

Prevenzione per l'equità.
Le campagne vaccinali
antinfluenzali
nelle persone anziane fragili

10° Report

A cura di:
Tonino Aceti, Paolo Del Bufalo, Sabrina Nardi, Maria Pia Ruggieri

© Salutequità, Ottobre 2022. Attribuzione: "Prevenzione per l'equità. Le campagne vaccinali antinfluenzali nelle persone anziane fragili", 10° Report Salutequità – Ottobre 2022 Disponibile su www.salutequita.it

Questo documento è distribuito con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale. È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte.

INDICE

1.	Gli anziani in Italia	Pag. 2
1.1	Gli anziani hanno rinunciato di più a curarsi durante la pandemia	Pag. 7
2.	Il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025	Pag. 8
3.	L'influenza e la vaccinazione antinfluenzale	Pag. 10
3.1	Vaccinazione antinfluenzale per "alleggerire" la pressione sul pronto soccorso	Pag. 12
4.	Gli elementi di successo di una campagna vaccinale	Pag. 14
5.	Vaccini antinfluenzali: disponibilità e consumi nella campagna 2021-2022	Pag. 16
6.	Fattori agevolanti: fiducia nel personale sanitario e capillarità	Pag. 20
7.	Il successo delle campagne nei dati di copertura vaccinale antinfluenzale	Pag. 24
8.	La campagna antinfluenzale 2022-2023	Pag. 26
8.1	L'avvio della campagna antinfluenzale	Pag. 27
9.	Buone pratiche	Pag. 30
10.	Considerazioni conclusive e proposte	Pag. 31

1. Gli anziani in Italia

Si stima che a inizio 2022 in Italia siano **14 milioni 46 mila gli over 65, ovvero il 23,8% della popolazione** totale. Anche se la pandemia ha colpito duramente gli anziani, Istat rileva che “la pandemia può avere al massimo rallentato l’invecchiamento della popolazione, senza la quale certamente oggi saremmo in presenza di una popolazione ancora più anziana di come effettivamente risulta”. Infatti nel primo anno di pandemia (2020), la mortalità è risultata elevata nella popolazione di 80 anni e più, in particolare quella in condizioni di fragilità. **Nel 2021 si è molto ridotta la mortalità tra gli anziani rispetto al 2020, grazie all’elevata copertura vaccinale raggiunta¹** in tale gruppo di popolazione².

Al 1° gennaio 2021 i residenti in Italia che hanno compiuto **75 anni di età sono oltre 7 milioni (erano circa 5 milioni 900 mila nel 2010), pari all’11,9% della popolazione. Circa la metà (47,8%) ha tre o più patologie croniche o gravi limitazioni nel compiere le attività quotidiane della vita.** Questa condizione è più presente tra le donne (52,4% rispetto al 40,9% tra gli uomini) e raggiunge il 59,4% negli over 85enni (la quota tra 75-79enni è del 38,8%).

In altre parole sono 3,8 milioni gli anziani che hanno gravi limitazioni nel compiere le attività quotidiane della vita e un milione quelli che hanno bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona³.

I Sistemi di Sorveglianza di popolazione PASSI e PASSI d’Argento hanno raccolto informazioni sullo stato emotivo della popolazione nei confronti della situazione pandemica nel periodo compreso tra marzo e agosto 2020, attraverso un modulo specifico dedicato al Covid-19.

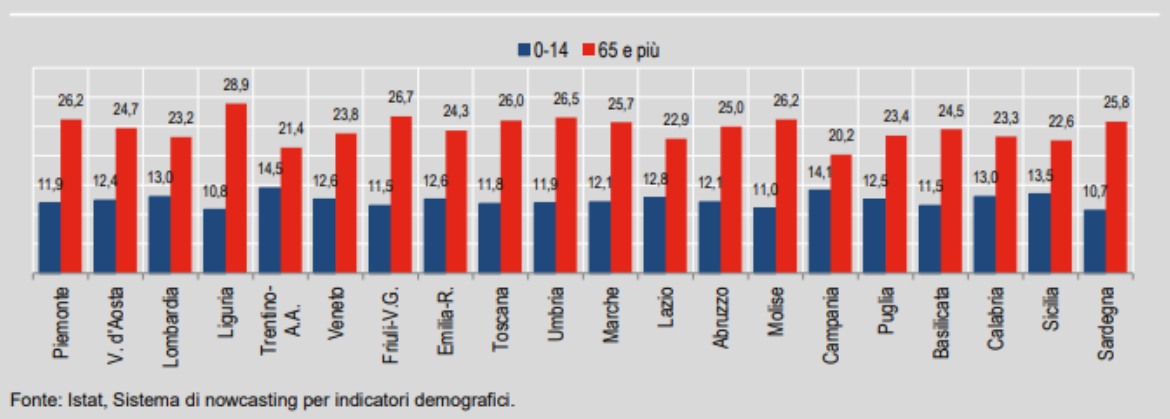
Alcuni gruppi di popolazione vulnerabili hanno **subito un maggior impatto dei vissuti negativi legati alla pandemia**, anche rispetto agli stili di vita, in particolare gli anziani, che da un lato hanno pagato il costo maggiore in termini di vite, dall’altro hanno particolarmente risentito dell’isolamento, non solo per la riduzione o l’assenza di contatti con la famiglia, ma anche per la perdita delle occasioni di partecipazione ad attività di gruppo, frequentazione dei centri per anziani).

¹ Vaccinazione contro Covid-19

² Istat, Bes

³ Istat, Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, anno 2019

FIGURA 6. POPOLAZIONE RESIDENTE DI 0-14 ANNI E DI 65 ANNI E PIU' PER REGIONE
Al 1° gennaio 2022, stima, valori percentuali



Fonte: Istat, Report indicatori demografici

In nessuna regione, neanche in quelle a maggior impatto pandemico, la supermortalità del 2021 determina una momentanea riduzione del processo di invecchiamento. Al Nord e al Centro le popolazioni ultrasessantacinquenni, che rispettivamente crescono dal 24,1% al 24,3% e dal 24,2% al 24,5%, registrano una variazione relativa più contenuta di quella del Mezzogiorno, per quanto quest'ultima area del Paese resti mediamente più giovane sotto il profilo dell'età (dal 22,3% al 22,7%)⁴.

Ma quindi, quanti sono gli anziani fragili in Italia?

Per rispondere a questa domanda è necessario fare un passo indietro, ovvero partire dalla definizione di fragilità.

Ad oggi, a livello internazionale, non si è giunti ad una definizione univoca e condivisa di fragilità nell'anziano; tuttavia alcuni fattori sono riconosciuti come associati a una maggiore vulnerabilità (sia in termini di salute complessiva, sia in termini di perdita funzionale nella sfera fisica, psichica e sociale) che può rappresentare un precursore o comunque un fattore di rischio per la fragilità⁵.

"...La letteratura sulla fragilità ha incluso tre aspetti che modulano la *frailty*: la suscettibilità individuale (es. malattie croniche), i fattori di vulnerabilità (di natura soprattutto sociale) e la intrinseca capacità di adattamento (resilienza). La Joint Action Europea ADVANTAGE definisce la fragilità come una condizione età-correlata e multifattoriale, caratterizzata da un'aumentata vulnerabilità agli eventi avversi di origine endogena ed esogena e a una progressiva riduzione della capacità intrinseca, che **espone l'individuo a un maggior rischio di esiti di salute negativi e all'incremento di ospedalizzazione, disabilità e morte. C'è necessità di misurare e stratificare la fragilità**, attraverso metriche per

⁴ Istat, Report indicatori demografici

⁵ Epicentro, ISS

identificare i cluster di bisogni prioritari, che comprendano, ma vadano oltre la clinica medica”⁶.

PASSI d’Argento definisce anziano fragile la persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse, IADL (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono).

Dai dati di PASSI d’Argento 2020-2021 risultano fragili circa 17 persone su 100. La fragilità interessa di più le donne (18% vs 16% negli uomini), cresce progressivamente con l’età, **riguarda l’9% dei 65-74enni e raggiunge il 34% fra gli ultra 85enni**; è associata allo svantaggio socio-economico (29% chi ha molte difficoltà economiche rispetto al 13% tra chi non ne riferisce) e alla bassa istruzione (26% fra chi ha bassa istruzione rispetto a 12% fra chi ha un livello alto). **La quasi totalità delle persone con fragilità (99,4%) riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL). Esiste un gradiente Nord-Sud della fragilità a sfavore delle Regioni meridionali(23% vs 14% nel Centro e 11% nel Nord).**

ISS rileva che non si apprezzano evidenti cambiamenti dal 2016 al 2021, tuttavia segnala un **alert sulla riduzione della quota di disabili nel biennio pandemico 2020-2021** poiché non si può escludere sia associata all’eccesso di mortalità correlata al Covid-19 che ha investito il nostro Paese colpendo le persone più anziane e vulnerabili per condizioni di salute. Infatti la disabilità si associa alla cronicità: se **meno del 6% degli ultra 65enni liberi da cronicità sono disabili, questa quota supera il 26% fra le persone con due o più patologie croniche** (fra quelle indagate in Passi d’Argento)⁷.

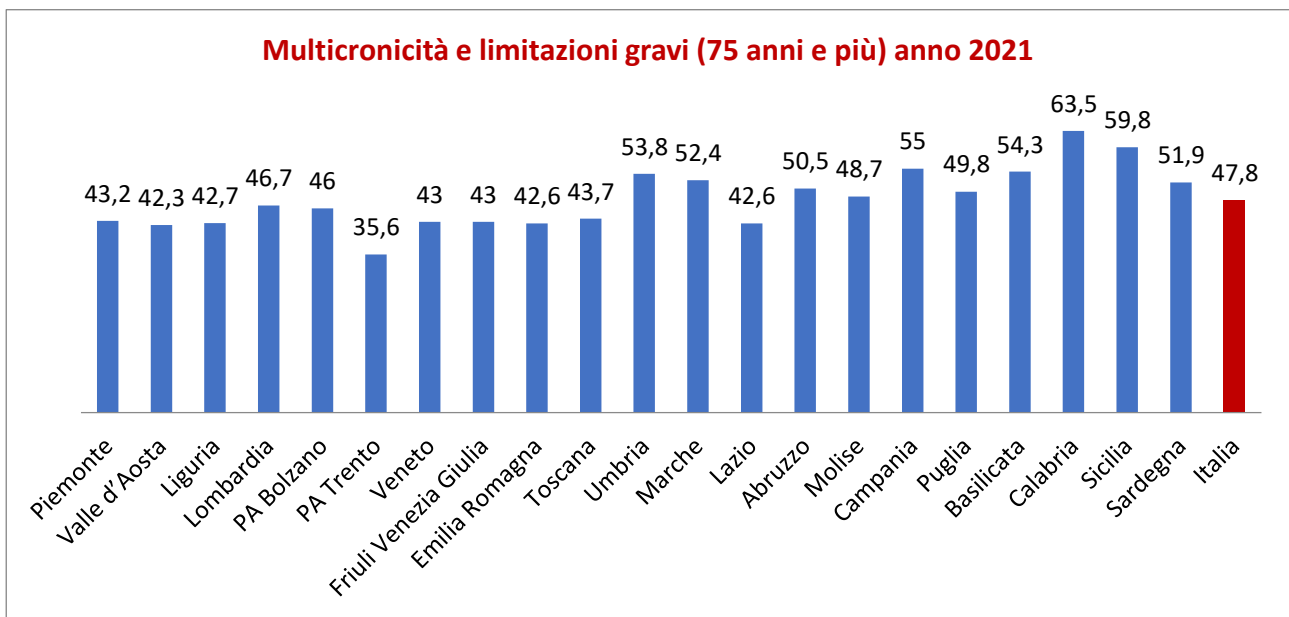
La distribuzione della fragilità tra gli over 65 mostra **un gradiente Nord-Sud della fragilità a sfavore delle Regioni meridionali (23% vs 14% nel Centro e 11% nel Nord).**

⁶⁶ Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l’implementazione del PNRR, Agenas 2022.

⁷ Epicentro, ISS, Passi

Popolazione anziana con fragilità o gravi limitazioni – 2021		
Regione	Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) anno 2021	Anziani fragili secondo Passi d'argento anno 2021
Piemonte	43,2	--
Valle d'Aosta	42,3	---
Liguria	42,7	6,8
Lombardia	46,7	--
PA Bolzano	46	12,3
PA Trento	35,6	---
Veneto	43	---
Friuli Venezia Giulia	43	15,6
Emilia Romagna	42,6	10,4
Toscana	43,7	14,3
Umbria	53,8	13,1
Marche	52,4	15,9
Lazio	42,6	13,9
Abruzzo	50,5	16,2
Molise	48,7	22,2
Campania	55	28,6
Puglia	49,8	19,6
Basilicata	54,3	21
Calabria	63,5	27,9
Sicilia	59,8	21,4
Sardegna	51,9	12,1
Italia	47,8	16,9

Fonte: Salutequità su dati Passi d'argento, ISS e Rapport BES, Istat 2021
Valore sopra la media nazionale; **Valori (entrambi)** sopra la media nazionale



Fonte: Rielaborazione Salutequità su dati Istat, 2021

1.1 Gli anziani hanno rinunciato di più a curarsi durante la pandemia

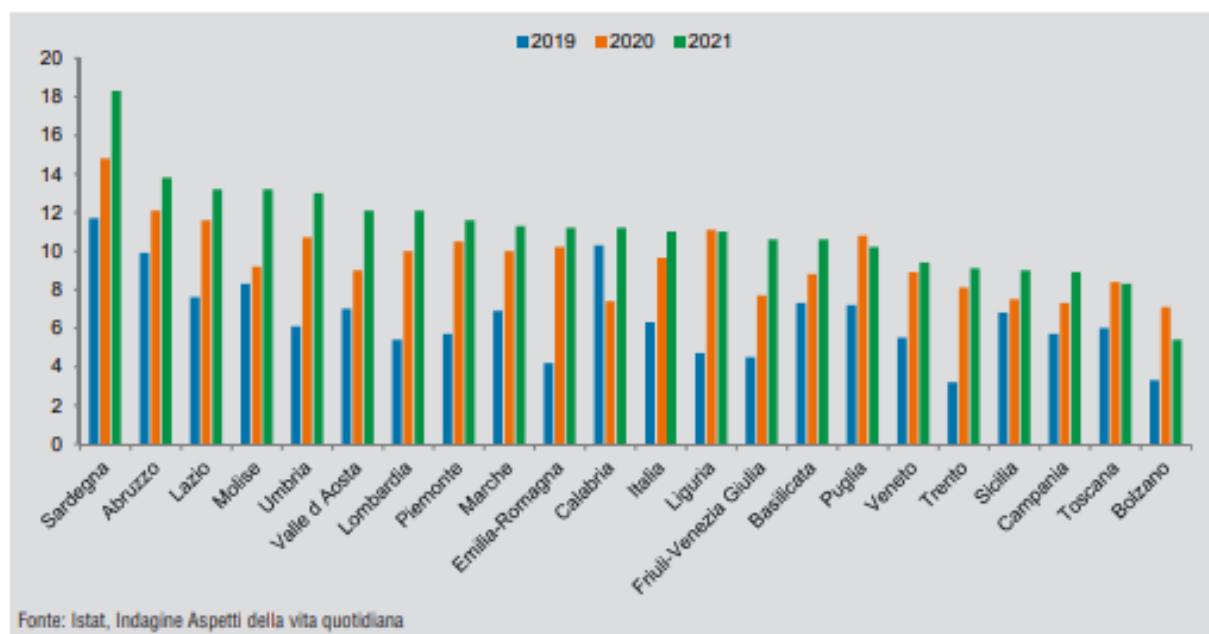
Nel 2021 l'11,0% delle persone che avevano bisogno di visite specialistiche (escluse le visite dentistiche) o esami diagnostici ha dichiarato di averci rinunciato per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio. "Al livello regionale, permangono comunque alcune situazioni particolarmente critiche, come ad esempio in Sardegna, dove la percentuale di persone che hanno rinunciato a visite o accertamenti nel 2021 è pari al 18,3%, con un aumento di 6,6 punti percentuali rispetto al 2019; in Abruzzo la quota si stima pari al 13,8%; in Molise e nel Lazio la quota è pari al 13,2% con un aumento di circa 5 punti percentuali rispetto a due anni prima"⁸.

La **rinuncia alle cure colpisce di più chi vive in un comune centro di area metropolitana**: si è passati dal 7,3% del 2019 al 12,8% nel 2021.

I **problemi di accesso si acquiscono con l'età** e colpiscono più massicciamente le persone anziane: si passa dal 14,6% dei 55-59enni di chi ha dichiarato di aver dovuto rinunciare a visite o esami necessari al 17,8% nella fascia con più di 74 anni.

⁸ Istat, Bes 2021,

Figura 1. Persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, per regione. Anni 2019-2021. Valori percentuali



Ancora l’impatto della rinuncia alle cure sulla salute non è stato quantificato, ma effetti sull’aderenza alle terapie ed ai percorsi è stata documentata da documenti ufficiali, è quindi possibile ipotizzare una maggiore vulnerabilità ed esposizione ad aumento delle complicanze.

2. Il Piano Nazionale Prevenzione 2020–2025

Il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 intende garantire la salute (individuale e collettiva) e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale attraverso azioni basate su evidenze di efficacia ed equità che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi in cui vive e lavora. L’approccio di riferimento è quello One health, ovvero della salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell’essere umano, della natura e dell’ambiente.

Tra gli obiettivi del PNP ci sono il miglioramento dei livelli di Health Literacy (alfabetizzazione sanitaria) e della capacità degli individui di interagire con il SSN attraverso relazioni basate sulla fiducia, la consapevolezza e l'agire responsabile. La visione è *life course* per il mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza, in ogni luogo di vita (scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari, città) e di genere.

Ogni Regione è chiamata ad adottare un proprio Piano; è previsto il monitoraggio dello stato di avanzamento dei programmi regionali inclusi nei PRP e la valutazione del raggiungimento degli Obiettivi strategici nazionali, sulla base di un sistema di indicatori e relativi standard, il quale si raccorda con il sistema di verifica degli Adempimenti LEA e con il Nuovo Sistema di Garanzia (area Prevenzione).

Si legge dal sito del Ministero della Salute che "tutte le Regioni sono risultate adempienti per il 2021 e hanno deliberato, entro la scadenza fissata, i PRP opportunamente revisionati dopo la fase di interlocuzione⁹."

La parola *anziani* ricorre 42 volte nel PNP. Tra gli obiettivi strategici rivolti a questo target troviamo: **ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità**; migliorare la conoscenza e la percezione del rischio domestico negli anziani; favorire l'attività fisica.

Rispetto alla vaccinazione antinfluenzale troviamo: aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie).

Equità è una parola che ricorre ben 127 volte nel PNP. Rappresenta un elemento centrale, un obiettivo da conseguire e diventa anche una lente con la quale osservare, programmare e misurare gli interventi di prevenzione. L'appendice "Agire con le lenti dell'equità" riferisce che questo "richiede un cambiamento politico, istituzionale, organizzativo e professionale per indirizzare l'approccio della salute in tutte le politiche e le azioni più idonee per una governance intersettoriale verso una maggiore equità nella prevenzione. Per implementare questo proposito sono disponibili numerosi strumenti, ad esempio l'Health Equality Impact Assessment (HEIA) per le valutazioni ex ante del potenziale impatto di una situazione o di un intervento e l'Health Equity Audit (HEA) sia per interventi già in corso che per nuove azioni da progettare".

⁹<https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5768&area=prevenzione&menu=vuoto>

3. L'influenza e la vaccinazione antinfluenzale

Ogni anno, in Europa, l'ECDC stima che si verifichino dai 4 ai 50 milioni di casi sintomatici di influenza e che 15.000/70.000 cittadini europei muoiano ogni anno di cause associate all'influenza. Il 90% dei decessi si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni, specialmente tra quelli con condizioni cliniche croniche di base. Nel nostro Paese l'influenza e la polmonite sono classificate tra le prime 10 principali cause di morte¹⁰.

Il 6 luglio 2022 il Ministero della Salute, in accordo con l'ISS, ha emanato la circolare Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2022-2023, con le indicazioni dell'Oms sulla composizione dei vaccini antinfluenzali.

Per il secondo anno consecutivo, per effetto della pandemia di Covid-19 meno persone sono state esposte a virus respiratori stagionali, quali l'influenza e il virus respiratorio sinciziale e l'immunità della popolazione potrebbe essere diminuita con il rischio di osservare focolai rilevanti, specialmente se causati da ceppi nuovi o introdotti di recente. Di conseguenza, nonostante l'attività dell'influenza stagionale sia bassa, la prosecuzione della vaccinazione annuale contro l'influenza è ancora fondamentale per assicurare una certa immunità nella popolazione¹¹.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha raccomandato di riconsiderare la priorità dei gruppi a rischio per la vaccinazione antinfluenzale durante la pandemia Covid-19 per assicurare un **controllo ottimale dell'influenza tra i gruppi ad alto rischio di forme gravi di malattia Covid-19 e di influenza**. Infatti il ricovero in strutture sanitarie potrebbe aumentare il rischio di esposizione a SARS-CoV-2 e il successivo sviluppo di forme gravi di Covid-19. Peraltra la protezione vaccinale antinfluenzale concorre a diminuire gli accessi al Pronto Soccorso e i ricoveri per influenza; a ridurre l'assenteismo tra gli operatori sanitari e di altri servizi essenziali per la risposta a Covid-19.

Ecco le categorie per le quali il Ministero della salute raccomanda l'offerta attiva e gratuita per la campagna 2022-2023.

Elenco delle categorie per le quali la vaccinazione antinfluenzale stagionale è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente (campagna 2022-2023).

Persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza:

✓ **Donne** che all'inizio della stagione epidemica si trovano **in gravidanza e nel periodo "postpartum"**.

¹⁰ [Influenza 2022-2023 | CCM - Network](#)

¹¹ [Influenza 2022-2023 | CCM - Network](#)

✓ **Soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie** che aumentano il rischio di complicanze da influenza:

- malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO);
- malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite;
- diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con indice di massa corporea BMI >30);
- insufficienza renale/surrenale cronica;
- malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;
- tumori e in corso di trattamento chemioterapico;
- malattie congenite o acquisite che comportino carenza di produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;
- malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale;
- patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;
- patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari);
- epatopatie croniche.

✓ **Soggetti di età pari o superiore a 65 anni.**

✓ **Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico**, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.

✓ Individui di qualunque età **ricoverati presso strutture per lungodegenti.**

✓ **Familiari e contatti (adulti e bambini) di soggetti ad alto rischio di complicanze** (indipendentemente dal fatto che il soggetto a rischio sia stato o meno vaccinato).

Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori:

- **Medici e personale sanitario di assistenza** in strutture che, attraverso le loro attività, sono in grado di trasmettere l'influenza a chi è ad alto rischio di complicanze influenzali.
- **Forze di polizia e Vigili del fuoco**
- **Altre categorie socialmente utili** che potrebbero avvantaggiarsi della vaccinazione, per motivi vincolati allo svolgimento della loro attività lavorativa; a tale riguardo, la vaccinazione è raccomandata ed è facoltà delle Regioni/PP.AA. definire i principi e le modalità dell'offerta a tali categorie.

Infine, è pratica internazionalmente diffusa l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antinfluenzale da parte dei datori di lavoro ai lavoratori particolarmente esposti per attività svolta e al fine di contenere ricadute negative sulla produttività.

Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani:

allevatori; addetti all'attività di allevamento; addetti al trasporto di animali vivi; macellatori e vaccinatori; veterinari pubblici e libero-professionisti.

Altre categorie cui la vaccinazione è fortemente raccomandata:

Donatori di sangue; bambini sani nella fascia di età 6 mesi - 6 anni; soggetti nella fascia di età 60-64 anni.

Fonte: Raccomandazione Ministero Salute, 6 luglio 2022

L'Oms e il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-19 riportano che gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale sono:

- 75% come obiettivo minimo perseguibile
- 95% come obiettivo ottimale negli ultra65enni e nei gruppi a rischio.

Le Regioni devono assicurare che la copertura vaccinale sia la più alta possibile e la realizzazione di iniziative volte a promuovere fortemente la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, in tutte le occasioni possibili.

Per la stagione 2022-2023 ci sarà una novità nella raccolta dei dati sul numero di soggetti vaccinati: l'istituzione dell'Anagrafe vaccinale nazionale (Avn) del Ministero della Salute permetterà per la prima volta di raccogliere i dati dei soggetti vaccinati anche per i vaccini antinfluenzali.

Per i calcoli si continuerà a utilizzare il rodato portale dell'ISS. I dati informatizzati saranno inseriti nella piattaforma web dalle Regioni, in via provvisoria, entro e non oltre il 31 gennaio 2023 e in via definitiva entro e non oltre il 15 aprile 2023¹².

3.1 Vaccinazione antinfluenzale per “alleggerire” la pressione sul pronto soccorso

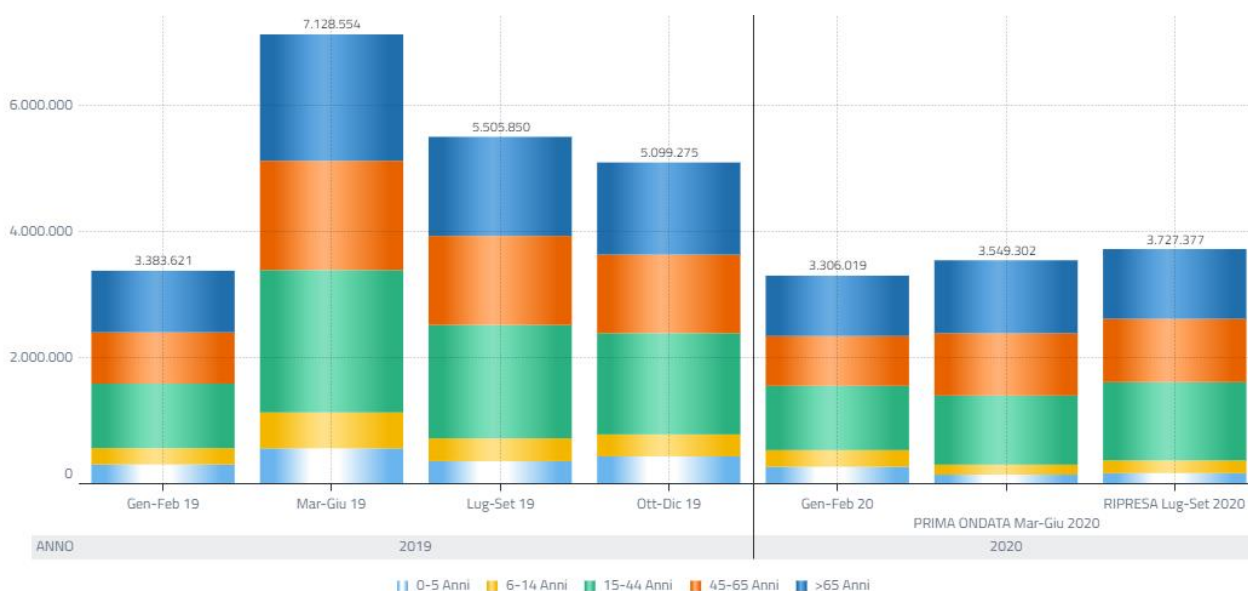
La vaccinazione antinfluenzale, così come riportato dall'OMS, può contribuire a ridurre il peso assistenziale e la pressione sui pronto soccorso. Andando a guardare un po' di rassegna stampa a ritroso, almeno dal 2011, sono numerosi i titoli di giornale che parlano di pronto soccorso in tilt a causa dell'influenza stagionale con conseguente sovraffollamento, ambulanze in attesa di recuperare le barelle, attese per i ricoveri estenuanti, etc.

¹² Fonte: ISS

Sono ben note le difficoltà che caratterizzano oggi questo settore nevralgico dell'assistenza che garantisce un presidio sanitario attivo h24, 7/7 ad ogni individuo: carenze di personale e concorsi andati deserti; affollamento, tempi di ricovero lunghi e disagi per gli assistiti solo per citare due esempi.

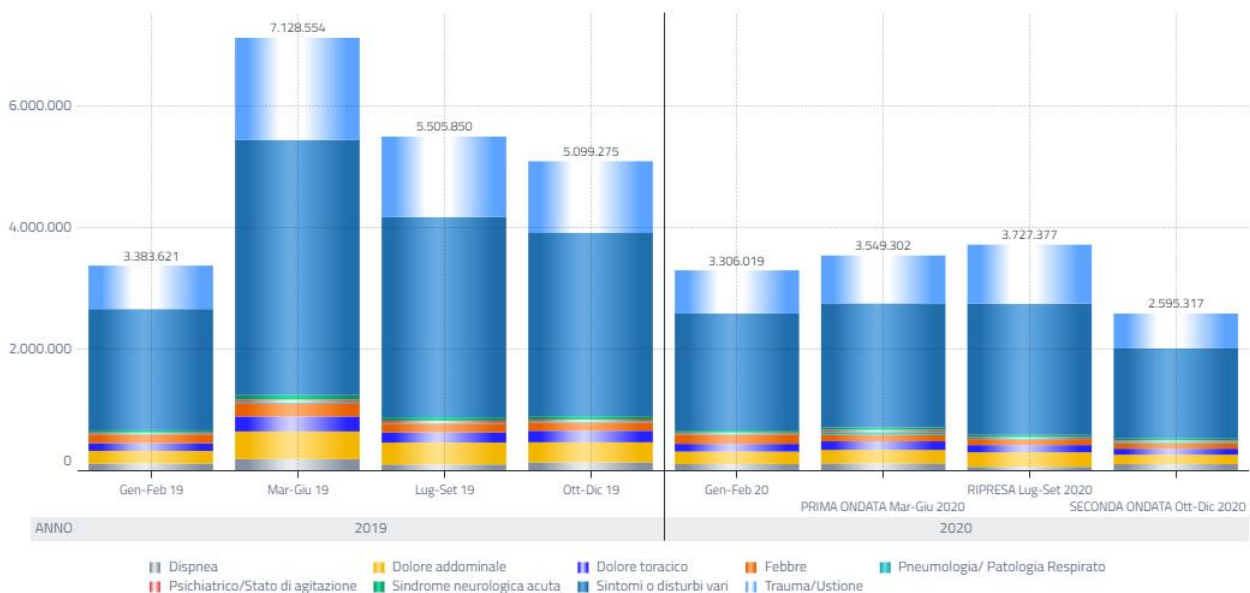
L'incremento di accessi legati alle complicanze influenzali rappresenta un aggravio all'attività ordinaria. Se a questo aggiungiamo il periodo pandemico e le possibili nuove ondate che possono presentarsi, è evidente che agire per prevenire e decomprimere l'impatto sull'emergenza-urgenza è vitale.

Come mostrano le immagini più in basso la popolazione anziana (over65) è una fetta consistente di chi chiede assistenza al Pronto Soccorso. Rispetto al 2019, nel 2020 si è ridotto il ricorso al pronto soccorso in generale, e da parte degli anziani in particolare, a causa della pandemia da Covid-19 che ha allontanato le persone dai servizi sanitari per paura del contagio.



Fonte: Portale Covid-19, Agenas

Guardando alle cause che hanno indotto le persone a rivolgersi al pronto soccorso, tra le quali sintomi in comune con l'influenza, come la febbre e le patologie respiratorie, c'è da considerare che **la vaccinazione antinfluenzale ridurrebbe gli accessi in pronto soccorso per febbre e per complicanze in comorbilità/comorbidità di patologia infettiva.**



Fonte: Portale Covid-19, Agenas

Non sono ad oggi disponibili dati relativi al ricorso al pronto soccorso più aggiornati: è ipotizzabile un incremento di accessi nel 2021 e 2022 dovuto anche alla riduzione delle prestazioni sanitarie in “via ordinaria” di carattere ambulatoriale.

4. Gli elementi di successo di una campagna vaccinale

Il Rapporto Osmed di AIFA spiega che **“Le coperture vaccinali (CV) rappresentano l’indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali**, poiché forniscono informazioni in merito alla loro reale implementazione sul territorio e sull’efficienza del sistema vaccinale”¹³

Un fattore che incide sull’adesione alle campagne vaccinali è la cosiddetta *vaccine hesitancy*, esitazione vaccinale. Oltre a componenti individuali, legate alla percezione e alla fiducia, ci sono anche aspetti di carattere organizzativo che possono determinare il successo/insuccesso di una campagna vaccinale. Lo dimostra chiaramente ECDC nelle sue pubblicazioni e nelle buone pratiche raccolte.

¹³ “Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali. L’uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2021. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2022”

*L'esitazione vaccinale è definita come un comportamento, influenzato da un numero di fattori, che includono problemi di **fiducia** (es. basso livello di fiducia nei vaccini o in chi li somministra), **noncuranza** (es. percezione negativa/assente del bisogno di, o del valore, dei vaccini), e **accessibilità** (es. mancanza di un facile accesso alle vaccinazioni). Gli individui esitanti sono un gruppo eterogeneo che comprende vari livelli di indecisione rispetto a specifici vaccini o alla vaccinazione in generale. Gli individui esitanti possono accettare tutti i vaccini ma rimanere scettici rispetto ai vaccini, alcuni possono rifiutare o ritardare alcuni vaccini, ma accettarne altri, altri individui possono rifiutare tutti i vaccini.¹*

Guardando in particolare al target degli anziani fragili, quando si parla di accessibilità e "facilità di accesso", vanno considerate alcune specificità:

1. hanno bisogno di un caregiver per le azioni di cura di sé (oltre il 90% dei casi) e non sempre il caregiver è convivente o è esso stesso anziano;
2. la condizione di multicronicità richiede accessi multipli ai servizi sanitari per controllare le patologie da cui è affetto o gestire eventuali complicanze;
3. il coordinamento degli interventi assistenziali può essere difficile per il caregiver (spesso sono anziani che si prendono cura di altri anziani) o per l'anziano stesso;
4. la facilità nel raggiungere il luogo della vaccinazione: la rinuncia alle cure, più alta tra gli anziani, risente anche degli aspetti logistici dei servizi sanitari;
5. gratuità della prestazione vaccinale.

Queste 5 dimensioni possono incidere positivamente o negativamente sulla risposta individuale alla vaccinazione.

Andrebbe evitato un aggravio assistenziale per i caregiver: le numerose necessità assistenziali potrebbero generare una "competizione" tra loro e porre la vaccinazione in basso nella scala di priorità delle esigenze primarie, in particolare per i pazienti con più patologie/disabilità.

Nelle persone affette da più patologie l'interlocuzione del paziente è con professionisti sanitari diversi, che non sempre sono coordinati tra loro, e con una sintesi del quadro clinico fatta spesso dal paziente/caregiver: le indicazioni sull'opportunità/necessità/importanza della vaccinazione possono essere talvolta discordanti e disorientanti.

Ci sono poi altri aspetti che concorrono al successo delle campagne vaccinali, e quindi impattano sull'equità nelle politiche di prevenzione, e attengono ad esempio l'approvvigionamento, la logistica, il monitoraggio delle coperture e la vaccino-vigilanza.

Il PanFlu indica tra gli elementi strutturali nell'implementazione della vaccinazione stagionale contro l'influenza proprio l'adeguatezza dell'acquisto delle dosi ai target di copertura vaccinale.

Tabella 13. Alcuni esempi di elementi strutturali nell'implementazione della vaccinazione stagionale contro l'influenza

Elementi	Descrizione	Attori principali
Adeguaire l'acquisto delle dosi ai target di copertura vaccinale previsti includendo anche gli effetti positivi della vaccinazione	Garantire la disponibilità di forniture annuali di vaccino contro l'influenza stagionale da fonti nazionali o internazionali.	Regioni/PA
Disporre di sistemi per monitorare la copertura vaccinale e gli eventi avversi dopo la vaccinazione	anagrafe vaccinale nazionale/sistema di copertura vaccinale antinfluenzale Sistema di farmacovigilanza nazionale	Ministero della Salute ISS AIFA

Nei paragrafi che seguono presenteremo dati relativi ad alcune componenti che possono contribuire al successo della campagna vaccinale come fiducia, capillarità e facilità di accesso, approvvigionamenti.

5. Vaccini antinfluenzali: disponibilità e consumi nella campagna 2021–2022

Le persone che intendono sottoporsi alla vaccinazione antinfluenzale e vogliono avere informazioni, trovano **sul sito del Ministero della salute una sezione dedicata alle FAQ che cerca di rendere fruibili e alla portata di tutti informazioni tecniche. Le FAQ¹⁴ risultano aggiornate al 4 ottobre 2021.**

Rispetto ai vaccini disponibili ed utilizzati in Italia si legge che sono autorizzati dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) e/o dall'Agenzia italiana del Farmaco (AIFA). Tuttavia, non tutti i vaccini autorizzati per l'uso sono necessariamente disponibili sul mercato: la disponibilità delle diverse tipologie di vaccini dipende sia dalla decisione delle ditte produttrici dei vaccini di mettere a disposizione uno o tutti i loro prodotti in un determinato mercato, sia dalle Regioni che decidono annualmente, attraverso delle gare per la fornitura di vaccini, tra i prodotti disponibili in commercio, quelli che saranno utilizzati durante le campagne vaccinali¹⁵.

La spesa per vaccini è passata da 4,8 euro del 2014 a 10,5 euro pro-capite del 2021: praticamente un raddoppio.

¹⁴ [FAQ - Influenza e vaccinazione antinfluenzale \(salute.gov.it\)](#) – ultimo accesso 26 ottobre

¹⁵ [FAQ - Influenza e vaccinazione antinfluenzale \(salute.gov.it\)](#)

Il vaccino antinfluenzale rappresenta quasi il 30% del totale, attestandosi così come prima voce di spesa in questo ambito: **nel 2021 sono stati investiti 3,10 euro pro-capite per (incremento del 100,9% rispetto all'anno precedente).**

Spesa e dosi di vaccino anni 2020-2021									
Tipologia di Vaccino	Spesa pro-capite	Diff. % 2020-2021	CAGR* 2014-2021	DDD/1000 ab die	Diff. % 2020-2021	CAGR* 2014-2021	Costo medio DDD	Diff. % 2020-2021	
Antinfluenzale	3,10	100,9	25,2	0,8	10,9	- 6,0	11,07	81,7	
Antinfluenzale da virus inattivato, antigene di superficie, adiuvato	1,52	>100	26,9	0,3	29,7	11,1	14,99	>100	
Antinfluenzale tetravalente da virus inattivato, splittato	0,99	11,5	>100	0,4	-5,4	>100	7,35	18,2	
Antinfluenzale tetravalente da virus inattivato, antigene di superficie	0,21	90,8	-	0,1	86,7	--	7,59	2,5	

Fonte: rielaborazione Salutequità su dati Rapporto Osmed 2021
*incremento medio annuo

I dati pubblicati da AIFA non consentono di definire quali siano gli investimenti regionali per la vaccinazione antinfluenzale. E' però utile vedere quante dosi e quanta spesa sia stata destinata all'acquisto di vaccini.

Si può vedere che la spesa maggiore interessa le Regioni del sud con una spesa di 11,08 euro pro-capite. **Le Regioni che investono di più in vaccini sono Emilia Romagna (12,38 euro/pro-capite), Sicilia (12,07), Puglia (12,05). Lombardia, PA Bolzano, PA Trento, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Campania e Sicilia hanno consumi e costo medio per DDD superiori alla media nazionali.** Sul versante opposto (quindi consumo e costo medio DDD inferiori alla media nazionale) troviamo Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta, Toscana, Basilicata, Sardegna e Calabria.

Tabella 3.4.3b Vaccini, andamento regionale della spesa *pro capite*, del consumo (DDD/1000 abitanti *die*) e costo medio per giornata di terapia: confronto 2014-2021

Regione	2020			2021			Δ % 21-20			CAGR % 14-21		
	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 <i>ab die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 <i>ab die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 <i>ab die</i>	Costo medio DDD	Spesa <i>pro capite</i>	DDD/1000 <i>ab die</i>	Costo medio DDD
Piemonte	6,87	1,0	19,24	7,19	1,0	20,38	4,8	-0,8	5,9	9,8	4,1	5,5
Valle d'Aosta	6,12	1,0	16,74	8,50	1,1	21,64	38,9	7,7	29,3	10,7	5,4	5,0
Lombardia	9,89	1,1	24,51	10,68	1,3	23,14	7,9	14,6	-5,6	14,7	-11,2	29,2
PA Bolzano	9,52	1,0	26,93	10,81	1,2	25,20	13,6	21,7	-6,4	10,7	-11,0	24,4
PA Trento	11,21	1,4	22,49	11,89	1,4	23,91	6,0	0,0	6,3	12,5	6,9	5,2
Veneto	10,19	1,3	21,29	11,03	1,3	23,47	8,2	-1,6	10,3	11,3	-1,0	12,4
Friuli VG	8,41	1,1	20,33	11,77	1,6	20,38	39,9	39,9	0,3	11,6	0,2	11,4
Liguria	7,45	1,1	18,25	8,84	1,2	19,63	18,7	10,7	7,6	11,6	5,3	5,9
Emilia R.	9,49	1,3	19,28	12,38	1,5	22,81	30,5	10,6	18,3	15,3	-1,9	17,5
Toscana	9,68	1,4	18,44	8,84	1,2	19,84	-8,6	-14,8	7,6	15,5	-7,6	25,0
Umbria	7,99	1,2	17,66	10,20	1,2	22,96	27,7	-1,5	30,0	12,2	4,1	7,8
Marche	8,16	1,2	18,42	9,18	1,2	20,78	12,5	0,0	12,8	12,3	5,9	6,1
Lazio	11,27	1,5	21,02	10,89	1,3	22,72	-3,4	-10,4	8,1	13,7	3,7	9,6
Abruzzo	7,77	1,0	21,68	9,66	1,2	22,90	24,3	18,0	5,6	12,4	3,8	8,2
Molise	7,58	1,0	21,62	10,75	1,4	21,06	41,7	45,9	-2,6	11,3	5,3	5,7
Campania	9,60	1,3	20,49	11,32	1,3	23,27	17,9	4,1	13,6	13,3	2,0	11,0
Puglia	10,93	1,4	21,13	12,05	1,6	20,79	10,3	12,4	-1,6	6,6	2,1	4,5
Basilicata	7,55	0,9	22,67	9,12	1,2	21,04	20,7	30,5	-7,2	6,7	-0,3	7,1
Calabria	8,44	1,1	20,34	10,43	1,2	23,30	23,5	8,2	14,5	12,0	-0,1	12,1
Sicilia	10,04	1,2	22,41	12,07	1,3	24,79	20,2	9,0	10,6	8,4	-2,2	10,8
Sardegna	6,47	0,9	19,68	7,86	1,1	20,21	21,5	18,6	2,7	9,1	0,9	8,1
Italia	9,43	1,2	21,01	10,54	1,3	22,39	11,8	5,1	6,6	11,9	-2,6	14,9
Nord	9,18	1,2	21,59	10,41	1,3	22,48	13,4	9,2	4,1	13,0	-5,2	19,2
Centro	10,10	1,4	19,66	9,96	1,3	21,60	-1,5	-10,1	9,9	13,9	-0,8	14,8
Sud e Isole	9,38	1,2	21,17	11,08	1,3	22,73	18,2	10,4	7,4	9,7	0,7	8,9

Fonte: Rapporto Osmed 2021

Nella precedente campagna vaccinale antinfluenzale 2021-2022, la Fondazione Gimbe ha messo in evidenza che per la parte approvvigionamenti, la disponibilità nazionale di vaccini antinfluenzali è stata di 17.866.550 dosi.

L'aspetto quantitativo, ovvero della disponibilità di un numero di dosi sufficiente a coprire la popolazione target, è un'informazione utile per capire lo sforzo dispiegato, la strategia e la previsione di copertura della Regione stessa. Si sono registrate variabilità regionali nelle scelte di acquisto/gara.

Le regioni che hanno provveduto a scorte di vaccino capaci di coprire meno del 75% della popolazione target per età sono state: Provincia Autonoma di Trento (copertura sufficiente per il 70,2%), Piemonte (67,9%), Lombardia (66,3%), Umbria (61,9%), Molise (57,1%), Valle d'Aosta (51,5%), Abruzzo (49%), Provincia Autonoma di Bolzano (38,3%), Basilicata (29%). 12 Regioni si sono aggiudicate un quantitativo adeguato di dosi per raggiungere la copertura del 75% della popolazione target per età.

Regione	Dosi aggiudicate	Popolazione target secondo criteri anagrafici circolare Ministero della Salute				% copertura popolazione target	Dosi residue*
		6 mesi-6 anni [§]	60-64 anni	≥ 65 anni	Totale		
Abruzzo	228.000	66.132	87.172	312.464	465.768	49,0%	-
Basilicata	56.370	26.436	38.354	129.395	194.185	29,0%	-
Calabria	590.000	105.085	127.471	420.413	652.969	>75%	100.273
Campania	1.558.707	333.698	357.136	1.091.106	1.781.940	>75%	222.252
Emilia Romagna	1.200.000	237.185	281.537	1.067.972	1.586.694	>75%	9.980
Friuli Venezia Giulia	346.600	58.127	79.194	317.856	455.177	>75%	5.218
Lazio	2.400.000	318.580	370.435	1.275.930	1.964.945	>75%	926.291
Liguria	500.000	68.391	105.179	441.762	615.332	>75%	38.501
Lombardia	2.432.465	555.030	614.930	2.272.836	3.442.796	70,7%	-
Marche	421.148	76.968	99.546	378.321	554.835	>75%	5.022
Molise	63.000	13.935	21.016	75.287	110.238	57,1%	-
Prov. Aut. Bolzano	65.000	35.735	29.886	104.037	169.658	38,3%	-
Prov. Aut. Trento	130.000	31.534	34.304	119.381	185.219	70,2%	-
Piemonte	1.100.000	217.701	288.774	1.112.742	1.619.217	67,9%	-
Puglia	2.100.000	207.777	256.253	889.792	1.353.822	>75%	1.084.634
Sicilia	1.500.650	278.677	319.810	1.059.985	1.658.472	>75%	256.796
Sardegna	530.000	71.806	117.097	389.614	578.517	>75%	96.113
Toscana	1.254.700	184.434	240.531	947.088	1.372.053	>75%	225.661
Umbria	201.910	43.780	56.989	225.630	326.399	61,9%	-
Valle d'Aosta	23.000	6.495	8.209	29.964	44.668	51,5%	-
Veneto	1.320.000	259.299	312.414	1.122.005	1.693.718	>75%	49.712
ITALIA	17.866.550	3.196.799	3.846.237	13.783.580	20.826.616	-	3.015.453

*Dosi di vaccino disponibili per le categorie non a rischio

§La popolazione 6 mesi-1 anno corrisponde al 50% di quella 0-1 anni.



Tabella 6. Disponibilità nazionale dei vaccini antinfluenzali per la stagione influenzale 2020/2021

Le dosi residue a disposizione per la popolazione non a rischio risulta differenziata tra le regioni: la Puglia è quella che ha quantitativi superiori (1.084.634); seguono poi Lazio (926.291), Sicilia (256.796), Toscana (225.661), Campania (217.252), Calabria (100.273), Sardegna (96.113), Veneto (49.712), Liguria (38.501), Emilia-Romagna (9.980), Friuli-Venezia Giulia (5.218), Marche (5.022)

La circolare del 6 luglio 2022 del Ministero della salute "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2022-2023" sottolinea che "al fine di ridurre l'impatto di una probabile co-circolazione di SARS-CoV-2 e virus influenzali nel prossimo autunno, **è cruciale che le Regioni e Province Autonome avviino le gare per l'approvvigionamento dei vaccini anti-influenzali al più presto basandole su stime effettuate sulla popolazione eleggibile e non sulle coperture delle stagioni precedenti**".

C'è poi l'aspetto qualitativo, ovvero quali vaccini e dove vengono somministrati. Il fattore qualitativo sembra aver assunto importanza nella comunicazione della campagna appena avviata.

Guardando all'avvio delle campagne vaccinali di questa stagione (2022-2023) diverse sono state le sottolineature di esperti/assessori relative a soluzioni "personalizzate" per target: dai vaccini somministrati via spray nasale per l'età pediatrica, a soluzioni specifiche per la popolazione anziana e fragile.

6. Fattori agevolanti: fiducia nel personale sanitario e capillarità

C'è un'arma a disposizione delle Regioni e dei cittadini per favorire la protezione dall'influenza e dalle relative complicanze a breve e medio-lungo termine sull'anziano (e non solo): è la fiducia che le persone ripongono nel personale sanitario e nei medici.

E' una leva sulla quale puntare, unitamente a campagne di comunicazione efficaci e ben curate.

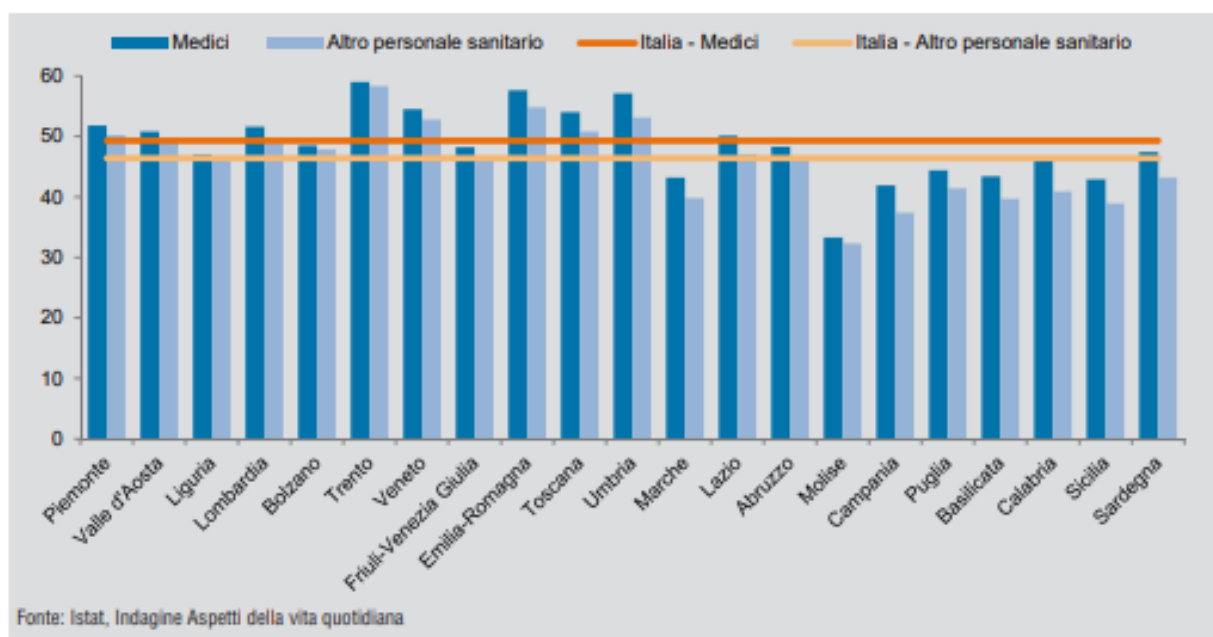
Il Rapporto ISTAT del 2021 mostra che **la fiducia che le persone nutrono verso medici e altro personale sanitario è mediamente elevato: nel 2021 il voto medio è stato 7,3 per i medici e 7,2 per il personale sanitario**, valori simili a quelli espressi nei confronti delle Forze dell'ordine e dei Vigili del fuoco. Questo potrebbe essere legato anche all'impegno dimostrato durante la pandemia che ha posto la figura di medici e infermieri al centro dell'attenzione pubblica.

Circa una persona su due ha dato un punteggio di fiducia pari o superiore a 8 sia al personale sanitario sia ai medici, anche se la fiducia nei medici è leggermente più alta rispetto alle altre figure professionali.

Le regioni in cui la fiducia nei medici e nel personale sanitario è più alta sono la provincia autonoma di Trento, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana e l'Umbria rispetto alla media nazionale: oltre il 50% delle persone ha dato un voto pari o superiore a 8 sia ai medici, sia al resto del personale sanitario.

Sono al di sotto della media nazionale nella fiducia della popolazione verso medici e altri sanitari: Molise (punteggi più bassi in assoluto), Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna, Marche. In Liguria la fiducia è nella media per quel che riguarda altro personale sanitario, più bassa per i medici.

Figura 2. Persone di 14 anni e più che hanno espresso un punteggio tra 8 e 10 per la fiducia nei medici e nel personale sanitario per regione. Anno 2021. Valori percentuali



La raggiungibilità e facilità di accesso per sottoporsi ad una vaccinazione è "fattore favorente" l'adesione vaccinale.

La parola prossimità è diventata ormai un leit-motif per chi si occupa di sanità, è un obiettivo da conseguire attraverso la messa in atto del PNRR, e nella vaccinazione degli anziani fragili può davvero essere strumento dirimente per raggiungere la popolazione target di riferimento.

Parlando di prossimità viene subito in mente il medico di medicina di generale/PLS, da sempre considerati il punto di riferimento più prossimo e vicino al cittadino capace di conoscerne i bisogni sanitari e sociali e la farmacia, che ha giocato un ruolo straordinario per i servizi rivolti al cittadino in contesto pandemico.

La raccomandazione del Ministero della salute del 6 luglio indica che "le Regioni/PP.AA., per assicurare che la copertura vaccinale sia la più alta possibile, con il coinvolgimento dei MMG e PLS, attiveranno, nei confronti delle persone idonee alla vaccinazione, azioni di offerta attiva di provata efficacia. È richiesta, inoltre, la realizzazione di iniziative volte a promuovere fortemente la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, in tutte le occasioni possibili. I benefici del vaccino tra tutti i gruppi raccomandati dovrebbero essere comunicati e la vaccinazione resa accessibile il più facilmente possibile."

I medici di medicina generale, o medici di famiglia, nel 2020 (dato più aggiornato) sono 41.707.

Oltre un medico di famiglia su 3 si occupa di più di 1500 assistiti. Percentuale che sale ad oltre uno su due al nord: Lombardia e PA Bolzano 63,7%, PA Trento e Veneto oltre 57% e Valle d'Aosta cifra tonda: 50%.

Elevata è la percentuale di medici che percepisce indennità per attività in forma associativa, che quindi, dovrebbe favorire una migliore organizzazione e gestione del paziente.

ANNO 2020															
Regione	Medici Generici distinti per classi di scelte											Indennità		Numero	
	Da 1 a 50		Da 51 a 500		Da 501 a 1000		Da 1001 a 1500		Oltre 1500		Totale	per attività in forma associativa		scelte per	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	medico
PIEMONTE	16	0,5	116	3,9	370	12,6	1.300	44,1	1.144	38,8	2.946	100	2.190	74,3	1.287
VALLE D'AOSTA	2	2,4	4	4,9	5	6,1	30	36,6	41	50	82	100	58	70,7	1.328
LOMBARDIA	9	0,2	131	2,2	353	5,9	1.678	28	3.813	63,7	5.984	100	4.164	69,6	1.426
PA. BOLZANO	—	0	6	2,1	18	6,2	82	28,1	186	63,7	292	100	135	46,2	1.519
PA TRENTO	—	0	8	2,4	25	7,5	108	32,3	193	57,8	334	100	285	85,3	1.382
VENETO	20	0,7	77	2,5	219	7,1	994	32,4	1.760	57,3	3.070	100	2.632	85,7	1.385
FRIULI VENEZIA GIUL.	—	0	18	2,3	69	8,7	403	51	300	38	790	100	480	60,8	1.352
LIGURIA	17	1,5	79	7,1	180	16,2	430	38,8	403	36,3	1.109	100	786	70,9	1.204
EMILIA ROMAGNA	25	0,8	154	5,2	392	13,3	1.123	38,1	1.253	42,5	2.947	100	2.491	84,5	1.307
TOSCANA	91	3,4	227	8,6	337	12,7	916	34,6	1.073	40,6	2.644	100	1.960	74,1	1.225
UMBRIA	42	5,8	72	9,9	169	23,2	292	40,1	154	21,1	729	100	536	73,5	1.043
MARCHE	17	1,6	67	6,2	179	16,5	445	41,1	375	34,6	1.083	100	866	80	1.219
LAZIO	97	2,2	369	8,5	776	17,8	1.695	39	1.413	32,5	4.350	100	3.392	78	1.163
ABRUZZO	46	4,3	127	11,9	213	20	450	42,3	229	21,5	1.065	100	667	62,6	1.056
MOLISE	2	0,8	21	8,5	69	27,9	118	47,8	37	15	247	100	159	64,4	1.094
CAMPANIA	20	0,5	160	4,3	520	13,9	1.441	38,6	1.591	42,6	3.732	100	1.669	44,7	1.295
PUGLIA	71	2,2	382	11,8	723	22,3	1.476	45,5	595	18,3	3.247	100	2.432	74,9	1.078
BASILICATA	9	1,9	55	11,8	116	24,9	194	41,6	92	19,7	466	100	299	64,2	1.062
CALABRIA	12	0,8	165	11	419	28	643	43	255	17,1	1.494	100	574	38,4	1.058
SICILIA	87	2,2	463	11,8	874	22,3	1.808	46	696	17,7	3.928	100	2.146	54,6	1.072
SARDEGNA	25	2,1	77	6,6	185	15,8	553	47,3	328	28,1	1.168	100	576	49,3	1.178
ITALIA	608	1,5	2.778	6,7	6.211	14,9	16.179	38,8	15.931	38,2	41.707	100	28.497	68,3	1.238

Fonte: Annuario Statistico SSN, 2020

Resta la questione spinosa delle zone carenti, che interessano prevalentemente le aree interne del Paese, ovvero quei "territori marginalizzati e a rischio di abbandono, che ad oggi costituiscono circa il 60% della superficie italiana, con circa 4.000 centri che rientrano in questa categoria, in cui risiedono **oltre 13 milioni di cittadini** (il 22,7% della popolazione italiana)"¹⁶.

Le aree interne sono caratterizzate da un elevato tasso di anzianità e distanza dai luoghi di offerta di servizi di base come istruzione, sanità e trasporti.

Anche a questi anziani, con una fragilità ulteriore legata alla raggiungibilità e disponibilità di servizi, deve essere offerta attivamente la vaccinazione antinfluenzale.

¹⁶ [Ministro per il Sud e la Coesione territoriale - Cosa sono e come sono cambiate le aree interne](#)

Un supporto potrebbe arrivare in questo senso dalle farmacie, che contrariamente al numero dei MMG, aumentano in termini di numerosità: se nel 2019 sono presenti 19.331 farmacie, nel 2022 sono 19.901.

	numero farmacie comprehensive	Private*	Pubbliche**	Abitanti***	abitanti per farmacia
VALLE D'AOSTA	52	45	7	124.089	2.386
PIEMONTE	1.670	1.566	104	4.274.945	2.560
LIGURIA	619	599	20	1.518.495	2.453
LOMBARDIA	3.207	2.727	480	9.981.554	3.112
VENETO	1.480	1.363	117	4.869.830	3.290
BOLZANO	139	133	6	534.912	3.848
TRENTO	180	153	27	542.166	3.012
FRIULI-V.GIULIA	423	395	28	1.201.510	2.840
EMILIA-ROMAGNA	1.400	1.174	226	4.438.937	3.171
MARCHE	535	459	76	1.498.236	2.800
TOSCANA	1.254	1.013	241	3.692.865	2.945
LAZIO	1.706	1.538	168	5.730.399	3.359
UMBRIA	280	230	50	865.452	3.091
ABRUZZO	540	511	29	1.281.012	2.372
MOLISE	167	165	2	294.294	1.762
CAMPANIA	1.696	1.631	65	5.624.260	3.316
PUGLIA	1.279	1.265	14	3.933.777	3.076
BASILICATA	225	221	4	545.130	2.423
CALABRIA	808	806	2	1.860.601	2.303
SICILIA	1.613	1.599	14	4.833.705	2.997
SARDEGNA	628	622	6	1.590.044	2.532
Totale nazionale	19.901	18.215	1.686	59.236.213	2.977

*Dati Federfarma comprensivi dei 536 dispensari stagionali e succursali

**Dati Assofarm

***Popolazione residente al 1/1/2021 - fonte ISTAT

Fonte: La farmacia italiana, 2022 – Federfarma

Di queste oltre 7.200 sono farmacie rurali, cioè farmacie situate in comuni o centri abitati con meno di 5.000 abitanti, che assistono una popolazione di oltre 10 milioni di abitanti. **4.400 sono farmacie rurali sussidiate, cioè farmacie situate in località con meno di 3.000 abitanti, che servono complessivamente oltre 5 milioni di persone.** Si tratta di farmacie che, per la loro funzione di presidio sanitario unico e indispensabile sul territorio e per il fatto di operare in zone disagiate e con bacini di utenza ridotti, ricevono un sussidio dalle Regioni (di entità variabile a seconda delle norme varate a livello regionale).

Delle farmacie rurali sussidiate, **2.000 operano in centri con meno di 1.500 abitanti e servono quasi 2 milioni di persone, in gran parte anziani**¹⁷

7. Il successo delle campagne nei dati di copertura vaccinale antinfluenzale

Le coperture vaccinali nella popolazione anziana al livello nazionale -dal 2000 ad oggi-non hanno mai aggiunto l'obiettivo vaccinale minimo, ovvero il 75%.

Le coperture più alte si sono registrate nelle tre campagne 2004-2005; 2005-2006 (livello più alto in assoluto con 68,3% anziani vaccinati), 2006-2007.

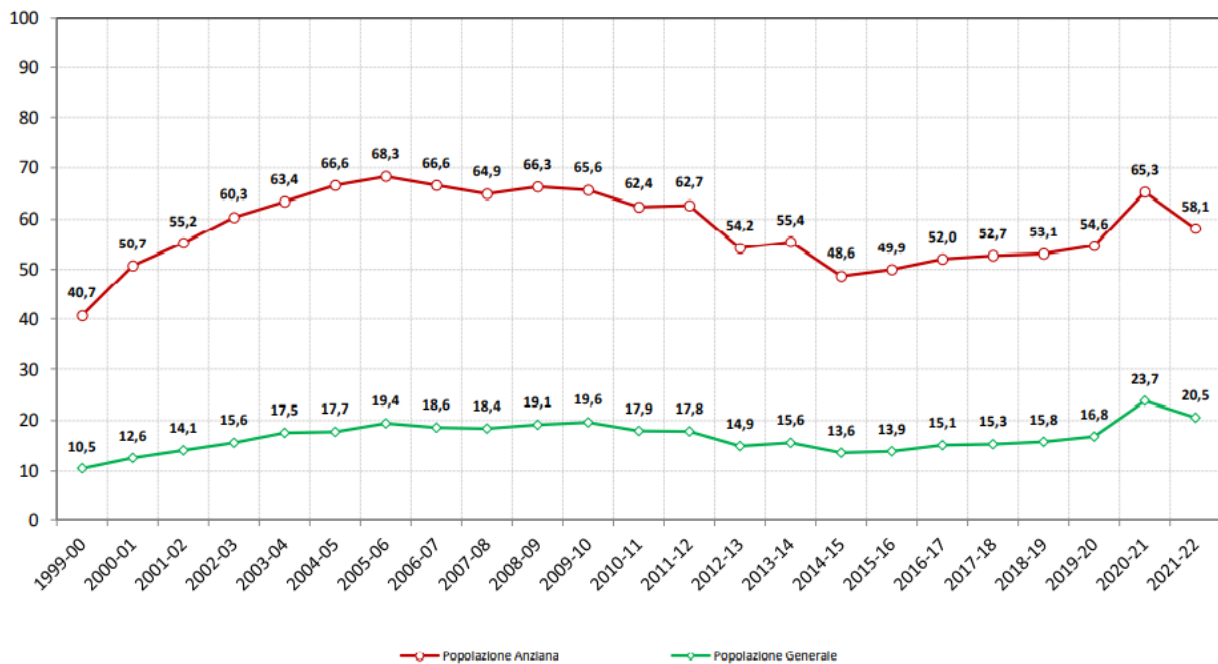
Nella stagione 2020-2021, prima campagna nel contesto pandemico da Covid-19 post lock down, si è registrata la percentuale di copertura più alta delle precedenti 10 campagne antinfluenzali: 65,3% degli over 65 vaccinati anche per effetto "trascinamento" dell'esperienza Covid-19 (molti decessi tra gli anziani, paura di infettare i propri cari e restrizioni nella vita sociale e familiare, etc.).

Dato che però non è stato mantenuto nella stagione immediatamente successiva, quando grazie ai vaccini contro il Covid-19 si è ridotta la mortalità, si è tornati ad una nuova normalità nella vita sociale e di relazione (non ancora recuperata totalmente nei contesti di cura come ospedali e di assistenza agli anziani come RSA), e la percentuale di copertura in questo contesto si è ridotta di oltre 7 punti percentuali, arrivando al 58,1%.

Il grafico che segue mostra chiaramente che siamo nella fase discendente della copertura vaccinale e che questa avvisaglia va presa in seria considerazione e modificata rapidamente. Gli esperti segnalano infatti che quest'anno l'influenza sarà particolarmente severa anche perché il virus trova un sistema immunitario "disabituato" ad entrate in contatto con il virus, visto che negli ultimi due anni anche per effetto dell'uso delle mascherine siamo stati protetti. Ora che l'obbligo è decaduto praticamente ovunque, tranne rare eccezioni come le strutture sanitarie, l'esposizione sarà aumentata.

¹⁷ La farmacia italiana 2022, Federfarma

Vaccinazione antinfluenzale nella popolazione italiana
Stagioni: 1999/00 - 2021/22



La PA di Bolzano si conferma la realtà con le coperture più basse nella campagna antinfluenzale 2021-2022 (36,1% vs 41,1% del 2020-2021), seguita dalla Sardegna (41,2%) che ha una riduzione significativa rispetto alla stagione precedente (61%). Uniche due Regioni ad aver recuperato terreno sono la Basilicata, che è passata da 56,4% a 68,5% nel 2021-2022 con un incremento di ben 12,1 punti percentuali e l’Abruzzo (+0,1 punti percentuali).

Ecco gli scostamenti in termini di punti percentuali “persi” rispetto anno precedente in ordine decrescente: Sardegna (-19,8), Calabria (-16,1), Liguria (-12,6), Molise e Sicilia (-11,7), Umbria (-8,6), Campania (-8), Veneto (-7,8); al di sotto della media nazionale (-7,2 punti percentuali) Toscana (-7,1), Piemonte (-7), Lazio (-6,5), FVG (-6,2), PA Bolzano e Emilia Romagna (-5), Lombardia (4,6), Valle d’Aosta (-3,3), Puglia (-3), Marche (-2,2).

I dati dell’ultima campagna mostrano che siamo ben lontani dall’obiettivo minimo del 75% di copertura degli anziani e che anche chi era riuscito a raggiungere questo traguardo nella stagione precedente (Umbria, Calabria e Sicilia) non è riuscito a mantenere questo livello di protezione contro l’influenza dopo la fase “più calda” del Covid-19.

E’ indispensabile invertire la rotta!

Campagne Vaccinali E Coperture Raggiunte Negli Anziani					
Regione	2005-2006	2006-2007	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Piemonte	58,8	59,3	51	62,4	55,4
Valle D`Aosta	63,1	54,2	45,4	52,6	49,3
Lombardia	64	63,1	49,9	60,6	56
Pa. Bolzano	55,2	48	32,5	41,1	36,1
Pa Trento	67,6	69,2	55,2	65,9	46,5
Veneto	73,2	74,1	53,9	59,6	51,8
Friuli Venezia Giulia	72,1		60,7	66,5	60,3
Liguria	65,3	67,5	53	68,4	55,8
Emilia Romagna	75,1	76,1	57,4	70,1	65,1
Toscana	67,6	70,3	56,4	65,5	58,4
Umbria	65,9	69	64,3	77,4	68,8
Marche	68	67,1	56,9	65	62,8
Lazio	73,3	74,1	52,7	67,7	61,2
Abruzzo	69,9	78,1	55,3	64,1	64,2
Molise	71,4	72,6	65,4	62,3	50,7
Campania	72,9	73,2	62,1	66,1	58,1
Puglia	75,4	71,5	51,4	61,1	58,1
Basilicata	64,5	71,2	60,7	56,4	68,5
Calabria	66,3	68,4	61,8	79	62,9
Sicilia	67,5	56,4	59,4	75,3	63,7
Sardegna	56,1	49,3	46,2	61	41,2
Italia	68,3	66,6	54,6	65,3	58,1

Fonte: Rielaborazione Salutequità su Ministero della Salute

8. La campagna antinfluenzale 2022–2023

Garantire un'adeguata copertura vaccinale antinfluenzale è un obiettivo necessario per tutelare la salute in particolare degli anziani fragili. Questa stagione presenta delle sfide peculiari e delle caratteristiche che abbiamo voluto sottolineare attraverso le parole di alcuni degli esperti e degli assessori alla sanità.

Tra le sfide che vengono individuate c'è quella della risposta in termini di adesione e dell'atteggiamento della popolazione verso la vaccinazione. "Dopo la pressione esercitata nell'emergenza, **c'è nella popolazione un giustificato atteggiamento di stanchezza nei confronti della vaccinazione** e questo è un dato che dobbiamo monitorare, perché

soprattutto sugli anziani e i fragili l'impatto del virus influenzale sulla loro salute li pone sensibilmente a rischio".

C'è anche chi mette in guardia rispetto alla **severità dell'influenza e alle conseguenze dell'uso sempre più limitato delle mascherine** «continuare a mettere in sicurezza prioritariamente anziani e fragili, proteggendoli dalla malattia grave e dalla ospedalizzazione. Gli esperti dicono che quest'anno l'influenza sarà particolarmente severa soprattutto a causa del fatto che negli ultimi due anni le mascherine ci hanno protetto dall'infezione. Ora che l'obbligo è decaduto praticamente ovunque, tranne rare eccezioni, il virus trova sistemi immunitari più sguarniti di difese».

Si punta anche sul "**vaccino personalizzato**". Esperti di servizi vaccinali dichiarano che «Nel caso dell'influenza, infine, non c'è un vaccino "a taglia unica", buono per tutti. Il sistema immunitario invecchia come tutto l'organismo; quindi, un vaccino tradizionale potrebbe risultare un po' meno efficace proprio in quelle fasce d'età che vanno più protette. Per questo, nei soggetti al di sopra dei 65 anni utilizziamo il vaccino "adiuvato" o "ad alto dosaggio", che consente di ottenere una risposta più efficace da parte dei sistemi immunitari più deboli; dai 6 ai 64 anni il vaccino classico, sempre efficace; per i bambini dai 2 ai 6 anni, il vaccino spray nasale, più maneggevole ed accettato da bimbi e genitori con l'influenza stagionale possiamo senz'altro ormai affermare: ad ognuno il suo vaccino».

Esperti di Sicilia e Calabria ricordano che ci sono *soluzioni vaccinali specificatamente indicate per la popolazione anziana, come il vaccino contenente un maggiore dosaggio di antigene. Questo vaccino è stato appositamente studiato per garantire una protezione superiore rispetto al vaccino a dosaggio tradizionale, nel rispetto dei medesimi standard di sicurezza e tollerabilità. È un vaccino in commercio da più di dieci anni, che ha dimostrato ampiamente la sua efficacia nel prevenire l'influenza e le sue complicanze, riducendo i ricoveri per polmoniti del 27% in più di quanto riesca a fare il vaccino standard e i ricoveri per cause cardio-respiratorie del 18% in più.*

8.1 L'avvio della campagna antinfluenzale

Nella circolare del 6 luglio del Ministero della salute si legge che "Vista l'attuale situazione epidemiologica relativa alla circolazione di SARS-CoV-2, **si raccomanda di anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale a partire dall'inizio di ottobre** e offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione. Questo può essere particolarmente importante se si tratta di una stagione influenzale tardiva o quando si presentano pazienti a rischio. La decisione di vaccinare dovrebbe tenere conto del livello di incidenza della sindrome simil-influenzale nella comunità, tenendo presente che la risposta immunitaria alla vaccinazione impiega circa due settimane per svilupparsi pienamente".

Eppure, da una ricognizione sul web, si è visto che le campagne vaccinali sono partite con tempi diversi e ancora oggi¹⁸, al momento della scrittura, mancano informazioni sull'avvio in Sardegna.

Lazio (4 ottobre) e Puglia (5 ottobre), stando alle informazioni raccolte sul web, hanno avviato per prime le campagne vaccinali, l'ultima a partire sarà l'Umbria che ha annunciato che si partirà a inizio novembre, che dal 10 novembre renderà accessibile la vaccinazione anche nelle farmacie aderenti¹⁹.

Regione	Data avvio campagna vaccinale antinfluenzale
Piemonte ²⁰	24 ottobre
Valle d'Aosta ²¹	24 ottobre
Liguria	13 ottobre
Lombardia	18 ottobre
PA Bolzano	12 ottobre
PA Trento	14 ottobre (prenotazione cup on-line)
Veneto	17 ottobre
Friuli Venezia Giulia	12 ottobre
Emilia Romagna	24 ottobre
Toscana	10 ottobre
Umbria	Primi giorni di novembre ²²
Marche	18 ottobre
Lazio	4 ottobre
Abruzzo	10 ottobre
Molise	27 ottobre
Campania	1 ottobre
Puglia	5 ottobre
Basilicata	17 ottobre
Calabria	24 ottobre
Sicilia	17 ottobre
Sardegna	--
Fonte: desk reasearch Salutequità	

¹⁸ Il testo dell'analisi è stato chiuso il 27/10/2022

¹⁹ Ultimo aggiornamento al 08/11/2022

²⁰ [Sanità | Regione Piemonte](#) ultimo accesso 25/20/2022

²¹ [Sanità e Salute - Regione autonoma Valle d'Aosta](#) ultimo accesso 25/10/2022

²² [Vaccinazione antinfluenzale 2022-2023, al via la raccolta adesioni degli operatori sanitari - USL Umbria 1](#)

A metà ottobre la Fimmg ha denunciato che in 4 Regioni i Medici di Famiglia non avevano dosi di vaccino da poter somministrare ai propri assistiti rientranti nelle categorie da proteggere prioritariamente: Calabria, Umbria, Valle d'Aosta e Molise.

Oltre ai ritardi dovuti alla logistica non sempre, nonostante la circolare ministeriale sia chiara rispetto alla possibilità di co-somministrare i vaccini, l'informazione diffusa tramite note/canali web locali ha fatto riferimento alla possibilità di doppia somministrazione (Covid-19; antipneumococco; anti-herpes zoster parlando di anziani).

E ancora abbiamo rilevato **disomogeneità nei quantitativi di vaccini acquistati**²³.

Se il Ministero della Salute ha raccomandato di avviare gare su stime relative alla popolazione target, ad esempio la **PA di Trento** ha dichiarato di aver reso disponibili 90.000 dosi di vaccino (=quantitativo somministrato alla popolazione target nella campagna antinfluenzale 2021), sottolineando che se necessarie, saranno disponibili altre 18.000 dosi. Il quantitativo risulta ridotto rispetto a quello messo a gara lo scorso anno (130.000 dosi con copertura del 70,2% della popolazione target).

L'Emilia Romagna ha messo a disposizione un quantitativo quasi sovrapponibile a quello dello scorso anno, in grado di coprire più del 75% della popolazione target (1.150.000 dosi di vaccino, aumentabili fino a 1.380.000 dosi).

La **Toscana** ha acquistato per questa campagna antinfluenzale oltre 1 milione e 30 mila dosi, un numero inferiore rispetto a quelle aggiudicate nella gara dello scorso anno (1.254.700 con copertura di oltre il 75 % della popolazione target). Anche le **Marche** hanno ridotto il numero di dosi acquistate per questa campagna, rispetto a quelle aggiudicate lo scorso anno (421.148): 347.000 sono le dosi a disposizione che potranno essere incrementate.

Umbria e Abruzzo hanno incrementato il numero di dosi per la campagna antinfluenzale 2022-2023 rispetto alla campagna 2021-2022 (entrambe le Regioni avevano aggiudicato un numero di dosi che non coprivano il 75% della popolazione target, sebbene in proporzioni diverse): si è passati dalle 201.910 alle 228.000 dosi dell'Umbria, alle 415.000 vs le 228.000 della stagione precedente.

Differenze anche nella tipologia di vaccino acquistato. Guardando agli anziani fragili, ad esempio, il vaccino antinfluenzale quadrivalente split inattivato ad alto dosaggio -che ad esempio il Piemonte rivolge ad anziani fragili o ricoverati in RSA- risulta messo a gara (in quantità diverse) solo in 18 tra Regioni e Province Autonome. Restano escluse Abruzzo, Umbria e Friuli Venezia Giulia.

Si rileva anche che i siti istituzionali, punto di riferimento virtuale per informare i cittadini da parte delle Regioni/ASL, risultano poco aggiornati. Più frequente la comunicazione di media locali (giornali on line) che offrono informazioni utili e pratiche sulla base di comunicati stampa diramati.

²³ Confronto con dati rilevati da Fondazione Gimbe e informazioni rese pubbliche e divulgate dalle Regioni sul web

9. Buone pratiche

Esistono esperienze che avvicinano la prevenzione vaccinale al cittadino e che possono concorrere a raggiungere anche territori che altrimenti sarebbero scoperti dai servizi o favorire una maggiore consapevolezza “integrando” la vaccinazione nel normale percorso di cura.

E’ il caso dell’uso del **“Camper/Truck” della prevenzione/vaccinazione** sperimentati già in realtà come Benevento, Puglia, Rieti, Lametia Terme, Cuneo, Palermo.

Tale attività, che richiede un forte coordinamento tra le istituzioni per le questioni logistiche ad esempio nonché con organismi del terzo settore/ecclesiastici e favorisce l’accessibilità per la presenza della promozione della salute/prevenzione attiva nei luoghi di vita quotidiana e diversi da luoghi di cura. Per la vaccinazione antinfluenzale, data la stagione, va tenuto conto delle condizioni atmosferiche e delle intemperie.

Alcune realtà hanno sperimentato un **campo obbligatorio nella lettera di dimissione con raccomandazione alla vaccinazione** (compresa quella antinfluenzale) al fine di favorire consapevolezza non solo tra i medici (MMG e specialisti), ma anche tra i pazienti e i caregiver.

Ci sono poi le **vaccinazioni nei reparti/ambulatori ospedalieri**. Anche in questa campagna vaccinale strutture come strutture l’Azienda Ospedale Università di Padova o il Policlinico di Bari offrono la vaccinazione antinfluenzale alle persone ricoverate o a chi accede agli ambulatori, ai fragili e al personale dipendente.

Non risulta così diffuso l’impegno istituzionale nel **coinvolgimento delle associazioni di cittadini/pazienti** nel promuovere l’informazione corretta verso la vaccinazione; tuttavia, proprio perché riconoscono il bisogno di guidare e supportare i propri associati, non mancano esempi di informazione “personalizzata” per singola patologia²⁴, come nel caso di AISM.

²⁴ [Sclerosi multipla e influenza: informazioni e raccomandazioni per l’autunno/inverno | AISM | Associazione Italiana Sclerosi Multipla](#)

10. Considerazioni conclusive e proposte

La vaccinazione antinfluenzale in Italia non ha mai raggiunto l'obiettivo di copertura minimo definito dall'OMS del 75% nella popolazione anziana (over65) e oggetto di valutazione delle Regioni ai fini del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (e in precedenza del mantenimento LEA). In Europa (dati 2018) solo l'Inghilterra si è avvicinata all'obiettivo minimo, vaccinando il 72% degli anziani.

Non sappiamo quanti siano gli anziani fragili vaccinati (ricordiamo che circa un over 75 su due ha tre o più patologie), visto che il denominatore adottato dal Ministero della salute per calcolare le coperture, si basa solo sui dati demografici forniti da Istat.

Il processo di approvvigionamento dei vaccini richiede tempi ormai rodati per riuscire a disporre di un numero di dosi adeguate e provvedere poi alla distribuzione capillare nei tempi necessari per l'avvio tempestivo della somministrazione.

Le gare Regionali, quindi, debbono essere indette dalle Regioni prima della pubblicazione della Circolare del Ministero della salute. I bandi di gara tendenzialmente vengono pubblicati nel primo trimestre dell'anno – salvo alcune realtà che nel 2022 sono arrivate a pubblicare il bando a maggio/giugno- e la circolare del Ministero a luglio.

La somministrazione della vaccinazione antinfluenzale è prevalentemente affidata ai Medici di Medicina Generale (per quel che riguarda la popolazione anziana), quindi lo sforzo logistico per raggiungere tutti gli studi medici è importante e richiede dei tempi tecnici. Ci sono regioni che optano per la distribuzione tramite le farmacie territoriali, altre che hanno modificato la strategia visto che anche le farmacie vaccinano la popolazione, consegnando i vaccini attraverso aziende di distribuzione. I tempi di avvio delle campagne devono tener conto di tutto per partire, per **evitare che il cittadino che si vuole vaccinare e prenota, trovi indisponibilità della dose e debba tornare nuovamente.**

Rispetto alle tipologie di vaccino antinfluenzali disponibili abbiamo visto che non tutte le regioni acquistano tutte le "varietà" indicate dal Ministero della Salute.

Alla luce di queste considerazioni, Salutequità ha individuato le seguenti proposte

Proposte

Coordinare meglio le tempistiche per la programmazione della campagna antinfluenzale tra Ministero della Salute e Regioni, favorendo un contatto al livello nazionale con le aziende produttrici per verificare per tempo le disponibilità di dosi su cui poter contare per coprire la popolazione target.

Prevedere un sistema di monitoraggio costante dell'andamento della campagna antinfluenzale, così come fatto ad esempio per la vaccinazione anti-covid, per poter intervenire tempestivamente e favorire da parte del Ministero un tutoraggio verso le regioni in difficoltà.

Perfezionare l'indicatore LEA di valutazione delle Regioni sulla vaccinazione antinfluenzale, andando a monitorare anche la capacità di vaccinazione della popolazione fragile per cronicità, a partire dagli anziani fragili, per valutare meglio l'efficacia della campagna.

Adottare **una definizione univoca di fragilità** che tenga conto delle diverse dimensioni e realizzare una mappa informatizzata degli anziani fragili (ad esempio partendo da quella di Italialongeva) da assistere e vaccinare, utile sia per la predisposizione degli interventi vaccinali, sia per altri interventi di prevenzione e di offerta socio-sanitaria. **Le vaccinazioni, compresa quella antinfluenzale, devono essere inserite nei PAI e nei PDTA e monitorate** con appositi indicatori e flussi.

Creare una tabella chiara e vincolante da parte del Ministero della salute per le Regioni sui vaccini da utilizzare non solo per fasce di età, ma anche per fasce di rischio. Il tema della personalizzazione del vaccino antinfluenzale, ormai, è entrato nelle campagne vaccinali non solo per l'età pediatrica, ma anche per gli adulti, ed è necessario che le aspettative generate trovino un riscontro nelle azioni delle Regioni.

Prevedere una presenza estesa di competenze e conoscenze sulla vaccinazione per i medici e per tutti i professionisti sanitari attraverso l'inserimento dell'insegnamento nei percorsi universitari e ECM obbligatori per gli specialisti medici a partire da diabetologi, geriatri.

Aggiornare il Piano nazionale di prevenzione vaccinale ormai scaduto nel 2019.

SALUTE QUITÀ

© Salutequità, Ottobre 2022. Attribuzione: "Prevenzione per l'equità. Le campagne vaccinali antinfluenzali nelle persone anziane fragili", 10° Report Salutequità – Ottobre 2022 Disponibile su www.salutequita.it
Questo documento è distribuito con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale. È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte.

Realizzato con il contributo non condizionato di

sanofi