subito dopo si posizionano una serie di condizioni indicate da circa il 50% dei rispondenti, comprendente le neoplasie maligne e la gravidanza, entrambe al 51,0%, seguite da diabete mellito e cardiopatie croniche, entrambe al 50,0%. Poco sotto si trovano le patologie onco-ematologiche al 49,0%, e a pari merito, al 46,9%, i soggetti over 65 anni e le malattie polmonari croniche.

Scendendo ulteriormente, si osserva una fascia intermedia di condizioni comprese tra il 40% e il 44% circa, che include il trattamento immunosoppressivo a lungo termine al 43,8%, e a pari merito, al 40,6%, l'asplenia anatomica o funzionale e le immunodeficienze congenite o acquisite. Un altro gruppo abbastanza numeroso si

concentra intorno al 37-38%, e comprende malattie infiammatorie croniche e malattie neurologiche, entrambe al 38,5%, e poi neonati o bambini a rischio, malattie autoimmuni e infezione da HIV, tutte e tre al 37,5%.

Proseguendo verso il basso della classifica, il trapianto d'organo e midollo si attesta al 36,5%, seguito da emoglobinopatie al 35,4% ed epatopatie croniche al 34,4%. Le categorie con percentuali più contenute sono l'alcolismo cronico al 29,2%, i pazienti afferenti ai servizi IST al 27,1%, l'impianto cocleare al 19,8%. Infine, per ultime e quasi a pari merito, le malattie rare al 17,7% e, al 16,7% sia la categoria "Altro" sia le perdite liquorali da traumi o interventi.

Nel complesso, questo grafico restituisce un'immagine interessante, in cui le condizioni più rare o meno tradizionalmente associate al rischio infettivo, come le malattie rare stesse o l'impianto cocleare, risultano incluse in una quota nettamente minore di procedure.

INTEGRAZIONE NEL PDTA

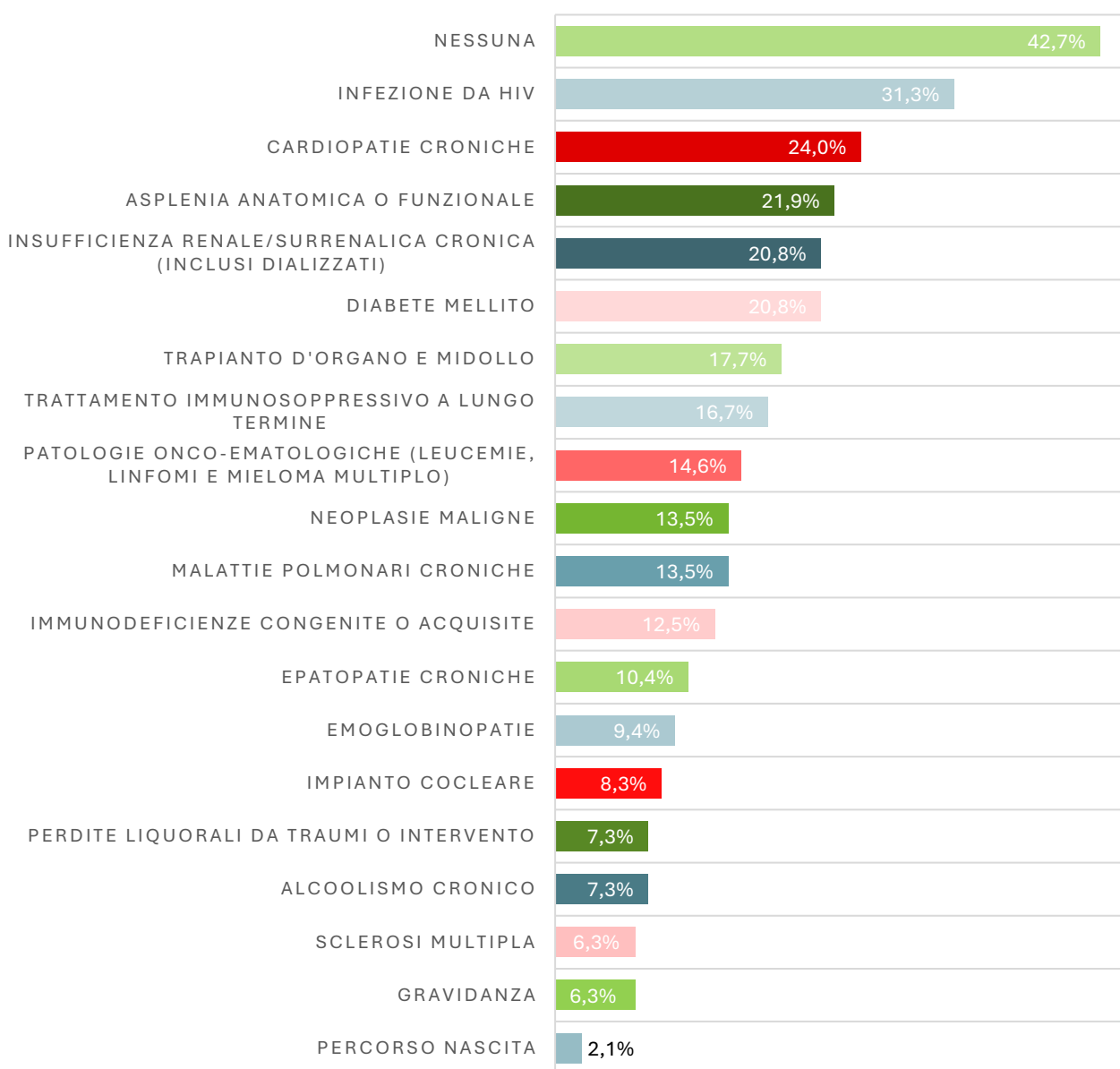


Figura 35 “Per quali delle categorie di pazienti fragili in carico alla struttura è stata inserita nel PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) l’offerta vaccinale specifica per patologia?”

Rispetto alle categorie di pazienti fragili in carico alla struttura per le quali sia stata inserita un’offerta vaccinale specifica per patologia all’interno del PDTA, è rilevante che la risposta più frequente in assoluto sia “Nessuna”, con il 42,7%: significa che in oltre quattro strutture su dieci, nessuna categoria di pazienti fragili ha un’offerta vaccinale specifica formalmente inserita all’interno di un PDTA dedicato.

Tra le categorie effettivamente incluse nei PDTA, l’infezione da HIV si colloca al primo posto con il 31,3%, seguita dalle cardiopatie croniche al 24,0%. Un gruppo intermedio comprende asplenia anatomica o funzionale al 21,9%, e al 20,8% insufficienza renale/surrenalica cronica, inclusi i pazienti dializzati, e diabete mellito. Seguono trapianto d’organo e midollo al 17,7%, trattamento immunosoppressivo a lungo termine al 16,7%, e patologie onco-ematologiche al 14,6%. Successivamente si trovano neoplasie maligne e malattie polmonari croniche, entrambe al 13,5%, immunodeficienze congenite o acquisite al 12,5%, epatopatie croniche al 10,4%, ed emoglobinopatie al 9,4%. Chiudono la lista impianto cocleare all’8,3%, perdite liquorali da traumi o interventi e alcolismo cronico, entrambi al 7,3%, sclerosi multipla e gravidanza, a pari merito al 6,3%, e infine percorso nascita, con il valore più basso in assoluto, il 2,1%.

Questi dati suggeriscono che, nonostante, come visto nei grafici precedenti, per diverse patologie esistano delle procedure dedicate verso la vaccinazione, queste procedure non sono ancora state formalizzate nei percorsi clinici strutturati in gran parte delle strutture. Mentre la maggior parte delle strutture dispone di procedure generali per la gestione vaccinale del paziente fragile, l’integrazione dell’offerta vaccinale specifica per patologia all’interno di veri e propri percorsi diagnostico terapeutico e assistenziali risulta ancora poco diffusa, con quasi la metà delle strutture che non ha inserito alcuna categoria in questo tipo di percorso strutturato. Le condizioni per cui questa integrazione è più avanzata, come l’infezione da HIV e le cardiopatie croniche, probabilmente beneficiano di percorsi clinici già consolidati, mentre per molte altre condizioni l’offerta vaccinale sembra ancora affidata più a procedure generali che a percorsi dedicati e formalizzati per singola patologia.

FOCUS SU PAZIENTI DIABETICI, DIALIZZATI, IN GRAVIDANZA

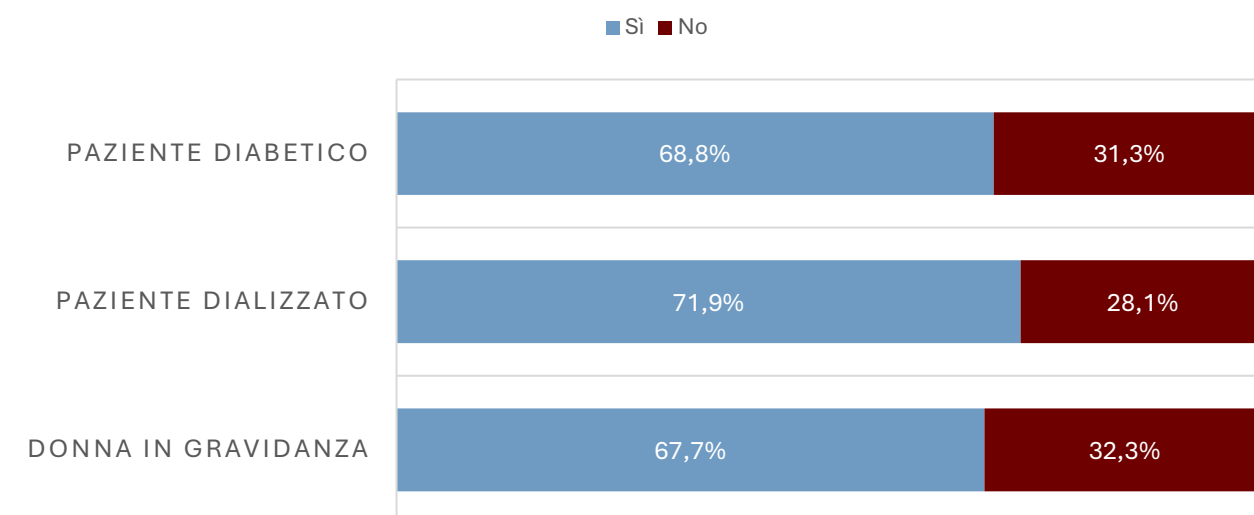


Figura 36 “È stata prevista un’offerta vaccinale per il paziente diabetico?” “È stata prevista un’offerta vaccinale per il paziente dializzato?” “È stata prevista un’offerta vaccinale per la donna in gravidanza?”

I risultati mostrano una situazione abbastanza omogenea e complessivamente positiva per tutte e tre le categorie, con percentuali di risposta affermativa comprese tra il 67,7% e il 71,9%. Il dato più alto si registra per il

paziente dializzato, dove il 71,9% delle strutture prevede un'offerta vaccinale dedicata. Segue il paziente diabetico, con il 68,8% di risposte affermative e il 31,3% di risposte negative, mentre la donna in gravidanza presenta il valore più basso tra le tre categorie, con il 67,7% di offerta prevista e il 32,3% di mancata offerta.

Le differenze tra le tre categorie sono comunque contenute, suggerendo un approccio abbastanza uniforme da parte delle strutture nei confronti di queste tre condizioni specifiche. Tuttavia, anche nel caso migliore, quello dei pazienti dializzati, quasi un terzo delle strutture non prevede un'offerta vaccinale dedicata.

OFFERTA VACCINALE AL PERSONALE SANITARIO

Infine, è stata indagata anche l'offerta vaccinale dedicata al personale ospedaliero, chiedendo ai rispondenti di indicare quali fossero disponibili, da chi fossero erogate, e di ipotizzare anche una percentuale di copertura indicativa per il vaccino antinfluenzale.

OFFERTA PER VACCINO

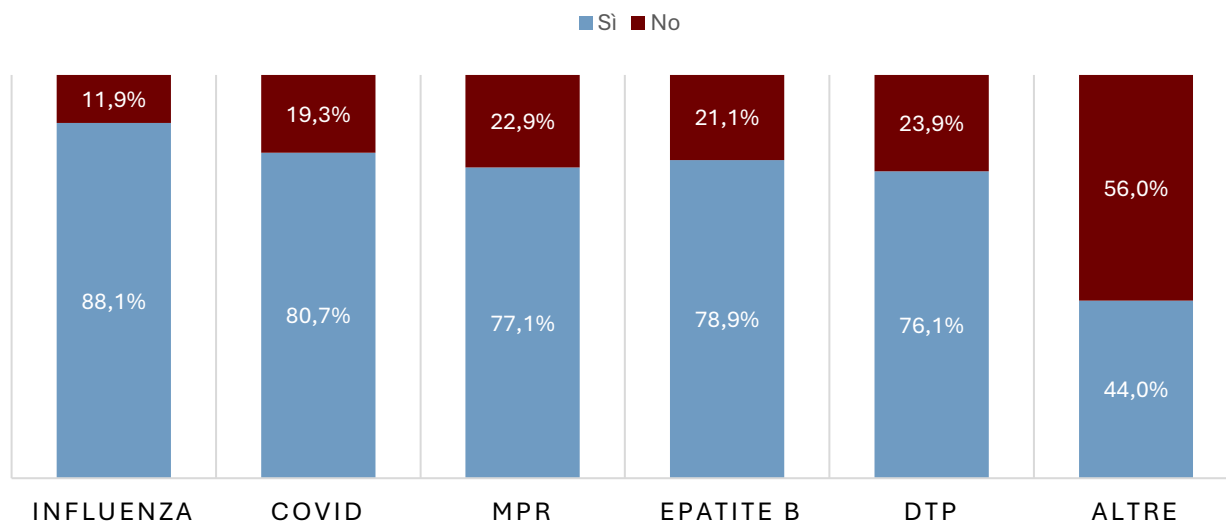


Figura 37 "All'interno del presidio è presente un'offerta vaccinale dedicata al personale sanitario?"

L'influenza si conferma il vaccino più offerto in assoluto, presente nell'88,1% delle strutture, un dato che riflette quanto questa vaccinazione sia ormai una prassi consolidata e diffusa per la protezione del personale sanitario. Seguono, con valori comunque elevati ma leggermente inferiori, il Covid all'80,7% e il vaccino contro epatite B al 78,9%. Poco sotto si collocano morbillo, parotite e rosolia al 77,1% e la vaccinazione DTP al 76,1%, entrambe su livelli abbastanza simili tra loro e non troppo distanti dalle categorie precedenti. Il dato che si distacca nettamente da tutti gli altri è la categoria "Altre", che comprende le vaccinazioni residuali, che sono quindi meno standard, al 44%.

È bene ricordare che ciò che veniva chiesto era la presenza di un'offerta di questi vaccini, di conseguenza, queste percentuali non danno alcun tipo di indicazione sulle percentuali di copertura del personale ospedaliero. Più avanti nel questionario sono state indagate le percentuali (stimate) di copertura per la vaccinazione antinfluenzale.

MODALITÀ DI EROGAZIONE

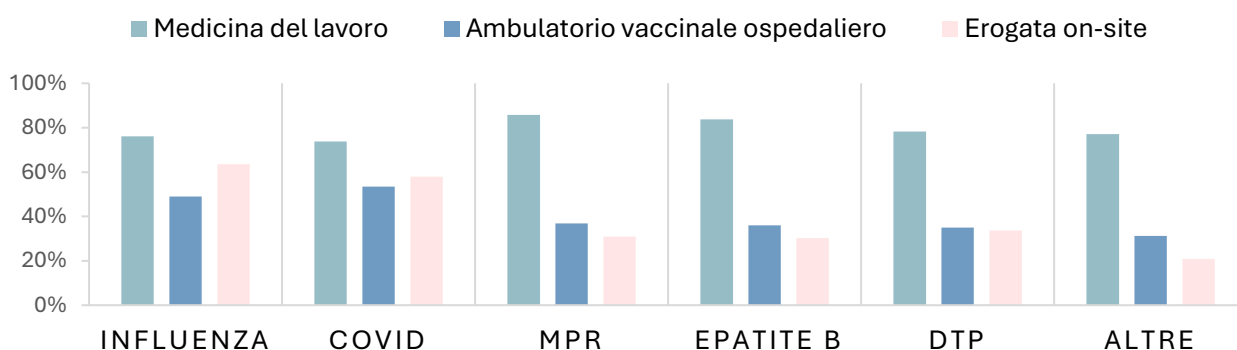


Figura 38 “Da chi è erogata?”

La medicina del lavoro rappresenta nettamente il canale principale per tutte le categorie di vaccino. Questo indica che, indipendentemente dal tipo di vaccino, la gestione attraverso il servizio di medicina del lavoro è il modello prevalente e consolidato per la vaccinazione del personale sanitario.

Interessante è invece l'andamento degli altri due canali, che varia in modo significativo a seconda del vaccino considerato: per influenza e Covid prevale l'erogazione on-site, mentre per le altre vaccinazioni si trova una leggera prevalenza dell'ambulatorio vaccinale ospedaliero.

Nel complesso, questo grafico rivela che per le vaccinazioni più legate a campagne di massa e stagionali, come influenza e Covid, le strutture diversificano maggiormente i canali di erogazione per facilitare l'accesso del personale, mentre per le vaccinazioni più "di routine" o legate a specifici rischi professionali, come MPR, epatite B e DTP, la gestione resta quasi interamente affidata al servizio di medicina del lavoro, con un ruolo molto più marginale degli altri canali.

ADESIONE ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

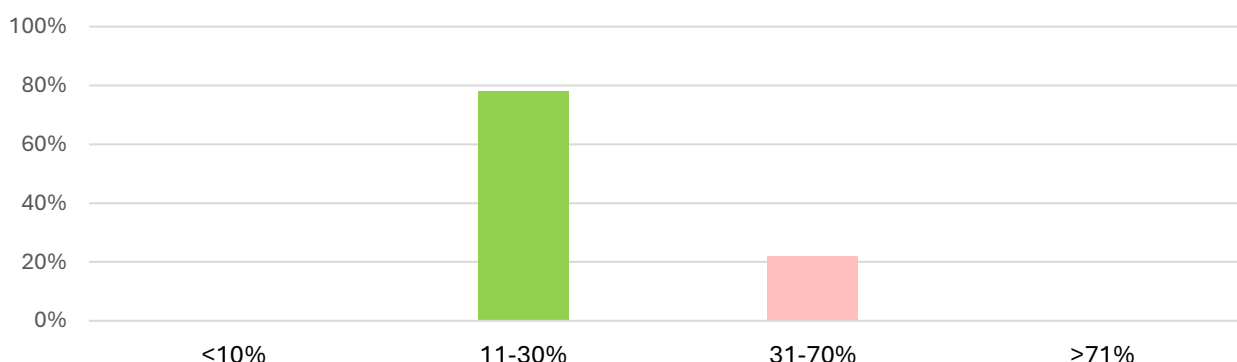


Figura 39 “Quale è stata indicativamente l'adesione degli operatori sanitari nell'ultimo anno per il vaccino antinfluenzale?”

N.B. Un'adesione del 30% per la vaccinazione antinfluenzale era il requisito minimo inserito nel bando VaccinAzione Premio Vaccinale 2026 per la categoria “Ospedale Vaccinato”.

Il dato più evidente è che la maggioranza delle strutture si colloca nella fascia intermedia-bassa, quella tra l'11% e il 30% di adesione, con circa il 78% delle risposte concentrate proprio in questo intervallo: nella maggior parte dei presidi l'adesione degli operatori sanitari al vaccino antinfluenzale resta contenuta. La seconda fascia rappresentata è quella tra il 31% e il 70% di adesione, con circa il 22% delle strutture.

ANALISI DI APPROFONDIMENTO

MATCH TRA VACCINAZIONI AI FRAGILI E VACCINAZIONI NEL PDTA PER CATEGORIE DI RISCHIO

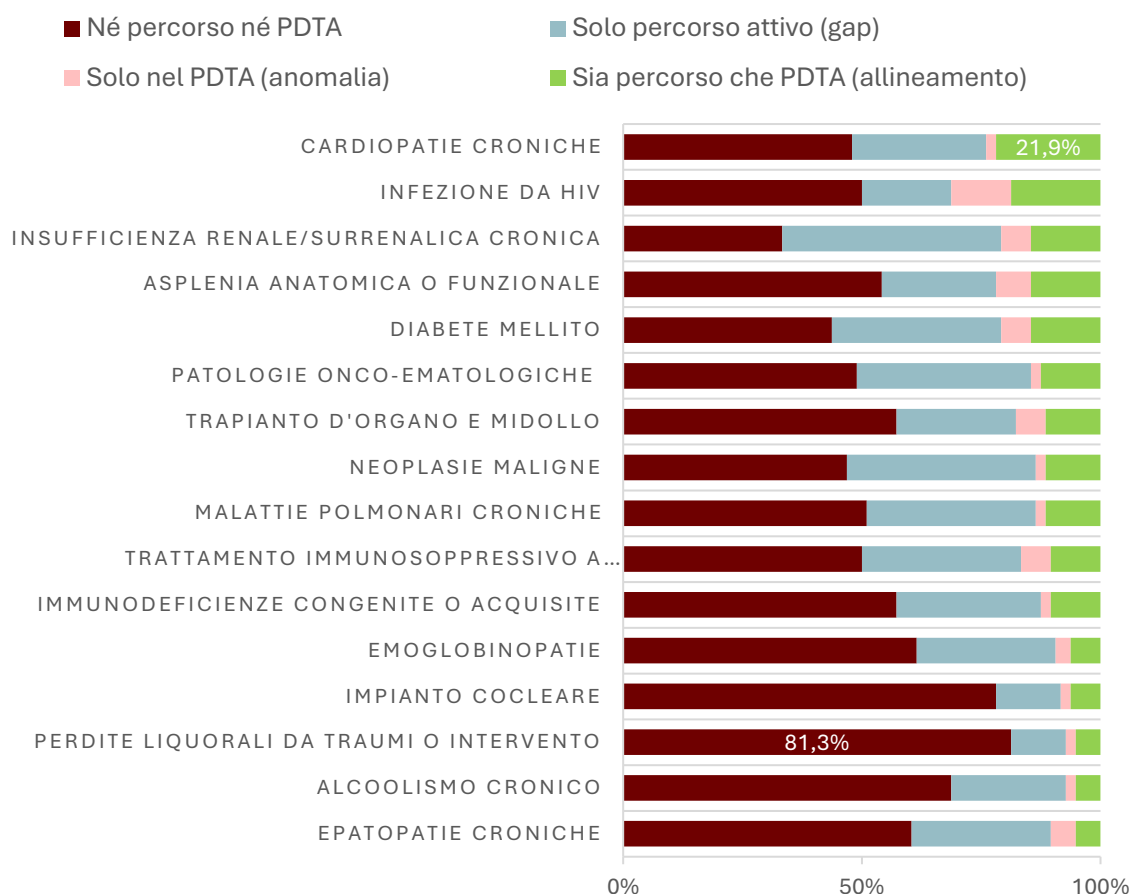


Figura 40 Allineamento tra percorso vaccinale attivo e PDTA per categoria di fragilità

Il grafico incrocia da un lato la presenza di un percorso attivo dedicato alla gestione vaccinale del paziente fragile, dall'altro l'inserimento delle vaccinazioni all'interno di un PDTA specifico per patologia. Per ciascuna delle quindici categorie cliniche presenti in entrambe le domande, le strutture vengono classificate in quattro situazioni: assenza di entrambi gli strumenti, presenza del solo percorso vaccinale, presenza solo della vaccinazione nel PDTA, oppure presenza di entrambi, che rappresenta la condizione di piena coerenza organizzativa.

Il dato più immediato è che la situazione di "né percorso né PDTA", rappresentata in rosso, è quella più diffusa in quasi tutte le categorie, spesso superando il 50% e in alcuni casi arrivando a valori molto elevati. Il caso più estremo è quello delle perdite liquorali da traumi o interventi, dove ben l'81,3% delle strutture non dispone né di un percorso vaccinale attivo né di un'integrazione della vaccinazione nel PDTA per questa patologia. Anche l'impianto cocleare mostra una situazione simile, con una quota di assenza totale molto vicina all'80%, seguito da alcolismo cronico ed epatopatie croniche, entrambe intorno al 60%.

Le categorie che mostrano invece la minore quota di totale assenza sono l'insufficienza renale/surrenalica cronica e diabete mellito, che sono anche le condizioni meglio presidiate in assoluto, coerentemente con quanto già osservato nei grafici precedenti sulla loro maggiore diffusione sia nei percorsi generali che nei PDTA specifici.

La categoria "solo percorso attivo" indica le situazioni in cui esiste un percorso generale ma non è stato formalizzato nel PDTA specifico, ed è una componente piuttosto consistente in molte categorie.

La situazione opposta, "solo nel PDTA", segnalata come anomalia, risulta invece marginale in tutte le categorie, con quote generalmente molto contenute.

Infine, la condizione di piena coerenza, "sia percorso che PDTA", rappresentata in verde, raggiunge il suo valore più alto proprio nelle cardiopatie croniche, con il 21,9%, seguita da infezione da HIV e insufficienza renale/surrenalica cronica, mentre per la maggior parte delle altre categorie questa componente resta piuttosto ridotta, spesso sotto il 10%.

Per la maggior parte delle categorie di pazienti fragili, il problema principale non è tanto l'assenza assoluta di attenzione, quanto piuttosto la mancata formalizzazione del percorso vaccinale già esistente all'interno di un PDTA specifico per patologia. Le condizioni come cardiopatie croniche, infezione da HIV e insufficienza renale mostrano il miglior livello di allineamento tra i due strumenti, mentre condizioni più di nicchia, come impianto cocleare e perdite liquorali, restano ancora in gran parte scoperte da entrambi gli strumenti organizzativi.

DOCUMENTO INTER-SOCIETARIO

GRUPPO DI LAVORO

- AIOM - Associazione Italiana Di Oncologia Medica
- AIGO Lombardia- Associazione Italiana Gastroenterologi E Endoscopisti Digestivi Ospedalieri
- ANMDO Lombardia - Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere
- AOGOI - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
- FADOI - Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti
- SIAAIC - Società Italiana di Allergia, Asma e Immunologia Clinica
- SIC - Società Italiana di Cardiologia
- SID – Società Italiana di Diabetologia
- SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
- SIMG Lombardia Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie
- SIMIT - Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali
- SIN - Società Italiana di Nefrologia
- SIP - Società Italiana di Pediatria
- SIP/IRS - Società Italiana di Pneumologia
- SIPMEL - Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio
- SIR – Società Italiana Di Reumatologia
- SITl – Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Analisi e redazione: Università di Pavia

Coordinamento: Fondazione The Bridge

Il documento di proposta risultante dal lavoro del gruppo di lavoro è in fase di consultazione, disponibile sul sito di Fondazione The Bridge.