Regione Emilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

IL DIRETTORE
LORENZO BROCCOLI

Circolare 6-2026

Ai Direttori Generali

Ai Direttori Sanitari

Ai Direttori di Distretto

Ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica

Ai Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie con preghiera di diffusione a MMG e PLS

Ai Direttori dei Dipartimenti di Salute donna, infanzia e adolescenza AUSL della Romagna con preghiera di diffusione alle Pediatrie di Comunità e ai PLS

Ai Direttori dei Dipartimenti Farmaceutici

Ai Direttori dei Presidi Ospedalieri con preghiera di diffusione ai Direttori delle UO ad indirizzo clinico

Ai Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica

Ai Direttori/Responsabili dei Servizi di Pediatria di Comunità

Ai Direttori/Responsabili dei Servizi di Sorveglianza Sanitaria Aziendali

Ai Referenti dei Servizi ICT

Ai Referenti aziendali per le vaccinazioni in età infantile, adolescenziale e adulta
delle Aziende Sanitarie, Ospedaliero-Universitarie – IRCCS

e p.c. Ai Direttori delle Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva delle Università degli Studi di Parma, Modena – Reggio Emilia, Bologna, Ferrara

Ai Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Ai Presidenti degli Ordini dei Farmacisti

Alle OO.SS dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna
tel. 051.527.7163
dgsan@regione.emilia-romagna.it
dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

Regione Emilia-Romagna

Alle Associazioni farmaceutiche

Ai Medici competenti

della REGIONE EMILIA-ROMAGNA

OGGETTO: indicazioni regionali per la prevenzione e controllo dell'influenza, stagione 2026-2027.

Si trasmette la nota del Ministero della salute prot. 0005134-23/06/2026-DPRES-MDS-P "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2026-2027" (**allegato n. 1 – Nota Min.Sal. prot. 0005134 del 23 giugno 2026**).

Di seguito si rappresentano le prime indicazioni alle Aziende Sanitarie regionali per la programmazione e l'organizzazione della campagna di cui all'oggetto nonché per la sorveglianza dell'influenza, in ottemperanza alla suddetta nota ministeriale.

Anche per questa stagione 2026-2027 è attesa una co-circolazione di diversi virus respiratori compresi quelli influenzali; rimane pertanto strategico il rafforzamento dell'offerta alla vaccinazione antinfluenzale in modo tale da ridurre le complicanze da influenza con conseguenti minor accessi ai pronto soccorso ed evitare co-infezioni da ulteriori virus respiratori.

Oltre alla vaccinoprofilassi, continuano ad essere valide le misure di igiene personale e respiratoria come di seguito riportate alla luce delle raccomandazioni non farmacologiche dell'ECDC valide per la maggior parte dei virus respiratori e utili per ridurre la trasmissione del virus:

- evitare il contatto ravvicinato con persone malate;
- lavare frequentemente le mani;
- evitare di toccarsi gli occhi, il naso o la bocca;
- seguire una buona igiene respiratoria e il galateo della tosse.

Le coperture vaccinali antinfluenzali della passata stagione influenzale e l'andamento epidemico della sorveglianza RespiVirNet vengono riportati nel Report annuale regionale (**allegato n. 2 – Report regionale stagione influenzale Anno 2026 stagione 2025-2026**).

Tale report deve essere distribuito a tutti le figure mediche e alle Direzioni sanitarie, di S.C. e U.O. territoriali ed ospedaliere, ai medici convenzionati territoriali, agli specialisti ambulatoriali, ai medici ospedalieri e ai medici competenti.

Offerta vaccinale e aspetti organizzativi

La campagna vaccinale antinfluenzale avrà inizio a partire da **lunedì 12 ottobre 2026.**

Il vaccino potrà essere somministrato in un qualsiasi momento della stagione influenzale fino a tutto il mese di febbraio 2026, da parte di:

- Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Farmacie convenzionati/e, aderenti alla campagna 2026-2027 come previsto dagli accordi vigenti, sottoscritti a livello regionale;
- Servizi di Sorveglianza Sanitaria Aziendali (SSA);
- Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (ISP);
- Servizi di Pediatria di Comunità (PdC).

In tabella n. 1 vengono rappresentate le categorie a rischio previste dal Ministero della Salute mentre in **allegato n. 3 – Categorie offerta e indicazioni 2026-2027** si rappresentano i dettagli

sulle indicazioni di utilizzo dei vaccini antinfluenzali, delle categorie a rischio e le priorità di registrazione con relative note esplicative. Nello specifico la vaccinazione antinfluenzale verrà offerta gratuitamente in maniera attiva a:

PERSONE AD ALTO RISCHIO DI COMPLICANZE O RICOVERI CORRELATI ALL'INFLUENZA
- persone di età uguale o superiore a 60 anni; - donne in gravidanza, indipendentemente all'età gestazionale; - persone rientranti nella fascia d'età 6 mesi – 59 aa + 364 gg con patologie croniche che espongono ad elevato rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza, compresi i conviventi (allegato n. 3 – Categorie offerta e indicazioni 2026-2027); - bambini sani che rientrano nelle fasce d'età 6 mesi – 6 aa + 364 gg; - bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale; - persone di qualunque età residenti di strutture assistenziali e lungodegenze; - familiari e contatti di persone ad alto rischio di complicanze (indipendentemente dal fatto che la persona a rischio sia stata vaccinata.
PERSONE ADDETTE A SERVIZI PUBBLICI DI PRIORITARIO INTERESSE COLLETTIVO E CATEGORIE DI LAVORATORI
- medici e operatori sanitari/sociosanitario pubblici e libero-professionisti, inclusi tirocinanti e medici informazione specialistica, operatori di struttura che con le loro attività possono contagiare gli ospiti; - forze dell'ordine; - vigili del fuoco; - persone socialmente utili quali insegnanti di ogni ordine e grado, operatori postali, operatore della gestione dei rifiuti (trasporto e differenziazione, operatori e volontari servizi sociali di emergenza urgenza e protezione necrofori; - donatori di sangue.
PERSONALE CHE, PER MOTIVI DI LAVORO, È A CONTATTO CON ANIMALI CHE POTREBBERO COSTITUIRE FONTE DI INFEZIONE DA VIRUS INFLUENZALI NON UMANI
- allevatori e addetti alle attività di allevamento; - addetti al trasporto di animali vivi; - macellatori; - veterinari pubblici e libero-professionisti, compresi tirocinanti, vaccinatori.

Tabella n. 1 – Categorie a rischio previste nell'offerta ministeriale.

Di seguito (tabella n. 2 – modalità di utilizzo dei vaccini antinfluenzali) si rappresentano schematicamente le indicazioni sulle modalità di utilizzo dei vaccini antinfluenzali in Emilia-Romagna; rimangono valide le disposizioni indicate nella circolare ministeriale relativa al "controllo e prevenzione dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2026-2027".

UTILIZZO NELL'ADULTO *		
Fascia d'età	Categorie	Vaccino indicato
Da 18 anni a 64 anni e 364 giorni	Persone che rientrano nelle categorie d'offerta (allegato n. 3)	Vaccino subunità/split -VIT-
Da 50 anni	Persone con patologie croniche e a maggior rischio di complicanze associate (allegato n. 3)	Vaccino potenziato -VITa-

Da 50 anni	Persone residenti di strutture assistenziali (CRA/RSA)	Vaccino potenziato –VIThd–
Da 65 anni	tutte le persone (comprese le sane) con più di 65 anni e tutti i nati nel 1961	Vaccino potenziato –VITa–
UTILIZZO NELL'INFANZIA E ADOLESCENZA * °		
Fascia d'età	Categoria	Vaccino indicato
Da 6 mesi a 1 anno e 364 giorni	Bambine/i con o senza patologie croniche (allegato n. 3)	Vaccino subunità/split –VIT–
Da 2 anni a 6 anni e 364 giorni	Bambine/i con o senza patologie croniche (allegato n. 3)	Spray nasale o in alternativa vaccini subunità/split –LAIV–
Da 7 anni a 17 anni e 364 giorni	Bambine/i e adolescenti con patologie croniche (allegato n. 3)	Vaccini subunità/split –VIT– o in alternativa spray nasale –LAIV–
NOTE		
*	Utenti gravemente allergici o che hanno manifestato gravi reazioni allergiche a sostanze contenute nei vaccini.	Vaccino coltivato su cellule –VIQcc–
°	Bambine/i tra i 6 mesi e 8 anni e 364 giorni mai vaccinate/i contro l'influenza stagionale nelle passate stagioni necessitano, per la prima immunizzazione necessitano di due somministrazioni distanziate tra loro di almeno 4 settimane.	Vaccini subunità/split o in alternativa spray nasale –LAIV–

Tabella n. 2 – Modalità d'utilizzo dei vaccini antinfluenzali (indicazioni non vincolanti).

Si ribadisce la centralità del ruolo dei MMG, dei PLS, degli Specialisti Ambulatoriali e Ospedalieri (SA-SO) nonché delle farmacie convenzionate aderenti alla campagna antinfluenzale e delle Direzioni sanitarie, nell'informare e promuovere negli assistiti e nei cittadini una sempre maggiore adesione alla vaccinazione. Nell'intento di rafforzare tale ruolo, occorre che ciascuna AUSL, in collaborazione con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), persegua la realizzazione di interventi attivi di offerta vaccinale al fine di raggiungere coperture più elevate nei gruppi a rischio anche all'interno delle Case di Comunità (CdC).

Inoltre, dopo aver vaccinato le categorie di popolazione eleggibili, sarà possibile offrire la vaccinazione antinfluenzale gratuitamente a chiunque lo richieda (cittadini residenti e/o assistiti), compatibilmente con la disponibilità delle scorte che la Regione si impegna a monitorare periodicamente; seguirà eventualmente nota regionale con specifiche relative all'offerta.

Successivamente alla vaccinazione delle categorie di popolazione sopra indicate come prioritariamente eleggibili e, in ogni caso, a decorrere dal 1° dicembre 2026, la somministrazione potrà essere offerta a titolo gratuito a tutti i che ne facciano richiesta

Per questo occorrerà, prima dell'avvio della campagna, definire con i Dipartimenti delle Cure Primarie (DCP) e le Pediatrie di Comunità (PdC) le modalità di predisposizione degli elenchi nominativi:

- della coorte di nascita dei sessantenni e dei sessantacinquenni (rispettivamente, anni di nascita 1966 e 1961 (si considera l'anno di compimento, pertanto l'offerta vale se al momento dell'offerta non sono stati compiuti);

- coorte di nascita età 6 mesi – 6 anni e 364 giorni (a partire dai 6 mei si considera anno solare ovvero anche se non ancora compiuti.
- delle persone con patologie croniche dai 6 mesi di vita ai 59 anni, opportunamente integrati dai medici curanti, utilizzabili per la chiamata attiva, come raccomandato dal Ministero della Salute.

Nell'**allegato n. 4 – Tabella di corrispondenza dei codici d'esenzione 2026-2027** si rappresenta la tabella di corrispondenza dei codici d'esenzione e la relativa classe per la vaccinazione.

Al fine di garantire l'offerta vaccinale, come ogni anno, i MMG e PLS dovranno identificare e comunicare ai servizi vaccinali di PdC i propri assistiti minorenni:

- che presentino patologie croniche;
- che convivano e/o abbiano contatti stretti con persone ad alto rischio di complicanze: è opportuno dare la priorità, fermo restando alle indicazioni ministeriali, ai conviventi/contatti stretti di minorenni che non possono essere vaccinati o che versano in condizioni di immunodepressione indicate in allegato 3.

Si conferma la strategicità della sensibilizzazione e del coinvolgimento attivo dei medici specialisti, in particolare dei ginecologi, nonché di altri professionisti sanitari quali le ostetriche, affinché propongano attivamente l'opportunità di vaccinazione alle proprie assistite, in particolare alle donne in gravidanza e alle puerpere al momento della dimissione, qualora non risultino ancora vaccinate. A tal fine, si invitano le Aziende Sanitarie a promuovere e organizzare specifici momenti formativi rivolti a tali figure professionali, operanti sia in ambito ospedaliero sia territoriale.

Si raccomanda il coinvolgimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per Anziani e Disabili e persone vulnerabili al fine di garantire la vaccinazione agli operatori e agli ospiti di tali strutture.

Si ribadisce come la vaccinazione antinfluenzale di tutto il personale sanitario sia un'azione di assoluta rilevanza strategica per ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione nelle comunità e garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale durante l'epidemia influenzale; pertanto è opportuno consolidare quanto già sperimentato positivamente negli anni scorsi:

- coinvolgere attivamente i medici competenti;
- invitare in maniera capillare tutti gli operatori, fornendo informazioni sulla malattia e sul vaccino, sottolineando la particolare utilità di una protezione immunitaria in relazione al rischio di infezione durante l'assistenza, nonché il valore etico della stessa;
- coinvolgere attivamente gli operatori dei reparti che ricoverano persone ad alto rischio di complicanze per influenza in particolar modo SC/UO si ematologia, oncoematologia, oncologia, chirurgia dei trapianti, cardiologia, pneumologia e servizi di rianimazione e terapia intensiva;
- facilitare la vaccinazione mediante l'esecuzione presso i reparti ospedalieri, considerare orari che favoriscano gli accessi e promuovere modalità di intervento per ottenere l'adesione del maggior numero possibile di operatori sanitari.

Si invitano le Aziende sanitarie regionali a garantire le seguenti azioni:

- adottare modalità efficienti e tempestive di approvvigionamento delle dosi di vaccino necessarie. Nello specifico in un primo momento dovrà essere ordinato un quantitativo sulla base dell'utilizzo storico e dei nuovi fabbisogni rappresentati da Medici convenzionati aderenti, solo successivamente potranno essere previsti eventuali ulteriori rifornimenti che si dovessero rendere necessari. Si ricorda che il numero di dosi previsto dalle convenzioni regionali distribuito alle singole Aziende sanitarie è garantito dai fornitori e in caso di necessità tale numero può essere aumentato di un ulteriore 20%;

- attuare tutte le strategie possibili per limitare al massimo il numero di dosi residuali;
- garantire con i MMG le strategie migliori per la prestazione vaccinale ai soggetti assistiti al proprio domicilio;
- valutare l'eventuale messa a disposizione di locali aziendali, ad esempio le Case di Comunità, dove medici convenzionati aderenti alla campagna di immunizzazione possano partecipare alla campagna vaccinale, nel caso risultino reali difficoltà logistiche a garantire l'attività vaccinale presso i propri studi;
- i DCP e i Dipartimenti di riferimento devono sondare con i medici convenzionati aderenti l'eventuale fabbisogno di vaccino antinfluenzale in modo tale da garantire il congruo numero di dosi da consegnare;
- si raccomanda alle PdC con il supporto dei DCP di provvedere all'organizzazione delle dosi da consegnare ai PLS nonché all'organizzazione di incontri informativi/formativi relativi a tale vaccinazione rivolta a questi ultimi;
- inviare a ogni medico convenzionato aderente la reportistica regionale delle coperture vaccinali raggiunte nella precedente campagna vaccinale (allegato n. 2);
- laddove siano presenti ambulatori vaccinali ospedalieri le Direzioni di presidio ospedaliero in concerto con i DSP provvederanno a definire eventuali percorsi specifici *ad hoc*;
- prevedere la possibilità di prenotare la vaccinazione anche tramite CUPweb/FSE;
- le AUSL concorderanno la consegna dei vaccini con le ditte produttrici e conseguentemente a tutti i servizi aziendali e ai professionisti territoriali coinvolti; le modalità e tempi di consegna ai medici convenzionati dovranno essere comunicati tempestivamente.

Alla luce della normativa europea sulla protezione dei dati, anche nota come GDPR (*General Data Protection Regulation)* approvata con Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, la modalità per l'invio degli elenchi è la seguente:

- gli elenchi, estratti dalle AUSL con le consuete modalità, devono essere condivisi nel rispetto della *privacy* con l'operatore preposto all'invio dei dati ai medici convenzionati tramite il portale SOLE;
- l'operatore, dopo aver effettuato l'accesso sul portale, individua il medico convenzionato a cui inviare la notifica e successivamente inserisce il testo della comunicazione caricando come allegato l'elenco degli assistiti da vaccinare;
- la comunicazione viene inviata al medico tramite notifica generica, direttamente nel proprio applicativo di cartella.

Le tipologie di vaccini antinfluenzali valutati e proposti dalla Commissione Regionale Vaccini in data 24 marzo 2026 per la stagione influenzale stagionale 2026-2027 sono elencate in tabella n. 3:

Tipologia vaccino	Nome commerciale	Sigla	n. dosi
Vaccino influenza inattivato virus split o subunità	Influvac TRI S®	VIT	269.500
Vaccino ad antigene di superficie, inattivato, adiuvato	Fluad®	VITa	700.000
Vaccino ad antigene di superficie, alto dosaggio	Efluelda®	VIThd	30.000
Vaccino ad antigene di superficie, inattivato, prodotto in colture cellulari)	Flucelvax®	VIQcc	500
Spray nasale, vaccino a virus ricombinante, vivo attenuato, a 3 ceppi	Fluenz®	LAIV	30.000

Tabella n. 3 – Quantitativi e tipologia vaccini antinfluenzali stagione 2026-2027; I nomi commerciali sono dedotti dalle Determine del Direttore f.f. di Intercent-ER di aggiudicazione n. 527 del 9/7/2026 e n. 623 del 31/7/2026.

Riguardo alla gestione e all'utilizzo dei vaccini si riportano di seguito i principali aspetti operativi:

- nel corso della campagna saranno monitorati a livello regionale dall'Area Programmi Vaccinali i dati relativi al numero totale di dosi acquistate e consegnate ai singoli servizi AUSL al fine di ridurre al minimo le giacenze;
- in caso di scarsità di vaccino a livello locale, si raccomanda di verificare l'effettivo utilizzo delle dosi distribuite presso i servizi aziendali, i medici convenzionati aderenti e le AUSL limitrofe, al fine di redistribuire eventuali eccedenze secondo le necessità. In tali circostanze, il DSP dovrà attivare tempestivamente il confronto con l'economato/Servizio farmaceutico aziendale;
- dovrà essere assicurato il corretto trasporto e la conservazione (con monitoraggio termico registrato) del vaccino a temperatura compresa tra +2°C e +8°C, evitando interruzioni della catena del freddo. Le farmacie aziendali e i professionisti vaccinatori dovranno registrare e conservare formalmente i dati relativi alla temperatura di stoccaggio;
- Eventuali ostacoli nella realizzazione della campagna, riconducibili a scarsità di vaccino o a mancata/ritardata consegna delle dosi richieste, dovranno essere tempestivamente segnalati da parte dei referenti aziendali per la campagna antinfluenzale al Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica all'indirizzo di posta elettronica certificata: SegrSanPubblica@postacert.regione.emilia-romagna.it .

In tabella n. 4 si riportano le suddivisioni per tipologia di vaccino per Azienda Sanitaria e Servizi.

Regione Emilia-Romagna

AZIENDA	SUBUNITA'/SPLIT 2026-27	SUBUNITA'/SPLIT AUSL 2026-27	SUBUNITA'/SPLIT 2026-27 FARMACIE	ADIUVATO TOTALE 2026-27	ADIUVATO AUSL 2026-27	ADIUVATO FARMACIE 2026-27	VIVO ATTENUATO SPRAY 2026-27	COLTIVATO SU CELL 2026-27	ALTO DOSAGGIO 2026-27
	VIT	VIT		VITa	VITa	VITa	LAIV	VITcc	VIThd
101 - PIACENZA	20.600	19.350	1.250	46.150	45.000	1.150	2.900	20	2.000
102 - PARMA	29.400	27.950	1.450	63.670	62.500	1.170	3.200	70	2.900
103 - REGGIO EMILIA	32.800	31.450	1.350	78.870	77.500	1.370	4.300	70	3.800
104 - MODENA (+AOSP SASSUOLO)	46.200	44.900	1.300	111.110	110.000	1.110	3.900	100	4.600
105 - BOLOGNA	62.500	56.900	5.600	149.380	144.300	5.080	8.100	70	5.900
106 - IMOLA	5.800	5.450	350	22.650	22.500	150	1.200	20	800
109 - FERRARA	20.300	19.900	400	57.250	57.000	250	1.200	50	2.800
114 - ROMAGNA	45.800	44.500	1.300	170.720	168.500	2.220	5.200	90	7.200
902 - AOSPU PARMA	1.500	1.500		0	0		0	0	0
904 - AOSPU MODENA	1.400	1.400		200	200		0	0	0
908 - IRCCS S. ORSOLA	2.000	2.000		0	0		0	0	0
909 - AOSPU FERRARA	700	700		0	0		0	0	0
960 - I.O.R.	500	500		0	0		0	10	0
TOTALE PER TIPOLOGIA	269.500	256.500	13.000	700.000	687.500	12.500	30.000	500	30.000
		269.500			700.000		30.000	500	30.000
TOTALE REGIONE	1.030.000								

Azienda USL di	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Modena	Bologna	Imola	Ferrara	Romagna
N° vaccini sub/unit split dedicati alle PdC	2.350	4.050	4.600	6.200	7.400	1.100	2.300	9.000
I quantitativi delle dosi viene concordato con i SISP								

Tabella n. 4 – Suddivisione quantitativi di vaccino antinfluenzale per Aziende sanitarie e Servizi di PdC.

Controlli e debiti informativi

Le vaccinazioni eseguite presso i Servizi vaccinali delle Aziende sanitarie devono essere registrate come di norma. I medici convenzionati e i farmacisti aderenti sono tenuti ad effettuare la registrazione **entro 72 ore (3 giorni lavorativi)** dalla somministrazione su portale SOLE o sul proprio applicativo di cartella clinica, assicurandosi che sia stato eseguito l'aggiornamento annuale: ciò consentirà di inviare automaticamente e settimanalmente i dati in Regione e conseguentemente al Ministero della salute, secondo le consuete modalità richiamate nell'**allegato n. 5 – Registrazione informatizzata delle vaccinazioni 202–2027**, al fine di garantire nei tempi previsti l'invio dei dati al Ministero. Le Aziende sanitarie dovranno verificare con i propri servizi ICT il corretto invio dei dati e laddove presenti errori e relativi blocchi (*warning*) provvedere alla correzione. Il debito informativo delle Aziende sanitarie deve essere corretto, entro il 31 marzo 2027, in quanto trasmesso all'Anagrafe Vaccinale Nazionale per il calcolo delle coperture vaccinali.

Tali tempistiche sono necessarie in quanto da quest'anno le registrazioni dei vaccini somministrati all'Anagrafe Vaccinale Nazionale da AVR-rt, verranno inviate con cadenza settimanale.

Relativamente al pagamento della prestazione vaccinale ai MMG, PLS e alle farmacie convenzionate aderenti, ai sensi degli accordi vigenti, s'intende correttamente erogata la prestazione vaccinale in cui sono state garantite tutte le fasi previste:

- corretta conservazione dei vaccini, con registrazione delle temperature;
- somministrazione;
- registrazione sulla cartella clinica;
- invio corretto ad Anagrafe Vaccinale Regionale–*real time* (AVR–*rt*).

La mancata o errata registrazione (attivazione del *warning*) non permetterà il pagamento della prestazione.

Obiettivi e Campagna di comunicazione

L'offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale deve essere rafforzata soprattutto nei confronti delle persone che più possono trarne beneficio, in particolare le persone affette da patologie croniche, di qualunque età, ricercando progettualità più efficaci in modo tale da poter:

- raggiungere la copertura vaccinale del 75% degli ultrasessantenni e comunque ottenere una tendenza in aumento;
- osservare una tendenza in aumento di adesione da parte delle donne in gravidanza;
- ottenere una tendenza in aumento di coperture vaccinali, per i soggetti con patologie croniche;
- migliorare ulteriormente le coperture vaccinali del personale sanitario.

La campagna di comunicazione che dovrà essere rivolta a tutta la popolazione, in particolare a quella per la quale è prevista un'offerta attiva e garantita dalla Regione Emilia–Romagna.

Nello specifico è prevista la produzione di:

- materiale informativo (locandine) in quantità adeguata al fine di raggiungere in modo capillare la popolazione;
- strumenti informativi per la promozione della vaccinazione antinfluenzale utilizzabili dal cittadino, dalle Aziende sanitarie, dai medici territoriali convenzionati e dalle farmacie convenzionate, disponibili al seguente link: salute.regione.emilia–romagna.it/influenza. Tali strumenti dovranno porre attenzione al superamento delle possibili barriere legate a fattori culturali, linguistici, socioeconomici affrontando prioritariamente i pregiudizi sulla

vaccinazione, evidenziando i benefici e i vantaggi che una copertura vaccinale ottimale può ottenere.

Anche a livello locale dovranno essere implementate le azioni comunicative utilizzando gli strumenti ritenuti più utili, al fine di fornire in maniera efficace e capillare le informazioni sulla campagna di vaccinazione adottando ad esempio l'incoraggiamento (*nudging*) e/o l'invito gentile (*call to action*) personalizzati, tramite FSE.

Sorveglianza integrata dei virus respiratori (rete RespiVirNet)
La "Rete di Sorveglianza integrata dei virus respiratori", compresa l'influenza, è ormai consolidata da anni e consente la descrizione della dinamica e dell'intensità dell'epidemia influenzale nella nostra regione, grazie al coinvolgimento e partecipazione attiva di numerosi medici sentinella.

Data l'importanza della sorveglianza garantita dai medici sentinella si richiede ai referenti aziendali per la rete RespiVirNet di:

- verificare la disponibilità dei propri medici sentinella a partecipare alla sorveglianza;
- sollecitare e reclutare secondo le modalità descritte nel protocollo operativo RespiVirNet eventuali ulteriori MMG e PLS disposti a collaborare alla sorveglianza.

In accordo con il Settore Assistenza Territoriale della Regione, ormai da due anni, le Aziende devono identificare dei punti raccolta tampone, idealmente almeno su base distrettuale, intesi come sedi fisiche di prelievo, o solo centri di conferimento periferici con collegamenti diretti verso il laboratorio unico provinciale e successivamente verso il laboratorio di riferimento di Parma; tale organizzazione si rende necessaria per garantire una maggiore partecipazione alla sorveglianza dei virus respiratori circolanti in regione e una maggiore rappresentatività territoriale.

Misure utili al contenimento della diffusione dei virus influenzali
Ai fini della prevenzione del contagio del virus dell'influenza si rimanda all'apposito capitolo "Misure di Igiene e protezione individuale" della circolare ministeriale (allegato n. 1).

Campagna di immunizzazione contro altri virus respiratori (Covid-19 e Virus Respiratorio Sinciziale nel neonato)
Ad oggi non sono ancora pervenute, da parte del Ministero della Salute, indicazioni relative la campagna di immunizzazione contro il Covid-19 e contro RSV nel neonato; sarà cura della scrivente Direzione Generale comunicare eventuali successive comunicazioni da parte del ministero.

Vaccinovigilanza
Si raccomanda infine, a tutti gli operatori sanitari, il rispetto dei principi delle buone pratiche vaccinali e l'attenzione nel segnalare qualsiasi sospetta reazione avversa e si sottolinea l'importanza della tempestività della segnalazione al sistema di farmacovigilanza dell'AIFA; oltre agli operatori sanitari, qualsiasi cittadino può segnalare eventuali sospette reazioni avverse osservate in persone vaccinate, attraverso le modalità previste sul sito dell'AIFA al link: https://www.aifa.gov.it/web/guest/content/segnalazioni-reazioni-avverse .

Confidando nella Vostra fattiva collaborazione, si inviano cordiali saluti.

Lorenzo Broccoli
(firmato digitalmente)

Allegati:

1. nota del Ministero della salute prot. 0005134-23/06/2026-DPRES-MDS-P "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2026-2027"
2. Report regionale stagione influenzale Anno 2026, Rif. stagione 2025-2026
3. Categorie offerta e indicazioni 2026-2027
4. Tabella di corrispondenza dei codici d'esenzione 2026-2027
5. Registrazione informatizzata delle vaccinazioni 2026-2027

Referenti:
Responsabile Area Programmi Vaccinali
Christian Cintori
christian.cintori@regione.emilia-romagna.it

Collaboratori Area Programmi Vaccinali
Cristina Casazza
cristina.casazza@regione.emilia-romagna.it
Chiara Landini
chiara.landini@regione.emilia-romagna.it
Angelo Lorusso
angelo.lorusso@regione.emilia-romagna.it

Referente RespiVirNet
Giulio Matteo
giulio.matteo@regione.emilia-romagna.it

Referente regionale del Centro Vaccinale Farmaco Vigilanza
Ester Sapigni
ester.sapigni@regione.emilia-romagna.it

0005134-23/06/2026-DPRES-MDS-P

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA E DELLE EMERGENZE SANITARIE
Ufficio 3 – Emergenze sanitarie

DIREZIONE GENERALE DELLE EMERGENZE SANITARIE
Ufficio 2 Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Roma

OGGETTO:

Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2026-2027

A

Assessorati alla Sanità delle Regioni a Statuto Ordinario e Speciale
LORO SEDI

Assessorati alla Sanità delle Province Autonome di Bolzano e Trento
LORO SEDI

Ufficio Legislativo
SEDE

Ufficio Stampa
SEDE

Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera
LORO SEDI

Organismo Indipendente di Valutazione
oiv@postacert.sanita.it

Dipartimento dell'amministrazione generale, delle risorse umane e del bilancio
SEDE

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale
SEDE

Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali
SEDE

Direzione Generale della prevenzione
SEDE

Direzione Generale della ricerca e dell'innovazione in sanità
SEDE

Direzione Generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema
SEDE

Direzione Generale dell'igiene e della sicurezza alimentare
SEDE

Direzione Generale della salute animale
SEDE

Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR
SEDE

Direzione Generale delle risorse umane e del bilancio
SEDE

Direzione Generale della comunicazione
SEDE

Direzione generale della vigilanza sugli enti e degli organi collegiali
SEDE

Comando Carabinieri per la Tutela della Salute
srm20400@pec.carabinieri.it

Presidenza del Consiglio dei Ministri
usg@mailbox.governo.it

Ministero degli Affari Esteri e Cooperazione Internazionale
ministro.affariesteri@cert.esteri.it

Ministero dell'Interno
gabinetto.ministro@pec.interno.it

Ministero di Giustizia
Gabinetto.ministro@giustiziacert.it

Ministero della Difesa
udc@postacert.difesa.it

Ministero dell'Economia e Finanze
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

Ministero Imprese e Made in Italy
segreteria.capogabinetto@mise.gov.it

Ministero Agricoltura, Sovranità alimentare e Foreste
urp@pec.politicheagricole.gov.it

Ministero Ambiente e Sicurezza energetica
MITE@pec.mite.gov.it

Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti
ufficio.gabinetto@pec.mit.gov.it

Ministero Lavoro e Politiche sociali
gabinettoministro@pec.lavoro.gov.it

Ministero dell'Istruzione e Merito
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Ministero Università e ricerca
gabinetto@pec.mur.gov.it

Ministero Cultura
gabinetto@cultura.gov.it

Ministero del Turismo
ufficiogabinetto@pec.ministeroturismo.gov.it

Ministro per i Rapporti con il Parlamento
rapportiparlamento@mailbox.governo.it

Ministro per gli Affari Regionali e Autonomie
affariregionali@pec.governo.it

Ministro per la Pubblica Amministrazione
protocollo_dfp@mailbox.governo.it

Ministro Protezione Civile e Politiche del mare
segreteria.ministroprotezionecivileemare@governo.it

Ministro Affari europei, Sud, Politiche di Coesione e PNRR
ministro.affarieuropeicoesionepnrr@pec.governo.it

Ministro Sport e i giovani
giovanieserviziocivile@pec.governo.it

Ministero Famiglia, Natalità, Pari Opportunità
segredipfamiglia@pec.governo.it

Ministro per le disabilità
disabilita@governo.it

Ministero Riforme istituzionali
archivio_drid@mailbox.governo.it

Croce Rossa Italiana – Sede Nazionale
comitato.nazionale@cert.cri.it

Federazione nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri
segreteria@pec.fnomceo.it

Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani
posta@pec.fofi.it

Istituto Superiore di Sanità
presidenza@pec.iss.it

Centro nazionale Sangue (CNS)
cns@iss.it

Centro Nazionale Trapianti (CNT)
cnt@iss.it

I.N.A.I.L.
presidenza@postacert.inail.it

Farmindustria
farmindustria@farmindustria.it

Agenzia Italiana del Farmaco
presidenza@pec.aifa.gov.it
direzione.generale@pec.aifa.gov.it

Regione Veneto – Assessorato alla Sanità
Direzione Regionale Prevenzione
Coordinamento Interregionale della Prevenzione
francesca.russo@regione.veneto.it

coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

per cc
Ufficio di Gabinetto
SEDE

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA E DELLE EMERGENZE SANITARIE
Ufficio 3 – Emergenze sanitarie

DIREZIONE GENERALE DELLE EMERGENZE SANITARIE
Ufficio 2 Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili

Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2026-2027

Sommario

1. INTRODUZIONE 6
2. EPIDEMIOLOGIA 7
2.1 Impatto della malattia 7
2.2 Descrizione della malattia 7
2.2.1 Agente infettivo 7
2.2.2 Modalità di trasmissione 8
2.2.3 Stagionalità 8
2.2.4 Sintomatologia 9
3. SISTEMI DI SORVEGLIANZA E SEGNALAZIONE 9
4. PREVENZIONE 9
4.1 Misure di igiene e protezione individuale non farmacologica 9
4.2 Strategie di vaccinazione contro l'influenza stagionale 10
4.2.1 Ridurre la trasmissione complessiva dell'influenza 11
4.2.2 Proteggere le persone vulnerabili 11
4.2.3 Proteggere gli adulti sani 12
4.2.3 Ridurre l'impatto dell'influenza sui lavoratori dei servizi pubblici di primario interesse collettivo 12
4.3 La vaccinazione antinfluenzale 13
4.3.1 Vaccini disponibili 13
4.3.2 Dosaggio, modalità di somministrazione e scelta 15
4.3.3 Categorie target per la vaccinazione 17
4.3.4 Buone pratiche vaccinali 19
4.3.5 Controindicazioni e precauzioni 19
4.3.6 Somministrazione simultanea di più vaccini 22
4.3.7 Reazioni avverse 22
4.3.8 Sorveglianza degli eventi avversi dopo vaccinazione 23
4.3.9 Conservazione dei vaccini 23
4.4 La campagna vaccinale 24
4.4.1 La campagna di vaccinazione antinfluenzale 2025-2026 24
4.4.2 La campagna vaccinale 2026-2027 24
4.4.3 Obiettivi di copertura della campagna di vaccinazione 25
4.4.4 Indicazioni per il monitoraggio della copertura vaccinale 2026-2027 28
5. CAMPAGNE DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE 28

1. INTRODUZIONE

L'influenza è una malattia respiratoria acuta causata da virus influenzali che circolano in tutto il mondo. Nei climi temperati, come in Italia, le epidemie stagionali si verificano principalmente durante l'inverno, mentre nelle regioni tropicali l'influenza può verificarsi durante tutto l'anno, causando epidemie in modo più irregolare. L'influenza rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia e l'attuazione delle misure di controllo ed è tra le poche malattie infettive che di fatto ogni individuo sperimenta più volte nel corso della propria esistenza indipendentemente dallo stile di vita, dall'età e dal luogo in cui vive. Le epidemie possono provocare alti livelli di assenteismo in ambito scolastico e lavorativo e perdite di produttività. Gli accessi al Pronto Soccorso e i ricoveri per influenza possono aumentare durante i picchi della malattia. Le persone anziane, i bambini più piccoli, le donne in gravidanza e le persone con deficit della risposta immune o con malattie croniche sono maggiormente soggetti a forme gravi, ma tutta la popolazione può sviluppare gravi complicanze, tra cui polmonite, miocardite ed encefalite, che possono portare al decesso. Pertanto, si rende necessario intensificare i programmi di vaccinazione e le misure di prevenzione, proteggendo in particolare la salute dei gruppi di popolazione più a rischio attraverso la vaccinazione contro l'influenza stagionale.

Le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sulla composizione dei vaccini, per l'emisfero settentrionale, contro i virus influenzali sono rese disponibili nel mese di febbraio di ogni anno per la stagione successiva. Nel febbraio 2026, l'OMS ha raccomandato la nuova composizione vaccinale per la stagione 2026/2027 elencando i ceppi virali da inserire nell'aggiornamento della formulazione trivalente indicata per la protezione contro l'influenza stagionale con inizio nell'autunno 2026.

Le raccomandazioni annuali per l'uso dei vaccini antinfluenzali in Italia sono elaborate dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni/PPAA, sentito il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), dopo la revisione di una serie di aspetti, come il trend epidemiologico della malattia influenzale e le popolazioni target per la vaccinazione, la sicurezza, l'immunogenicità e l'efficacia dei vaccini antinfluenzali e altri aspetti rilevanti.

2. EPIDEMIOLOGIA

2.1 Impatto della malattia

In tutto il mondo, si stima che queste epidemie annuali causino da 3 a 5 milioni di casi di malattia grave e da 290.000 a 650.000 decessi per cause respiratorie[1].

In tutta Europa, ogni anno, si infetta dal dieci al trenta per cento della popolazione europea e l'infezione causa centinaia di migliaia di ricoveri. Il tasso di mortalità complessivo stimato legato all'influenza è di 13,8 decessi ogni 100.000 persone ogni anno[2].

Il Centro Europeo per il controllo delle Malattie (ECDC) stima che ogni anno, in Europa, 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 persone con condizioni cliniche croniche di base. Per informazioni correnti sull'attività influenzale europea è possibile consultare il sito ERVISS dell'OMS/Europa e del Centro per il controllo delle Malattie Europeo (ECDC)[3].

L'influenza e la polmonite ad essa associata sono classificate tra le prime 10 principali cause di morte in Italia.

2.2 Descrizione della malattia

2.2.1 Agente infettivo

Esistono due tipi principali di virus dell'influenza di interesse umano: A e B. I virus dell'influenza A sono classificati in sottotipi basati su due proteine di superficie: emoagglutinina (HA) e neuraminidasi (NA). Due sottotipi di HA (H1 e H3) e due sottotipi di NA (N1 e N2) sono riconosciuti tra i virus dell'influenza A come causa di malattia umana diffusa nel corso degli ultimi decenni. L'immunità verso le proteine HA e NA riduce la probabilità di infezione e, insieme all'immunità alle proteine virali interne, riduce la gravità della malattia in caso di infezione.

I virus dell'influenza B si sono evoluti in due lignaggi antigenicamente distinti dalla metà degli anni '80, rappresentati dai virus B/Yamagata/16/88 e B/Victoria/2/87-like. I due lignaggi virali sono stati responsabili, negli anni e in modo variabile, di casi di influenza a

---

[1] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)

[2] ECDC: Seasonal influenza https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza (ultima consultazione 20 marzo 2026)

[3] https://erviss.org/

livello globale. A partire dalla primavera del 2020, già dall'inizio dell'emergenza pandemica da COVID-19, è stato osservato nel mondo un rapido decremento nella circolazione dei virus influenzali, fino all'estate del 2021. Successivamente, dopo il graduale ritorno ad una normale circolazione dei virus influenzali, non sono state, tuttavia, più riportate identificazioni confermate di ceppi B/Yamagata, suggerendo che, da allora, questo lignaggio potrebbe ritenersi estinto.

Nel corso del tempo, le variazioni antigeniche (deriva antigenica) dei ceppi si verificano all'interno di un sottotipo di influenza A o di un lignaggio B. Questo fenomeno, che può verificarsi in uno o più ceppi di virus dell'influenza, richiede che i vaccini antinfluenzali stagionali vengano riformulati ogni anno.

2.2.2 Modalità di trasmissione

I virus influenzali sono trasmessi principalmente dalle goccioline diffuse attraverso la tosse o gli starnuti e il contatto diretto o indiretto con le secrezioni respiratorie contaminate. Il periodo di incubazione dell'influenza stagionale è solitamente di due giorni, ma può variare da uno a quattro giorni. Le persone infette possono essere in grado di diffondere l'influenza ad altri da un giorno prima dell'inizio dei sintomi a circa cinque-sette giorni dopo. I bambini e le persone con un sistema immunitario indebolito inoltre possono essere contagiosi e diffondere il virus anche per più di cinque-sette giorni dopo l'esordio sintomatologico.

2.2.3 Stagionalità

In Europa, la circolazione dei virus influenzali è stata più elevata tra dicembre 2025 e gennaio 2026, con una predominanza dei virus influenzali di tipo A[4]. Il ceppo influenzale A(H3N2) ha predominato in tutta Europa, mentre nel sud-ovest Europeo le rilevazioni dei virus A(H1N1)pdm09 sono aumentate dalla metà di novembre. In Europa orientale e settentrionale le rilevazioni dei virus A(H1N1)pdm09 e dei virus dell'influenza B sono rimaste basse per tutto il periodo di riferimento[5].

L'attività dei virus influenzali stagionali in Italia inizia durante l'autunno e raggiunge di solito il picco nei mesi invernali per ridursi poi in primavera e in estate. Ogni anno il picco può verificarsi in momenti differenti del periodo autunno-inverno.

---

[4] https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/who-influenza-recommendations/vcm-northern-hemisphere-recommendation-2025-2026/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2025-2026-northern-hemisphere-influenza-season.pdf?sfvrsn=857c2e9b_7&download=true

[5] https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-2027-northern-hemisphere-influenza-season

Nell'ultima stagione l'incidenza delle ARI (Acute Respiratory Infection) in Italia ha raggiunto il picco epidemico nella 51° settimana del 2025, con un valore pari a 17.6 casi per mille assistiti. Il numero di ARI è stato sostenuto, oltre che dai virus influenzali, anche da altri virus respiratori, tra i quali il Rhinovirus, i Coronavirus diversi dal SARS-CoV-2 e il virus respiratorio sinciziale (VRS)[6].

2.2.4 Sintomatologia

L'influenza è una malattia respiratoria acuta che può manifestarsi in forme di diversa gravità che, in alcuni casi, possono comportare il ricovero in ospedale e anche la morte. I sintomi dell'influenza includono tipicamente l'insorgenza improvvisa di febbre alta, tosse e dolori muscolari. Altri sintomi comuni includono mal di testa, brividi, perdita di appetito, affaticamento e mal di gola. Possono verificarsi anche nausea, vomito e diarrea, specialmente nei bambini. La maggior parte delle persone guarisce in una settimana o dieci giorni, ma alcune persone sono a maggior rischio di complicanze più gravi o peggioramento della loro condizione di base (persone con patologie concomitanti, i residenti in strutture sociosanitarie e altre strutture di assistenza cronica, le donne in gravidanza come riportato in dettaglio in Tabella 2).

3. SISTEMI DI SORVEGLIANZA E SEGNALAZIONE

I sistemi di sorveglianza e segnalazione saranno definiti con successiva ed apposita circolare.

4. PREVENZIONE

4.1 Misure di igiene e protezione individuale non farmacologica

Oltre alle misure farmacologiche, l'ECDC raccomanda le seguenti misure di protezione personali utili per ridurre il rischio di contrarre l'infezione o per evitare di trasmettere il virus ad altri.

- Lavare regolarmente le mani e asciugarle correttamente: le mani devono essere lavate accuratamente con acqua e sapone, per almeno 40-60 secondi ogni volta, specialmente dopo aver tossito o starnutito e asciugate; i disinfettanti per le mani a base alcolica riducono la quantità di virus influenzale dalle mani contaminate e

[6] https://respivirnet.iss.it/pagine/rapportoInflunet.aspx

possono rappresentare una valida alternativa in assenza di acqua, qualora le mani non siano visibilmente sporche.

- Osservare una buona igiene respiratoria: coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, con fazzoletti monouso da smaltire correttamente e lavarsi le mani e utilizzare dispositivi di protezione delle vie respiratorie in presenza di sintomatologia alle vie aeree superiori (raffreddore e tosse).
- Restare a casa se si presentano sintomi attribuibili a malattie respiratorie febbrili specie in fase iniziale.
- Evitare il contatto stretto con persone con sintomatologia attribuibile all'influenza.
- Evitare di toccarsi occhi, naso o bocca: i virus possono diffondersi quando una persona tocca una superficie contaminata da virus e poi si tocca occhi, naso o bocca.

I dispositivi di protezione delle vie respiratorie indossati da persone con sintomatologia influenzale possono contribuire a ridurre le infezioni tra i contatti stretti.

4.2 Strategie di vaccinazione contro l'influenza stagionale

La vaccinazione è la forma più efficace di prevenzione dell'influenza e delle sue complicanze, che non sono solo respiratorie ma possono coinvolgere diversi organi e/o apparati (es. miocardite, encefalite). Il vaccino antinfluenzale è indicato per tutte le persone a partire dai 6 mesi di vita e raccomandato per tutte le categorie a rischio che non abbiano specifiche controindicazioni. L'OMS e il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025[7], riportano, tra gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale, il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni.

Per ciò che concerne l'individuazione dei gruppi a rischio rispetto alle epidemie di influenza stagionale, ai quali la vaccinazione va offerta in via preferenziale, esiste una sostanziale concordanza in ambito europeo sul fatto che principali destinatari dell'offerta di vaccino antinfluenzale stagionale debbano essere i bambini dai 6 mesi ai 6 anni, persone anziane, le

[7] prorogato con Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sulla proposta del Ministro della salute di proroga per un anno del "Piano nazionale della prevenzione vaccinale (PNPV) 2023 – 2025" (Rep. Atti n. 193/CSR del 2 agosto 2023). Rep. atti n. 243/CSR del 18 dicembre 2025.

donne in gravidanza, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza.

Pertanto, gli obiettivi della campagna vaccinale stagionale contro l'influenza sono:

- riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte;
- riduzione del rischio di trasmissione a persone ad alto rischio di complicanze o ospedalizzazione;
- riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità.

Per ridurre il rischio di diffusione della malattia, risulta indispensabile e prioritaria la vaccinazione di alcune categorie professionali, quali gli operatori sanitari, e i lavoratori dei servizi essenziali che, qualora dovessero contrarre l'influenza, possono rappresentare un rischio per le persone con le quali vengono a contatto che spesso sono gravate da aumentata fragilità.

Allo stesso modo risulta indispensabile il rafforzamento della vaccinazione nella fascia di età infantile, quale principale driver di diffusione precoce della malattia e nell'assenza di possibilità di introdurre misure di protezione individuale efficaci.

Sulla base delle indicazioni dell'ECDC, si raccomandano le seguenti strategie di immunizzazione contro l'influenza, complementari tra di loro (anche se la seconda è la più importante e ampiamente utilizzata in tutta Europa).

4.2.1 Ridurre la trasmissione complessiva dell'influenza

Si tratta di un nuovo approccio basato sull'osservazione che gran parte della trasmissione dell'influenza avviene nei bambini piccoli che frequentano asili nido e la scuola dell'infanzia (fascia d'età 6 mesi – 6 anni). Pertanto, immunizzare i bambini tempestivamente, oltre alla popolazione più anziana, può ridurre la trasmissione complessiva dell'influenza e proteggere le persone appartenenti ai gruppi a rischio.

4.2.2 Proteggere le persone vulnerabili

Secondo gli obiettivi sopra citati, una delle strategie dei programmi di immunizzazione in Europa è quella di proteggere direttamente o indirettamente le persone più vulnerabili. La protezione diretta prevede l'immunizzazione delle persone che hanno maggiori probabilità di sviluppare malattie gravi se infettate da virus influenzali (categorie a rischio).

La raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea (2009/1019/UE) relativa alla vaccinazione contro l'influenza stagionale incoraggia gli Stati membri dell'UE ad adottare

e attuare piani d'azione e politiche volti a raggiungere una copertura vaccinale contro l'influenza stagionale tra i gruppi di età più anziani del 75% e, se possibile, estendere tale obiettivo alle categorie di persone a rischio affette da patologie croniche. Si incoraggiano inoltre gli Stati membri a migliorare la copertura vaccinale tra gli operatori sanitari come protezione indiretta.

L'ECDC ha monitorato i progressi verso gli obiettivi della raccomandazione del Consiglio basandosi su dati, analisi e azioni intraprese negli ultimi anni presentati nella relazione tecnica sull'attuazione della raccomandazione del Consiglio relativa alla vaccinazione contro l'influenza stagionale[8].

Mentre immunizzare i gruppi a rischio significa protezione diretta, esiste anche una strategia di protezione indiretta che consiste nell'immunizzare coloro che sono a stretto contatto con persone appartenenti ai gruppi a rischio. Questa strategia sta diventando sempre più importante poiché è ormai riconosciuto che i vaccini antinfluenzali utilizzati abitualmente sono più efficaci nei bambini e negli adulti sani rispetto agli anziani e alle persone con patologie croniche, che presentano un sistema immunitario gravato dall'immunosenescenza o immunodeficienze acquisite concomitanti. Anche i bambini di età inferiore a 6 mesi che non possono essere vaccinati con gli attuali vaccini possono essere protetti dalle strategie di protezione indiretta.

4.2.3 Proteggere gli adulti sani

Le epidemie di influenza sono anche una causa importante di molti episodi di malattia di breve durata ma debilitanti che comportano assenze da scuola e dal lavoro. Per tale motivo, a causa dell'impatto economico e del disagio sociale, i datori di lavoro spesso incoraggiano l'immunizzazione del proprio personale e la rendono facilmente disponibile.

4.2.3 Ridurre l'impatto dell'influenza sui lavoratori dei servizi pubblici di primario interesse collettivo

La vaccinazione degli operatori addetti ai servizi di primario interesse collettivo rappresenta una strategia di sanità pubblica finalizzata non solo alla protezione del singolo lavoratore, ma anche al mantenimento della continuità dei servizi essenziali per la comunità. In questo ambito, l'immunizzazione assume un valore particolarmente rilevante perché contribuisce a ridurre il rischio di assenze dovute a malattia, limita la possibilità di trasmissione in

[8] https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/implementation-council-recommendation-seasonal-influenza-vaccination

contesti ad alta interazione con il pubblico e rafforza la resilienza complessiva del sistema sociale e assistenziale.

La tutela vaccinale di queste categorie, che comprendono ad esempio personale scolastico, forze dell'ordine, vigili del fuoco, operatori dei trasporti e altri lavoratori impiegati in funzioni essenziali, si configura quindi come una misura di protezione sia individuale sia collettiva. Garantire adeguati livelli di copertura vaccinale in tali gruppi significa preservare la funzionalità dei servizi indispensabili nei periodi di maggiore circolazione degli agenti infettivi e, al contempo, proteggere in modo indiretto le persone più fragili che da tali servizi dipendono.

4.3 La vaccinazione antinfluenzale

4.3.1 Vaccini disponibili

Tutti i vaccini antinfluenzali disponibili in Italia sono stati 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.

Le Regioni/PP.AA. decidono annualmente, tramite delle gare per la fornitura di vaccini, tra i prodotti disponibili in commercio, quelli che saranno utilizzati durante le campagne vaccinali.

Le caratteristiche antigeniche dei ceppi virali influenzali circolanti nell'ultima stagione influenzale forniscono la base per selezionare i corrispondenti ceppi vaccinali da includere nel vaccino dell'anno successivo e l'OMS emana le raccomandazioni sulla composizione vaccinale generalmente nel mese di febbraio per consentire alle aziende di produrre la quantità di vaccino necessaria.

Nella riunione annuale, svoltasi il 27 febbraio 2026, l'OMS[4] ha pertanto raccomandato la seguente composizione per il vaccino trivalente destinato all'utilizzo nella stagione 2026/2027 dell'emisfero settentrionale:

Vaccini trivalenti ottenuti in uova embrionate di pollo

- A/Missouri/11/2025 (H1N1) pdm09-like virus;
- A/Darwin/1454/2025 (H3N2)-like virus; e
- B/Tokyo/EIS13-175/2025-like virus (lignaggio B/Victoria).

Vaccini trivalenti ottenuti su colture cellulari o ricombinanti o acidi nucleici

- A/Missouri/11/2025 (H1N1) pdm09-like virus;

- A/Darwin/1415/2025 (H3N2)-like virus; e
- B/Pennsylvania/14/2025-like virus (lignaggio B/Victoria).

Il vaccino aggiornato conterrà, dunque, **nuove varianti antigeniche di tipo A**, sottotipo **H1N1pdm09 (A/Missouri/11/2025)** che sostituirà i ceppi A/Victoria/4897/2022 e A/Wisconsin/67/2022, rispettivamente nei vaccini ottenuti in uova embrionate di pollo ed in quelli ottenuti su colture cellulari, sottotipo **H3N2(A/Darwin/1454/2025** e **A/Darwin/1415/2025)** , che sostituiranno i ceppi A/Croazia/10136RV/2023 e A/Distretto di Columbia/27/2023 , rispettivamente nei vaccini ottenuti in uova embrionate di pollo ed in quelli ottenuti su colture cellulari.

Il vaccino conterrà **nuove varianti antigeniche di tipo B (B/Tokyo/EIS13-175/2025 e B/Pennsylvania/14/2025)** che sostituiranno il ceppo B/Austria/1359417/2021 rispettivamente nei vaccini ottenuti in uova embrionate di pollo ed in quelli ottenuti su colture cellulari.

Poiché dal marzo 2020, nei virus in circolazione a livello globale non è stato riportato alcun caso riconducibile al virus B/Yamagata, coerentemente con le raccomandazioni precedenti (*Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2025-2026 northern hemisphere influenza season)*[9], il Comitato Consultivo OMS per la composizione del vaccino antinfluenzale, ritiene che questo lignaggio non costituisca più un rischio per la sanità pubblica e che la protezione vaccinale contro questo virus non sia più necessaria.

Ogni anno AIFA pubblica le informazioni relative ai vaccini autorizzati per l'immissione in commercio per ogni stagione e pubblica le informazioni relative all'assenza di lattice/latex/gomma naturale nelle diverse componenti dei confezionamenti primari (siringhe pre-riempite, nebulizzatore, ecc.), dopo le necessarie verifiche con le Aziende titolari AIC. Tale informazione risulta di estrema importanza per le persone allergiche al lattice che accedono alla vaccinazione, le quali, in caso di presenza di lattice anche in tracce, nelle diverse componenti delle siringhe pre-riempite (es. cappuccio, pistone, tappo), sarebbero esposte al rischio di reazioni allergiche.

[94] https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-2027-northern-hemisphere-influenza-season https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2025-2026-northern-hemisphere-influenza-season

4.3.2 Dosaggio, modalità di somministrazione e scelta

Ferme restando le indicazioni riportate nella RCP di ciascun vaccino autorizzato, la *Tabella 1* riporta le indicazioni su dosaggio e modalità di somministrazione e riassume le raccomandazioni attuali per età.

Una sola dose di vaccino antinfluenzale è sufficiente per le persone di tutte le età, con esclusione dell'età infantile. Infatti, per i bambini al di sotto dei 9 anni di età, mai vaccinati in precedenza[10], si raccomandano due dosi di vaccino antinfluenzale stagionale, in linea con le raccomandazioni ACIP, da somministrare a distanza di almeno quattro settimane (come esplicitato in Tabella 1).

Nei bambini di età inferiore a 9 anni che abbiano già ricevuto almeno una dose di vaccino antinfluenzale in una precedente stagione influenzale, nella stagione in corso è prevista la somministrazione di una sola dose[11].

I vaccini antinfluenzali inattivati vanno somministrati per via intramuscolare ed è raccomandata l'inoculazione nel muscolo deltoide per tutte le persone di età superiore a 2 anni; nei bambini fino a 2 anni e nei lattanti la sede raccomandata è la faccia antero-laterale della coscia. Il vaccino antinfluenzale vivo attenuato (LAIV) viene somministrato come spray per via nasale.

Per le persone di età pari o superiore ai 60 anni di età risulta raccomandato l'utilizzo di vaccini antinfluenzali potenziati, VITa o VIThd, che presentano una maggiore efficacia nella protezione verso forme severe di malattia.

.

[10] ACIP https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/rr7101a1.htm

[11] Englund JA, Walter EB, Gbadebo A, et al. Immunization with trivalent inactivated influenza vaccine in partially immunized toddlers. Pediatrics 2006;118:e579-85.
Goldsmith JJ, Tavlian S, Vu C, et al. Comparison of 2 Doses vs 1 Dose in the First Season Children Are Vaccinated Against Influenza: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open 2025;8:e2535250.

Tabella 1. Tipologie di vaccino, modalità di somministrazione dosi per fascia di età secondo RCP (*)

	Vaccino	Descrizione	Dosi e modalità di somministrazione
VIT	Vaccino Inattivato Trivalente, o sub-unità, o split	I vaccini antinfluenzali inattivati attualmente autorizzati per l'uso in Italia sono vaccini split e a subunità.I vaccini influenzali inattivati possono essere impiegati in tutte le fasi della gravidanza. Attualmente in Italia sono disponibili vaccini antinfluenzali trivalenti (VIT) che contengono 2 virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e 1 virus di tipo B. Se non altrimenti specificato (vedi sotto), i vaccini inattivati sono prodotti con virus replicato in uova embrionate di pollo.	6 mesi – 9 anni: 2 dosi (0,50ml): ripetute a distanza di almeno 4 settimane ai bambini vaccinati per la prima volta; 1 dose (0,50ml) se già vaccinati negli anni precedenti ≥10 anni. 1 dose (0,50ml)
LAIV	Vaccino vivo attenuato	Il vaccino LAIV trivalente è un vaccino antinfluenzale vivo attenuato somministrato con spray intranasale e autorizzato per l'uso in persone di età compresa tra 2 e 18 anni. I ceppi influenzali contenuti nel vaccino sono attenuati in modo da non causare influenza.	2 anni – 9 anni: 2 dosi (0,2 ml) ripetute a distanza di almeno 4 settimane per bambini che vengono vaccinati per la prima volta; 1 dose (0,2 ml) se già vaccinati negli anni precedenti 10-17 anni: 1 dose (0,2 ml)
VITcc	Vaccino inattivato trivalente su colture cellulari	Il vaccino VITcc è un vaccino antinfluenzale trivalente che contiene 2 virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e 1 virus di tipo B cresciuti su colture cellulari, ed autorizzato per l'uso in bambini e adulti di età superiore ai 6 mesi di età[12].	6 mesi – 9 anni: 2 dosi (0,50ml): ripetute a distanza di almeno 4 settimane ai bambini vaccinati per la prima volta; 1 dose (0,50ml) se già vaccinati negli anni precedenti ≥10 anni: 1 dose (0,50ml)
VITr	Vaccino trivalente a DNA ricombinante	Il vaccino trivalente ricombinante è prodotto tramite la tecnologia del DNA ricombinante che si basa sulla produzione di una proteina di un agente infettivo senza utilizzare il microrganismo selvaggio, mediante tecniche di ingegneria genetica che frammentano il DNA corrispondente e lo esprimono in diversi vettori di espressione "in vitro". È indicato dai 18 anni di età.	≥18 anni:1 dose (0,50 ml)
VITa	Vaccino inattivato trivalente adiuvato	Uno dei vaccini trivalenti inattivati contiene l'adiuvante MF59, un'emulsione olio-in-acqua composta da squalene come fase oleosa. L'adiuvante ha lo scopo di potenziare e ampliare la risposta immunitaria antigene-specifica e a prolungare la durata della risposta immunitaria. Gli altri prodotti inattivati non contengono un adiuvante. È indicato nelle persone di età pari o superiore a 50 anni.	≥50 anni: 1 dose (0,50 ml)
VIThd	Vaccino inattivato trivalente ad alto dosaggio	Il vaccino ad alto dosaggio è un vaccino split trivalente che contiene due virus di tipo A(H1N1 e H3N2) e un virus di tipo B contenente 60 mcg di emoagglutinina (HA) per ciascun ceppo virale per garantire una maggiore risposta immunitaria e quindi una maggiore efficacia. È indicato nelle persone di età pari o superiore a 60 anni.	≥60 anni: 1 dose (0,50 ml)

(*) Per le raccomandazioni specifiche per prodotto riferirsi alla tabella 3

[12] Decisione C(2025) 2314 final della CE: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1879.htm;
EMA: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/flucelvax#product-information-section

4.3.3 Categorie target per la vaccinazione

In Italia, in accordo con gli obiettivi della pianificazione sanitaria nazionale e con il perseguimento degli obiettivi specifici del programma di immunizzazione contro l'influenza, la vaccinazione antinfluenzale viene offerta attivamente e gratuitamente alle persone che per le loro condizioni personali corrono un maggior rischio di complicanze nel caso contraggano l'influenza. In Tabella 2 sono riportate tutte le categorie per le quali la vaccinazione è raccomandata ed offerta attivamente e gratuitamente. Tale elenco non è esaustivo e gli operatori sanitari dovrebbero applicare il loro giudizio clinico per tenere conto del rischio di influenza che aggrava eventuali malattie di base che un paziente può avere, così come il rischio di gravi malattie derivanti dall'influenza stessa. Il vaccino antinfluenzale dovrebbe essere raccomandato e offerto gratuitamente, in questi casi, anche se l'individuo non appartiene ai gruppi di rischio clinici sotto specificati. Inoltre, dopo aver vaccinato le categorie di popolazione eleggibili è possibile offrirlo gratuitamente a chiunque lo richieda.

***Tabella* 2. Elenco delle categorie per le quali la vaccinazione antinfluenzale stagionale è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente (senza uno specifico ordine di priorità).**

Persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza:
- Persone di età pari o superiore a 60 anni[13] - Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza e nel periodo "postpartum" - Persone di tutte le età affette da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza: *a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO);* *b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite;* *c) diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con indice di massa corporea BMI >30);* *d) insufficienza renale/surrenale cronica;* *e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;* *f) malattie oncologiche, anche in corso di trattamento chemioterapico o immunoterapico o in follow-up;* *g) malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;* *h) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali;* *i) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;* *j) patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari);* *k) epatopatie croniche;* *l) persone candidate a trattamento immunomodulante o immunosoppressivo o in corso di trattamento.* - Bambini nella fascia di età 6 mesi - 6 anni compresi - Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale - Persone di qualunque età ricoverate presso strutture per lungodegenti - Familiari e contatti (adulti e bambini) di persone ad alto rischio di complicanze (indipendentemente dal fatto che la persona a rischio sia stata o meno vaccinata)
Persone addette a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori:
- Medici e personale sanitario/sociosanitario (inclusi studenti che svolgono attività di tirocinio) 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 - 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, inclusi studenti che svolgono attività di tirocinio
Altre categorie
- Donatori di sangue

[13] Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025» e sul documento recante «Calendario nazionale vaccinale https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=95963&completo=true

4.3.4 Buone pratiche vaccinali

Considerando la molteplicità di attori coinvolti nell'erogazione delle vaccinazioni antinfluenzali, si raccomanda che la loro somministrazione, indipendentemente dal setting in cui viene effettuata, avvenga nel rispetto delle buone pratiche vaccinali, a garanzia della qualità, della sicurezza, dell'appropriatezza e della tracciabilità della prestazione. In particolare, le strutture sanitarie e i soggetti erogatori coinvolti nella campagna vaccinale devono assicurare le seguenti attività.

a) **Triage pre-vaccinale e valutazione delle controindicazioni**: prima della somministrazione, deve essere effettuato il triage pre-vaccinale per rilevare eventuali controindicazioni o precauzioni. In presenza di dubbi su una possibile controindicazione, la persona deve essere inviata a valutazione del medico.
b) **Corretta conservazione e gestione dei vaccini (catena del freddo):** i vaccini devono essere conservati a temperature comprese tra +2°C e +8°C, evitando il congelamento. Le strutture eroganti devono disporre di procedure per il monitoraggio continuo della temperatura, la gestione delle escursioni termiche e il trasporto in condizioni idonee. All'apertura di ogni seduta vaccinale deve essere verificata la corretta conservazione dei prodotti.
c) **Registrazione e tracciabilità**: ogni vaccinazione deve essere registrata in Anagrafe Vaccinale con tutte le informazioni previste dal flusso AVN. La tracciabilità della prestazione è essenziale anche ai fini della farmacovigilanza.
d) **Somministrazione in sicurezza**: la somministrazione deve avvenire nel rispetto delle norme igienico-sanitarie e nel rispetto dei principi delle Raccomandazioni del Ministero per la sicurezza delle cure. Nelle somministrazioni per via intramuscolare si raccomanda di non effettuare l'aspirazione prima dell'iniezione; inoltre, per le siringhe preriempite, non deve essere eliminata l'eventuale bolla d'aria presente, in quanto prevista dal sistema di confezionamento del vaccino.
e) **Gestione delle reazioni avverse e delle emergenze:** tutti gli operatori che erogano la vaccinazione devono essere adeguatamente formati nel riconoscimento e nella gestione delle reazioni allergiche gravi, nonché la dotazione di adrenalina per il trattamento immediato dell'anafilassi. Altre tipologie di farmaci devono essere valutate e prescritte a seguito di indicazione medica. È raccomandato un periodo di osservazione post-vaccinale di almeno 15 minuti o più lungo in presenza di condizioni specifiche.

4.3.5 Controindicazioni e precauzioni

Specifiche controindicazioni e precauzioni alla somministrazione di vaccini antinfluenzali sono contenute nel riassunto delle caratteristiche del prodotto.

In termini generali, tutti i vaccini antinfluenzali sono controindicati in caso di storia di anafilassi legata ad uno qualsiasi dei componenti del vaccino, inclusi gli eccipienti, eventuali adiuvanti, se

presenti o qualsiasi componente in tracce (ad esclusione delle proteine dell'uovo). Di conseguenza, le persone che hanno manifestato una reazione allergica grave o anafilattica confermata ad una precedente dose di vaccino o ad uno specifica componente del vaccino non devono generalmente ricevere la vaccinazione antinfluenzale. Nel caso di pregresse reazioni a costituenti diversi dal principio attivo, è importante discutere della propria allergia con il medico, prima di escludere la vaccinazione, anche per valutare l'opportunità di utilizzare prodotti alternativi che non contengono l'allergene.

Le persone allergiche alle uova possono ricevere qualsiasi vaccino antinfluenzale[14] autorizzato e raccomandato per l'età senza problemi, come evidenziato da studi specifici[15]. La maggior parte dei vaccini antinfluenzali e il vaccino antinfluenzale spray nasale sono prodotti utilizzando una tecnologia a base di uova. Per questo motivo, contengono una piccola quantità di proteine dell'uovo, come l'ovalbumina. Tuttavia, studi che hanno esaminato l'uso sia del vaccino spray nasale sia dei vaccini antinfluenzali in pazienti allergici e non allergici alle uova indicano che è improbabile che si verifichino gravi reazioni allergiche nelle persone con allergia alle uova. È inoltre disponibile il vaccino basato su virus coltivato in colture cellulari (VITcc), che è completamente privo di proteine delle uova.

Il vaccino antinfluenzale non deve inoltre essere somministrato a nei seguenti casi:

- lattanti al di sotto dei sei mesi (per mancanza di studi clinici controllati che dimostrino l'innocuità del vaccino in tali fasce d'età);
- persone con un'anamnesi positiva per sindrome di Guillain-Barré insorta entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose di vaccino antinfluenzale in assenza di altra causa certa che possa spiegare l'evento.

Costituiscono **precauzione** alla vaccinazione:

- una sindrome di Guillain-Barré non correlata a vaccinazione antinfluenzale e insorta da più di un anno; sebbene i dati disponibili siano limitati, i vantaggi della vaccinazione antinfluenzale giustificano la somministrazione del vaccino annuale nelle persone ad alto rischio di complicanze gravi dalla malattia;
- una malattia acuta di media o grave entità, con o senza febbre, e può essere necessario approfondire il singolo caso valutando il rapporto beneficio/rischio.

Come per altri vaccini somministrati per via intramuscolare, i vaccini antinfluenzali devono essere somministrati con cautela nelle persone affette da trombocitopenia o qualsiasi disturbo della

[14] https://www.cdc.gov/flu/vaccines/egg-allergies.html

[15] The Vaccine Handbook, a practitioner's guide to maximizing use and efficacy across the lifespan, second edition (Oxford)

coagulazione in quanto può manifestarsi ematoma in sede di inoculo a seguito della somministrazione intramuscolare a queste persone.

Una particolare attenzione va riservata alle controindicazioni e alle precauzioni riferite al LAIV, che non deve essere somministrato nei seguenti casi:

- storia di anafilassi a seguito dell'esposizione ai principi attivi, ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1 (ad es. gelatina) o alla gentamicina (un possibile residuo in tracce);
- bambini e adolescenti con immunodeficienza clinica a causa di condizioni o terapie immunosoppressive quali: leucemie acute e croniche, linfomi, infezione sintomatica da HIV, carenze immunocellulari e trattamento con corticosteroidi ad alte dosi. Il vaccino vivo attenuato non è controindicato nelle persone con infezioni da HIV asintomatiche o nei pazienti che assumono corticosteroidi topici/per inalazione o corticosteroidi sistemici a basse dosi o in quelli che assumono corticosteroidi come terapia sostitutiva, ad es. in caso di insufficienza adrenergica;
- bambini e adolescenti di età inferiore a 18 anni che assumono una terapia a base di salicilati a causa dell'associazione tra sindrome di Reye, salicilati e infezione da ceppi *wild-type* del virus influenzale;
- bambini e adolescenti affetti da asma severo o da dispnea attiva in quanto essi non sono stati studiati adeguatamente negli studi clinici;
- asplenia anatomica o funzionale[16].

La vaccinazione con LAIV in gravidanza non è raccomandata.
Cautela nella vaccinazione con LAIV va prestata alle persone con perdita di liquido cefalorachidiano (distretto cranico) e portatori di impianto cocleare.

Ai bambini con impianto cocleare si può somministrare LAIV in modo sicuro, anche se l'ideale sarebbe non somministrarlo nella settimana precedente l'intervento di impianto o nelle due settimane successive, o se vi è evidenza di perdite di liquido cerebrospinale in corso[17].

Inoltre, in accordo con quanto indicato dall'ACIP (*Advisory Committee on Immunization Practices* – USA) la vaccinazione con LAIV andrebbe evitata nei contatti stretti e *caregiver* di persone gravemente immunocompromesse.

In generale, le seguenti condizioni non rappresentano una controindicazione alla vaccinazione antinfluenzale (per altre condizioni relative a specifici vaccini si rimanda al RCP):

[16] CDC, General Best Practice Guidelines for Immunization: Contraindications and Precautions, https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/downloads/general-recs.pdf

[17] Documento dell'NHS "Live attenuated influenza vaccine nasal spray suspension (LAIV) Patient Group Direction (PGD)" pubblicato il 1° settembre 2022; https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2022/08/202208010laivpgdv11.00jh220811.pdf

- infezione influenzale asintomatica a epidemia già iniziata;
- allergia alle proteine dell'uovo (si veda sopra);
- gravidanza, in qualsiasi momento (ad eccezione del vaccino LAIV);
- allattamento;
- infezione da HIV e altre immunodeficienze congenite o acquisite (la condizione di immunodepressione non costituisce una controindicazione, salvo quanto precisato a proposito del LAIV, alla somministrazione della vaccinazione antinfluenzale ma la somministrazione del vaccino potrebbe non evocare una adeguata risposta immune; una seconda dose di vaccino non migliora la risposta anticorpale in modo sostanziale).

4.3.6 Somministrazione simultanea di più vaccini

Generalmente, la co-somministrazione del vaccino antinfluenzale con altri vaccini non interferisce con la risposta immune. Solo per la somministrazione intranasale del vaccino antinfluenzale a virus vivo attenuato bisogna attendere almeno 4 settimane dalla somministrazione di un altro vaccino vivo attenuato, quando le due vaccinazioni non sono co-somministrate[18].

Le persone possono quindi ricevere il vaccino antinfluenzale contemporaneamente ad altri vaccini (secondo le indicazioni del PNPV vigente), in sedi corporee e con siringhe diverse.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta infatti un'occasione opportuna per l'offerta in co-somministrazione anche della vaccinazione anti-pneumococcica, anti-Herpes Zoster o anti-diftotetanopertussica (dTpa) quando raccomandate dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale.

Fatte salve specifiche indicazioni d'uso, è possibile altresì la co-somministrazione di tutti i vaccini antinfluenzali anche con i vaccini anti-SARS-CoV-2/COVID-19[19] [20] [21] [22].

4.3.7 Reazioni avverse

Le segnalazioni di sospette reazioni avverse da farmaci (ADR, Adverse Drug Reaction in inglese) e eventi avversi dopo vaccini (AEFI, Adverse Events Following Immunization) consentono di rilevare potenziali segnali di allarme relativi all'uso dei medicinali così da renderli più sicuri, a beneficio di tutti i pazienti. La normativa europea sulla farmacovigilanza richiede a tutti gli operatori sanitari e ai cittadini di segnalare qualsiasi sospetta reazione avversa (grave e non grave, nota e non nota). L'AIFA

---

[18] Plotkin's Vaccines, 8a edizione, capitolo 10 General Immunizatione Practices, Tabella 10.8 "Guidelines for Spacing of Live and Inactivated Antigens"

[19] WHO. Statement on the antigen composition of COVID-19 vaccines. 26-04-24. https://www.who.int/news/item/26-04-2024-statement-on-the-antigen-composition-of-covid-19-vaccines :

[20] EMA recommendation to update the antigenic composition of authorised COVID-19 vaccines for 2024-2025. https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/ema-recommendation-update-antigenic-composition-authorisedcovid-19-vaccines-2024-2025_en.pdf

[21] WHO. SAGE. Interim recommendations for the use of mRNA COVID-19 vaccines (19-7-23). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371402/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-mRNA2023.1-eng.pdf?sequence=1

[22] WHO. "Standing recommendations for COVID-19 issued by the Director-General of the World Health Organization (WHO) in accordance with the International Health Regulations (2005) (IHR)". 9-8-23. https://www.who.int/publications/m/item/standing-recommendations-for-covid-19-issued-by-the-director-generalof-the-world-health-organization-(who)-in-accordance-with-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)

invita a segnalare le sospette reazioni avverse che potrebbero eventualmente verificarsi dopo la somministrazione di un vaccino, in quanto le segnalazioni contribuiscono al monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio dei vaccini come di ogni altro medicinale.
Gli effetti indesiderati comuni dopo somministrazione di vaccino antinfluenzale consistono in reazioni locali, quali dolore, eritema, gonfiore nel sito di iniezione.

Le reazioni sistemiche comuni includono malessere generale, febbre, mialgie, con esordio da 6 a 12 ore dalla somministrazione della vaccinazione e della durata di 1 o 2 giorni.

I vaccini antinfluenzali che contengono solo virus inattivati o parti di questi, non possono essere responsabili di infezioni da virus influenzali. Le persone vaccinate dovrebbero essere informate sul fatto che, particolarmente nella stagione fredda, infezioni respiratorie e sindromi con sintomatologie simili a quelle dell'influenza possono essere provocate da molteplici altri agenti batterici e virali, nei cui confronti il vaccino antinfluenzale non può avere alcuna efficacia protettiva.

Ulteriori informazioni sulle possibili reazioni segnalate sono fornite nei riassunti delle caratteristiche del prodotto (RCP), disponibili sul sito di AIFA.

4.3.8 Sorveglianza degli eventi avversi dopo vaccinazione

Si raccomanda un'attenta sorveglianza delle eventuali reazioni avverse, per la segnalazione delle quali devono essere seguite le disposizioni fornite dal Decreto del Ministro della Salute del 12 dicembre 2003 (cfr. G.U. n. 36 del 13 febbraio 2004 e lettera circolare DGPREV.V/2062 del 30 gennaio 2004).

Data la necessità di escludere l'eventuale associazione tra la vaccinazione ed eventi indesiderati, si sottolinea l'importanza della segnalazione tempestiva, da parte di operatori sanitari e da cittadini, al sistema di farmacovigilanza dell'AIFA di eventuali eventi avversi osservati in persone vaccinate, attraverso una delle modalità previste sul sito dell'AIFA[23]. Per una corretta segnalazione di reazione avversa a vaccino si raccomanda che a ciascuna persona vaccinata venga consegnata l'informazione sulla tipologia e il lotto del vaccino somministrato da parte dell'operatore sanitario che effettua la vaccinazione.

4.3.9 Conservazione dei vaccini

I vaccini antinfluenzali devono essere conservati a temperature comprese tra +2°C e + 8°C, e non devono essere congelati.
I vaccini inattivati contro l'influenza, se conservati a una temperatura corretta, tra +2°C e + 8°C, rimangono stabili per almeno un anno.

[23] https://www.aifa.gov.it/web/guest/content/segnalazioni-reazioni-avverse

Per un mantenimento ottimale si raccomanda di assicurarsi che il vaccino permanga il meno possibile fuori dal frigorifero e che non venga interrotta la catena del freddo. Il vaccino deve essere trasportato in busta o contenitore per farmaci/alimenti refrigerati nei quali sia presente un elemento refrigerante, con il quale va evitato accuratamente che il vaccino venga a diretto contatto.
Maggiori e specifiche informazioni su ogni vaccino sono presenti nei relativi riassunti delle caratteristiche del prodotto disponibili nella sezione Banca Dati Farmaci sul sito di AIFA[24].

4.4 La campagna vaccinale

4.4.1 La campagna di vaccinazione antinfluenzale 2025-2026

La campagna di vaccinazione antinfluenzale 2025-2026 è iniziata ufficialmente nell'ottobre 2025. L'anagrafe vaccinale nazionale (AVN)[25] è finalizzata a raccogliere, in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, le informazioni relative ai soggetti vaccinati, ai vaccini effettuati e alle eventuali reazioni avverse, con l'obiettivo di garantire la completezza e l'aggiornamento dei dati relativi alla copertura vaccinale.

Non è stato, però, possibile valutare settimanalmente l'andamento della campagna di vaccinazione tramite AVN in considerazione del fatto che la disciplina prevedeva che le Regioni e le Province autonome trasmettessero i dati con cadenza trimestrale, entro il mese successivo al trimestre di riferimento. Considerata la necessità di disporre di informazioni più tempestive per il monitoraggio della copertura vaccinale antinfluenzale, anche ai fini di una più rapida individuazione di eventuali criticità o ritardi nell'attuazione delle campagne vaccinali, è stato predisposto un apposito decreto ministeriale volto a modificare la periodicità di conferimento dei dati.

Pertanto, i dati di copertura vaccinale su base settimanale sono stati inviati dalle Regioni/Province autonome al Ministero della Salute attraverso un altro sistema. All'inizio di marzo 2026, le coperture mostravano un trend stabile rispetto alla stagione precedente, con valori intorno al 50% per la popolazione over 65, tuttavia, i dati fino ad allora disponibili non si possono ritenere consolidati.

4.4.2 La campagna vaccinale 2026-2027

In considerazione della situazione epidemiologica relativa alla circolazione dei virus respiratori nella stagione 2025-2026 si raccomanda, compatibilmente con la disponibilità di vaccino, di condurre le campagne di vaccinazione antinfluenzale regionali **a partire dall'inizio di ottobre** (40ma settimana dell'anno) e **offrire la vaccinazione alle persone eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale,** anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione o se riferiscono di aver già avuto uno o più episodi simil-influenzali. Questo può essere particolarmente importante se si tratta di una stagione influenzale tardiva o quando si presentano pazienti a rischio. Pertanto, la decisione di

[24] https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/bancadatifarmaci/cerca-farmaco
[25] Istituita con Decreto del Ministero della Salute del 17 settembre 2018.

vaccinare dovrebbe tenere conto del livello di incidenza di ILI nella comunità, tenendo presente che la risposta immunitaria alla vaccinazione impiega circa due settimane per svilupparsi pienamente.

Al fine di ridurre l'impatto stagionale dell'influenza è cruciale che le Regioni e le Province Autonome **programmino adeguatamente e per tempo le procedure per l'approvvigionamento dei vaccini** considerando per i fabbisogni, oltre alle dosi somministrate nelle stagioni precedenti, anche gli **obiettivi di copertura delle popolazioni target**.

Tabella 3. **Vaccini somministrabili alle categorie per le quali la vaccinazione antinfluenzale stagionale è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente, con raccomandazione al vaccino specifico, ove prevista.**

TARGET	Tipologie di vaccini antinfluenzali					
	VIT	VITa	VITr	VIThd	LAIV	VITcc
Persone di età pari o superiore a 60 anni	S	**R**	S	**R**		S
Persone nella fascia di età 50 - 59 anni che rientrano nelle categorie riportate in tabella 2 (ad esclusione della categoria precedente)	S	S	S			S
Adulti di età compresa tra i 18 anni e i 49 anni che rientrano nelle categorie riportate in tabella 2	S		S			S
Bambini di età compresa tra i 7 anni e i 17 anni che rientrano nelle categorie riportate in tabella 2	S				S	S
Bambini nella fascia di età 2 – 6 anni	S				S	S
Bambini nella fascia di età 6 mesi - 2 anni	S					S
Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza e nel periodo "postpartum"	S		S			S

S: Somministrabile come da Riassunto delle caratteristiche del prodotto.
R: Prodotto Raccomandato tra i somministrabili
VIT - Vaccino Inattivato Trivalente sub-unità, split
VITa -Vaccino inattivato Trivalente adiuvato
VITr -Vaccino Trivalente a DNA ricombinante
VIThd - Vaccino inattivato Trivalente ad alto dosaggio
LAIV- Vaccino vivo attenuato Trivalente
VITcc - Vaccino inattivato Trivalente coltivato su colture cellulari

4.4.3 Obiettivi di copertura della campagna di vaccinazione

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze, nonché la mortalità, è necessario raggiungere coperture elevate nei gruppi di popolazione target della vaccinazione, in particolare nelle persone ad alto rischio di tutte le età.

I dati definitivi di copertura vaccinale inviati dalle Regioni/PP.AA. vengono pubblicati regolarmente sul sito del Ministero della Salute[26].

Gli obiettivi di copertura, negli ultrasessantacinquenni, sono i seguenti[27]:

[26] http://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=679&area=influenza&menu=vuoto

[27] Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto.spring?id=95963&page=newsett

- 75% come obiettivo minimo perseguibile;
- 95% come obiettivo ottimale.

È quindi necessario individuare tutte le modalità necessarie per il raggiungimento di tali obiettivi, soprattutto quelle utili per il raggiungimento dei gruppi a rischio.

Le Regioni/PP.AA., per assicurare che la copertura vaccinale sia la più alta possibile, attraverso un modello di *governance* vaccinale garantito dai Dipartimento di Prevenzione, in sinergia con MMG, PLS, sedi vaccinali collocate nel territorio o nelle strutture ospedaliere, strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali e farmacie, attiveranno azioni di offerta attiva di provata efficacia per le diverse popolazioni target.
È raccomandata, inoltre, la realizzazione di iniziative volte a promuovere la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, agevolando la somministrazione diretta presso il setting lavorativo e in tutte le occasioni possibili. I benefici del vaccino dovrebbero essere adeguatamente comunicati agli operatori sanitari, favorendo la partecipazione del personale a formazione specifica, promossa in particolare dai Dipartimenti di Prevenzione. La rete di offerta per le campagne stagionali di popolazione dovrebbe essere allargata facilitando e agevolando l'accesso della popolazione , sempre nel rispetto dei principi di sicurezza, appropriatezza e qualità dell'offerta vaccinale.

Premesso che la *governance* vaccinale è in capo al Dipartimento di Prevenzione, si raccomanda che tutte le articolazioni del SSN (es. Ambulatori Vaccinali, Strutture Ospedaliere, Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, ambulatori e servizi di cure primarie, Case delle Comunità, strutture sociosanitarie territoriali, etc.) collaborino al raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale attraverso le seguenti azioni.

1. Rafforzare il **coinvolgimento dei MMG e dei PLS** e sensibilizzare anche i Medici specialisti ospedalieri e i professionisti sanitari, le Associazioni dei malati, dei cittadini e degli anziani sull'importanza della vaccinazione antinfluenzale nelle persone con condizioni di rischio, anche per incrementare la *compliance* vaccinale.
2. Rafforzare l'offerta vaccinale dei **pazienti ricoverati** prima della loro dimissione per ridurre il rischio di complicanze influenzali nel post ricovero e il conseguente rischio di ri-ospedalizzazione per il peggioramento delle condizioni cliniche.
3. Rafforzare l'offerta vaccinale nelle **strutture sociosanitarie residenziali e nei soggetti in Assistenza Domiciliare Integrata** in ragione del livello di fragilità e di rischio di questa popolazione target.
4. Proseguire le esperienze di **coinvolgimento attivo delle Farmacie** anche con attività di formazione e di monitoraggio in termini di appropriatezza nell'uso dei vaccini e di capillarità dell'offerta. Le Farmacie operano in stretto raccordo agli altri attori, integrando la rete di

offerta, e sotto la governance delle Strutture Regionali competenti e dei Dipartimenti di Prevenzione.

5. Creare le condizioni di offerta con il **modello a rete** su tutti i possibili erogatori (es. medici specialisti ospedalieri e del territorio), per sfruttare tutte le possibili occasioni di contatto, ad esempio durante le visite ambulatoriali per proporre la vaccinazione. È inoltre auspicabile un percorso di prenotazione agevolata o di accesso libero per categorie che beneficiano in modo particolare della protezione vaccinale (esempio persone affette da patologie croniche, donne in gravidanza e caregiver), con modalità definite territorialmente.
6. **Sensibilizzare gli operatori sanitari**, direttamente e indirettamente coinvolti nella cura e gestione del paziente, che sono a maggior rischio di acquisire l'infezione rispetto alla popolazione generale e che possono costituire veicolo di infezione verso i pazienti. Si raccomanda, pertanto, alle Aziende Sanitarie di promuovere attivamente la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, ivi compresi gli studenti dei corsi di laurea di area Medica, con particolare riguardo agli operatori che prestano assistenza diretta nei reparti a più elevato rischio di acquisizione/trasmissione dell'infezione, (es. Pronto soccorso, terapie intensive, oncologie, ematologie, cardiologie, chirurgie, ostetricia, nido, pediatria, residenze sanitarie assistenziali).
7. Rafforzare l'offerta vaccinale nelle **donne in gravidanza** coinvolgendo MMG, i ginecologi ospedalieri e territoriali, le professioni sanitarie ospedaliere e territoriali (ostetrici, assistenti sanitari, infermieri, etc..) ricordando che la vaccinazione è offerta gratuitamente e che l'OMS[28] ritiene le donne in gravidanza come il più importante dei gruppi a rischio per loro stesse e per il feto; prevedere un percorso di accesso facilitato alla vaccinazione informando per tempo la donna in gravidanza sulla necessità di programmare la vaccinazione.
8. Sensibilizzare tutti gli erogatori sull'importanza della **co-somministrazione** dei vaccini antinfluenzali con gli altri vaccini raccomandati per età e condizione (es. la vaccinazione antinfluenzale può essere occasione per il richiamo decennale difto-tetano-pertussico soprattutto nell'anziano e per la vaccinazione anti-pertussica nella donna in gravidanza).
9. Promuovere la campagna antinfluenzale come occasione anche per **verificare lo stato vaccinale complessivo del soggetto** e proporre il completamento del calendario per età e per condizione di rischio.
10. **Condividere con tutti gli erogatori i risultati** progressivamente raggiunti in termini di copertura per target, utilizzo appropriato dei vaccini, stato delle scorte per ogni erogatore. Il

[28] https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/covid/interim-sage-influenza-vaccination-recommendations-en_a38576ed-b46e-47a7-9182-e953016dcf68.pdf?sfvrsn=784e2740_39&download=true

feedback e la restituzione continua del dato ai diversi erogatori coinvolti (ad esempio con una reportistica periodica) è uno strumento importante di coinvolgimento e sensibilizzazione con cui i Dipartimenti di Prevenzione possono esercitare la governance dell'offerta vaccinale.

4.4.4 Indicazioni per il monitoraggio della copertura vaccinale 2026-2027

I dati, relativi alla stagione 2026-2027, delle dosi di vaccino anti-influenzale somministrate alla popolazione target saranno raccolti tramite l'anagrafe vaccinale nazionale (AVN) del Ministero della Salute.

Le Regioni alimenteranno l'Anagrafe Vaccinale Nazionale in accordo con le specifiche richieste dal Ministero.

Il Ministero della Salute, con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, condividerà con le Regioni/PPAA un aggiornamento periodico mensile sull'andamento delle coperture vaccinali e uno conclusivo al termine della stagione stratificato per target (over 65, 60-64, 18-59, 7-18, 6 mesi – 6 anni) e suddivisi per Regione/PPAA, includendo anche un focus sul tipo di erogatore. Questi dati, condivisi con le Regioni/PPAA sono strumento fondamentale per rafforzare la programmazione regionale in corso di campagna e al termine della stessa.

Si fa presente che, per la pubblicazione dei dati sul sito del Ministero della Salute, la copertura vaccinale per fascia di età viene calcolata utilizzando come denominatore la popolazione residente ISTAT più aggiornata (demo.istat.it), ossia quella al 1° gennaio 2026, se disponibile al momento del calcolo della copertura.

5. CAMPAGNE DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Si raccomanda alle Regioni/PP.AA l'attivazione di campagne di informazione/comunicazione della popolazione e degli operatori sanitari. In particolare, si raccomanda di:

- **avviare in modo coordinato** le campagne di comunicazione (con messaggi chiave definiti preliminarmente dal Ministero della Salute e fondate su solidi modelli teorici di riferimento) che identifichino e veicolino l'obiettivo comunicativo della campagna, declinandolo, inoltre, a seconda dei target specifici;
- definire tra gli **obiettivi della campagna**, accanto a quello di *health advocacy*, anche quello di educazione sanitaria, affrontando prioritariamente i pregiudizi sulla vaccinazione, evidenziando i benefici e i vantaggi che una copertura vaccinale ottimale può ottenere;
- utilizzare **modelli evidence-based** di comunicazione (es. nudging, call to action personalizzate mediante SMS/FSE);
- richiamare l'importanza della vaccinazione anche per contrastare la diffusione dell'**antimicrobico resistenza**;

- prevedere un **monitoraggio dell'efficacia** della campagna di comunicazione identificando indicatori di processo/impatto;
- prevedere una specifica attenzione al superamento delle possibili **barriere legate a fattori culturali, linguistici, socioeconomici**. A tal fine dovranno essere adottate modalità di condivisione e partnership con organizzazioni/associazioni di utenti e *stakeholders*, coinvolgendo testimonials e opinion leader/influencer noti ai diversi gruppi target;
- prestare particolare attenzione alla scelta degli **strumenti di comunicazione utilizzati in funzione dei target** (social media, consultori/servizi maternità per donne in puerperio, spazi comunali di aggregazione sociale, ecc.).

IL CAPO DIPARTIMENTO DPRES
Dott.ssa Maria Rosaria CAMPITIELLO

Maria Rosaria
Campitiello
23.06.2026 17:38:36
GMT+02:00

Referenti:

Il Direttore ff dell'Ufficio 3 DPRES
Dott.ssa Anna Caraglia

Il Direttore dell'Ufficio 2 DG EME
Dott.ssa Giovanna Laurendi

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

RER
Emilia-Romagna

REPORT REGIONALE STAGIONE INFLUENZALE 2025-2026

Coperture vaccinali e circolazione dei virus respiratori

Emilia-Romagna. Insieme, con cura.

Emissione: 30 luglio 2026

Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica
Responsabile: Giuseppe Diegoli[1]

Area Programmi vaccinali
Dirigente: Christian Cintori[1]

Area Malattie infettive e programmi di prevenzione collettiva
Dirigente: Giovanna Mattei[1]

Elaborazione del documento a cura di: Christian Cintori[1], Gabriella Frasca[1], Giulio Matteo[1–2].

1 Settore Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica, Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare
2 Referente regionale per la rete *RespiVirNet*

Fonti: Anagrafe Vaccinale Regionale – *real time* (AVR–*rt*).

INDICE

ACRONIMI *4*

COPERTURE VACCINALI *5*

DESCRIZIONE DELL'EPIDEMIA E VIRUS PARAINFLUENZALI CIRCOLANTI (Sorveglianza RespiVirNet) *9*

Sorveglianza virologica *10*

CONSIDERAZIONI *12*

ACRONIMI

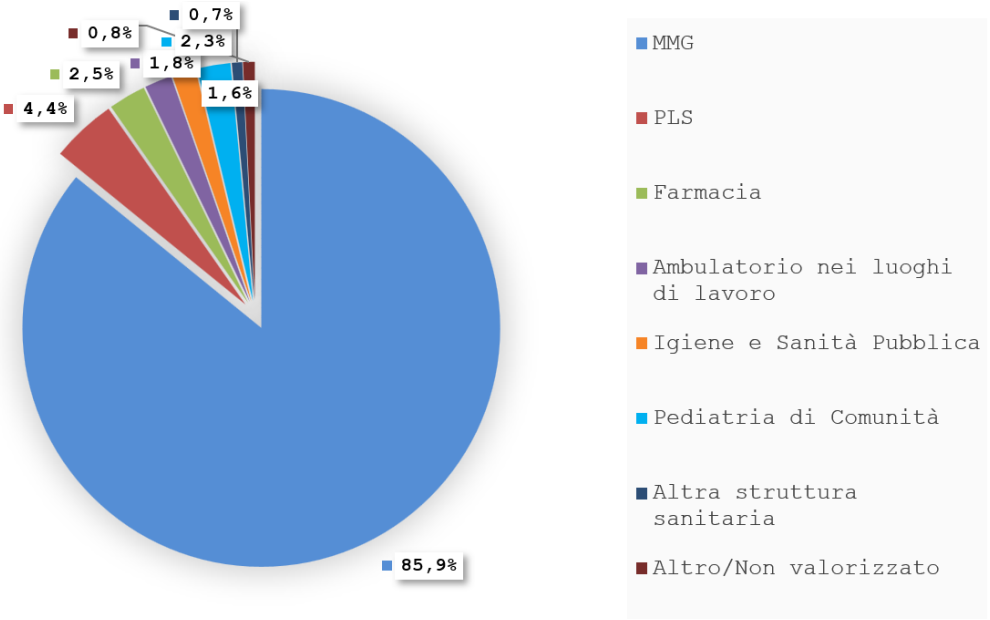
Sigle	Definizione
ARI	Infezioni Respiratorie Acute (*Acute Respiratory Infections*)
AVR-*rt*	Anagrafe Vaccinale Regionale – *real time*
Aziende USL	Aziende Unità Sanitarie Locali
ARDS	Sindromi da distress respiratorio acuto (*Acute Respiratory Distress Syndrome*)
ILI	Sindromi simil-influenzali (*Influenza Like Illness*)
RespiVirNet	Rete di sorveglianza integrata dei virus respiratori
SARI	Gravi infezioni respiratorie acute (*Severe Acute Respiratory Infections*)

COPERTURE VACCINALI

Durante la scorsa stagione sono state somministrate **1.000.006** dosi di vaccino antinfluenzale, in aumento di circa il **2%** rispetto alla stagione precedente.

La vaccinazione è stata prevalentemente a carico dei Medici di Medicina Generale che hanno somministrato l'**86%** delle dosi vaccino, seguiti dai Pediatri di libera scelta che hanno contribuito per un **4%**; le restanti dosi sono state effettuate nei Dipartimenti di Sanità Pubblica, nelle farmacie e negli ambulatori dei luoghi di lavoro (grafico n. 1).

Grafico n. 1 – Distribuzione delle dosi di vaccino antinfluenzale somministrate per tipologia di vaccinatore



La copertura rilevata nei soggetti con età superiore a 65 anni è pari al **58,2%**, in calo di 1,5 punti percentuali rispetto alla stagione precedente, confermando una tendenza in diminuzione, sia a livello regionale che a livello nazionale, registrata negli anni post-pandemici dopo il picco raggiunto durante la stagione 2020-21 (tabella n. 1).

Tabella n. 1 – Copertura vaccinale nella popolazione di età >= 65 anni (%) per Aziende USL – stagioni 2017-2026

Azienda USL	stag.2017-2018	stag.2018-2019	stag.2019-2020	stag.2020-2021	stag.2021-2022	stag.2022-2023	stag.2023-2024	stag.2024-2025	stag.2025-2026
Piacenza	55,3	56,2	59,9	71,5	65,2	60,9	58,2	59,9	58,6
Parma	44,6	46,8	49,1	66,8	63,2	59,5	56,9	58,1	56,9
Reggio Emilia	56,1	56,8	58,8	72,8	67,7	63,6	61,2	62,2	60,4
Modena	54,9	56,7	57,6	71,8	67,5	63,0	61,1	61,8	60,8
Bologna	54,4	57,2	59,8	72,5	67,0	66,0	63,4	63,4	62,4
Imola	56,0	58,0	57,5	72,2	68,1	65,1	62,6	62,5	61,7
Ferrara	56,8	57,2	57,1	69,6	63,9	60,4	56,7	57,2	55,3
Romagna	50,6	51,7	55,7	67,4	61,8	58,9	55,3	55,6	53,7
Emilia-Romagna	**53,1**	**54,6**	**57,0**	**70,2**	**65,1**	**62,0**	**59,1**	**59,7**	**58,2**

Nella stagione 2025-26 sono state vaccinate **6.252** donne in stato di gravidanza con una copertura vaccinale stimata del **23%**, in aumento di circa 3 punti percentuali rispetto alla stagione precedente e si osserva un aumento delle coperture in età pediatrica che nella fascia di età 6 mesi – 6 anni hanno raggiunto il **15,8%** con un incremento di circa 5 punti percentuali rispetto all'anno precedente.

Si mantengono stabili le immunizzazioni vaccinali nei confronti di soggetti con condizioni di rischio di età compresa tra i 6 mesi e 59 anni.

La Regione Emilia-Romagna si attesta ai primi posti per la copertura percentuale tra le regioni italiane più popolose.

Tabella n. 2 – N° di vaccini antinfluenzali somministrati, stagione 2025-2026

Vaccinazioni per categorie di rischio	n. dosi somministrate
Soggetti di età compresa tra i 60 e 64 anni	82.585
Soggetti di età uguale o maggiore a 65 anni	650.774
Bambini sani di età compresa tra i 6 mesi e 6 anni	37.760
Soggetti con condizioni di rischio di età tra i 6 mesi e 59 anni compresi bambini in terapia a lungo termine con Acido acetilsalicilico	95.078
Donne in gravidanza	6.252
Persone di qualsiasi età ricoverati presso strutture per lungodegenti	1.711
Medici e personale sanitario di assistenza	27.281
Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio di qualsiasi età	48.662
Soggetti addetti a pubblici servizi di primario interesse	21.484
Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani	1.122
Donatori di sangue	7.191
Soggetti non appartenenti alle precedenti categorie, SENZA PATOLOGIE.	20.106
Totale somministrazioni registrate in Regione Emilia-Romagna	1.000.006

Nelle tabelle n. 3 e 4 vengono rappresentati nello specifico il numero di vaccini somministrati e le coperture vaccinali suddivisi per territorio distrettuale e Azienda USL.

Tabella n. 3 – N° di vaccini antinfluenzali somministrati, stagione 2025-2026 (agg. al 04/04/2026)

Ausl e distretto di erogazione		ETA' (n)				TIPO VACCINATORE (n)								TOTALE
		≤14	15-59	60-64	>=65	IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	MMG	PLS	PEDIATRIA DI COMUNITÀ	FARMACIA	AMBULATORIO NEI LUOGHI DI LAVORO	ALTRA STRUTTURA SANITARIA E NON PUBBLICA O PRIVATA	ALTRO / NON VALORIZZATO	
Piacenza	DISTR. CITTÀ DI PIACENZA	2.462	6.598	2.830	17.139	1.798	23.090	2.388	44	1.076	438	70	125	29.029
	DISTR. LEVANTE	1.691	4.026	2.168	16.160	404	20.915	1.654	1	871	23	177	-	24.045
	DISTR. PONENTE	1.393	2.538	1.331	9.654	216	12.739	1.378	8	397	2	176	-	14.916
	Totale Ausl	**5.546**	**13.162**	**6.329**	**42.953**	**2.418**	**56.744**	**5.420**	**53**	**2.344**	**463**	**423**	**125**	**67.990**
Parma	DISTR. PARMA	3.084	12.391	4.193	29.931	1.641	38.776	854	2.167	2.045	543	1.961	1.612	49.599
	DISTR. FIDENZA	1.653	4.348	2.077	14.421	743	19.571	801	859	175	232	79	39	22.499
	DISTR. VALLI TARO E CENO	715	1.384	698	6.509	170	8.201	93	661	95	85	-	1	9.306
	DISTR. SUD EST	1.448	3.307	1.434	10.873	268	14.741	809	642	453	27	52	70	17.062
	Totale Ausl	**6.900**	**21.430**	**8.402**	**61.734**	**2.822**	**81.289**	**2.557**	**4.329**	**2.768**	**887**	**2.092**	**1.722**	**98.466**
Reggio Emilia	DISTR. MONTECCHIO EMILIA	872	2.676	1.191	9.192	319	12.473	856	18	125	72	68	-	13.931
	DISTR. REGGIO EMILIA	4.513	10.441	4.497	30.882	2.070	40.834	4.518	2	1.723	914	272	-	50.333
	DISTR. GUASTALLA	999	2.610	1.200	9.125	209	12.213	1.070	14	302	122	4	-	13.934
	DISTR. CORREGGIO	1.102	2.253	993	7.745	167	10.428	1.104	34	217	118	25	-	12.093
	DISTR. SCANDIANO	2.135	3.300	1.558	11.275	262	15.571	2.104	10	219	90	12	-	18.268
	DISTR. CASTELNOVO NE' MONTI	537	1.327	648	5.541	96	7.032	414	116	184	137	74	-	8.053
	Totale Ausl	**10.158**	**22.607**	**10.087**	**73.760**	**3.123**	**98.551**	**10.066**	**194**	**2.770**	**1.453**	**455**	**-**	**116.612**
Modena	DISTR. CARPI	1.195	4.558	2.078	15.619	184	21.401	424	776	341	324	-	-	23.450
	DISTR. MIRANDOLA	1.917	3.411	1.376	10.636	78	14.952	1.432	481	254	143	-	-	17.340
	DISTR. MODENA	2.791	12.127	4.540	30.947	1.027	43.774	1.019	1.748	628	2.055	153	1	50.405
	DISTR. SASSUOLO	2.387	5.357	2.362	17.391	116	23.585	936	1.501	782	263	-	314	27.497
	DISTR. PAVULLO NEL FRIGNANO	779	1.336	623	5.542	52	7.292	581	223	-	115	2	15	8.280
	DISTR. VIGNOLA	1.484	3.800	1.705	12.917	119	18.003	682	830	111	144	-	17	19.906
	DISTR. CASTELFRANCO EMILIA	1.441	3.357	1.570	10.407	179	14.717	636	831	224	71	56	61	16.775
	Totale Ausl	**11.994**	**33.946**	**14.254**	**103.459**	**1.755**	**143.724**	**5.710**	**6.390**	**2.340**	**3.115**	**211**	**408**	**163.653**
Bologna	DISTR. RENO, LAVINO E SAMOGGIA	1.126	4.426	2.086	17.179	59	21.797	670	474	1.453	255	92	17	24.817
	DISTR. APPENNINO BOLOGNESE	573	1.902	1.072	8.721	75	10.566	442	131	831	61	-	162	12.268
	DISTR. SAVENA IDICE	1.467	3.166	1.646	12.786	64	16.606	1.168	298	728	50	142	9	19.065
	DISTR. PIANURA EST	2.443	7.800	3.580	25.050	65	35.045	1.876	616	700	272	189	110	38.873
	DISTR. PIANURA OVEST	1.403	4.269	1.841	13.026	5	18.118	1.062	361	383	373	47	190	20.539
	DISTR. CITTÀ DI BOLOGNA	7.672	26.491	8.273	61.595	504	78.818	6.162	1.568	6.387	6.433	1.358	2.801	104.031
	Totale Ausl	**14.684**	**48.054**	**18.498**	**138.357**	**772**	**180.950**	**11.380**	**3.448**	**10.482**	**7.444**	**1.828**	**3.289**	**219.593**
Imola	DISTR. IMOLA	2.042	6.068	2.851	20.986	835	27.673	1.416	609	480	402	529	3	31.947
	Totale Ausl	**2.042**	**6.068**	**2.851**	**20.986**	**835**	**27.673**	**1.416**	**609**	**480**	**402**	**529**	**3**	**31.947**
Ferrara	DISTR. OVEST	792	2.815	1.405	11.094	93	14.619	780	-	101	125	49	339	16.106
	DISTR. CENTRO-NORD	2.312	8.076	3.891	29.448	772	38.772	1.773	-	352	1.235	240	583	43.727
	DISTR. SUD-EST	1.257	3.074	1.593	14.377	140	18.329	1.119	-	74	177	239	223	20.301
	Totale Ausl	**4.361**	**13.965**	**6.889**	**54.919**	**1.005**	**71.720**	**3.672**	**-**	**527**	**1.537**	**528**	**1.145**	**80.134**
Romagna	DISTR. RAVENNA	2.019	7.210	3.556	29.284	857	37.298	580	1.481	714	480	141	518	42.069
	DISTR. LUGO	1.147	3.803	1.837	15.325	213	20.361	409	717	127	206	25	54	22.112
	DISTR. FAENZA	1.580	3.749	1.741	13.630	399	18.086	868	703	310	212	1	121	20.700
	DISTR. FORLÌ	2.014	6.904	2.906	26.600	557	34.076	1.022	1.031	204	786	499	249	38.424
	DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	1.240	4.597	2.039	17.827	437	22.535	383	941	571	602	230	4	25.703
	DISTR. RIMINI	1.568	6.866	3.091	28.410	631	35.394	89	1.507	1.226	775	21	292	39.935
	DISTR. RICCIONE	690	2.728	1.488	13.376	79	17.122	283	411	358	29	-	-	18.282
	DISTR. RUBICONE	1.013	2.094	1.125	10.154	58	13.192	339	735	14	-	48	-	14.386
	Totale Ausl	**11.271**	**37.951**	**17.783**	**154.606**	**3.231**	**198.064**	**3.973**	**7.526**	**3.524**	**3.090**	**965**	**1.238**	**221.611**
Emilia-Romagna		**66.956**	**197.183**	**85.093**	**650.774**	**15.961**	**858.715**	**44.194**	**22.549**	**25.235**	**18.391**	**7.031**	**7.930**	**1.000.006**

Numero di soggetti vaccinati per distretto sanitario di erogazione, fascia di età e tipologia di vaccinatore. Stagione 2025-26

Tabella n. 4 – Copertura vaccinale antinfluenzale per 1.000 assistiti, stagione 2025-2026 (agg. al 04/04/2026)

Ausl e distretto di erogazione		ETA' copertura (per 1.000)				TIPO VACCINATORE copertura (per 1.000)								TOTALE
		≤14	15-59	60-64	>=65	IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	MMG	PLS	PEDIATRIA DI COMUNITÀ	FARMACIA	AMBULATORIO NEI LUOGHI DI LAVORO	ALTRA STRUTTURA SANITARIA E NON PUBBLICA O PRIVATA	ALTRO / NON VALORIZZATO	
Piacenza	DISTR. CITTÀ DI PIACENZA	189,2	113,2	378,3	666,8	17,2	221,0	22,9	0,4	10,3	4,2	0,7	1,2	277,8
	DISTR. LEVANTE	139,6	69,9	266,9	575,4	3,8	197,5	15,6	0,0	8,2	0,2	1,7	-	227,1
	DISTR. PONENTE	152,6	58,9	218,2	494,5	2,8	163,7	17,7	0,1	5,1	0,0	2,3	-	191,7
	Totale Ausl	161,9	82,8	291,6	585,9	8,4	196,9	18,8	0,2	8,1	1,6	1,5	0,4	235,9
Parma	DISTR. PARMA	108,2	91,2	259,5	580,2	7,1	167,1	3,7	9,3	8,8	2,3	8,4	6,9	213,7
	DISTR. FIDENZA	121,7	73,1	268,8	572,7	7,0	184,7	7,6	8,1	1,7	2,2	0,7	0,4	212,3
	DISTR. VALLI TARO E CENO	159,7	60,6	211,5	506,6	3,9	188,6	2,1	15,2	2,2	2,0	-	0,0	214,0
	DISTR. SUD EST	146,1	74,8	243,8	577,4	3,4	187,0	10,3	8,1	5,7	0,3	0,7	0,9	216,4
	Totale Ausl	122,2	81,7	254,1	569,3	6,1	176,6	5,6	9,4	6,0	1,9	4,5	3,7	213,9
Reggio Emilia	DISTR. MONTECCHIO EMILIA	106,2	74,4	268,5	627,3	5,0	197,1	13,5	0,3	2,0	1,1	1,1	-	220,1
	DISTR. REGGIO EMILIA	156,4	78,4	283,5	613,5	9,1	178,9	19,8	0,0	7,5	4,0	1,2	-	220,5
	DISTR. GUASTALLA	112,3	65,9	229,8	546,2	3,0	173,4	15,2	0,2	4,3	1,7	0,1	-	197,8
	DISTR. CORREGGIO	149,1	69,8	254,7	615,6	3,0	185,8	19,7	0,6	3,9	2,1	0,4	-	215,4
	DISTR. SCANDIANO	209,9	69,7	263,0	614,7	3,2	190,4	25,7	0,1	2,7	1,1	0,1	-	223,4
	DISTR. CASTELNOVO NE' MONTI	158,9	78,8	253,2	580,9	3,0	217,6	12,8	3,6	5,7	4,2	2,3	-	249,2
	Totale Ausl	151,8	74,1	266,1	603,8	5,9	185,2	18,9	0,4	5,2	2,7	0,9	-	219,1
Modena	DISTR. CARPI	91,7	73,7	265,2	597,9	1,7	196,6	3,9	7,1	3,1	3,0	-	-	215,5
	DISTR. MIRANDOLA	179,4	70,1	217,9	515,9	0,9	173,3	16,6	5,6	2,9	1,7	-	-	201,0
	DISTR. MODENA	126,5	117,6	343,4	676,8	5,6	237,7	5,5	9,5	3,4	11,2	0,8	0,0	273,7
	DISTR. SASSUOLO	160,7	79,2	266,3	612,2	1,0	196,8	7,8	12,5	6,5	2,2	-	2,6	229,5
	DISTR. PAVULLO NEL FRIGNANO	161,7	58,3	186,8	504,4	1,2	173,4	13,8	5,3	-	2,7	0,0	0,4	196,8
	DISTR. VIGNOLA	122,9	72,9	257,9	588,6	1,3	194,0	7,4	8,9	1,2	1,6	-	0,2	214,6
	DISTR. CASTELFRANCO EMILIA	142,8	74,0	293,3	631,8	2,3	190,4	8,2	10,8	2,9	0,9	0,7	0,8	217,0
	Totale Ausl	136,9	84,5	276,5	607,6	2,5	202,1	8,0	9,0	3,3	4,4	0,3	0,6	230,1
Bologna	DISTR. RENO, LAVINO E SAMOGGIA	86,0	70,6	249,6	594,5	0,5	192,9	5,9	4,2	12,9	2,3	0,8	0,2	219,6
	DISTR. APPENNINO BOLOGNESE	97,5	62,6	237,5	551,3	1,3	186,8	7,8	2,3	14,7	1,1	-	2,9	216,9
	DISTR. SAVENA IDICE	163,4	73,5	264,0	592,1	0,8	207,8	14,6	3,7	9,1	0,6	1,8	0,1	238,6
	DISTR. PIANURA EST	117,6	83,3	292,0	636,0	0,4	211,0	11,3	3,7	4,2	1,6	1,1	0,7	234,0
	DISTR. PIANURA OVEST	134,8	89,4	301,5	649,0	0,1	214,9	12,6	4,3	4,5	4,4	0,6	2,3	243,6
	DISTR. CITTÀ DI BOLOGNA	177,9	116,7	310,9	640,9	1,3	200,7	15,7	4,0	16,3	16,4	3,5	7,1	264,9
	Totale Ausl	143,6	95,3	288,6	623,6	0,9	202,7	12,7	3,9	11,7	8,3	2,0	3,7	246,0
Imola	DISTR. IMOLA	128,6	83,1	286,1	616,9	6,3	208,3	10,7	4,6	3,6	3,0	4,0	0,0	240,5
	Totale Ausl	128,6	83,1	286,1	616,9	6,3	208,3	10,7	4,6	3,6	3,0	4,0	0,0	240,5
Ferrara	DISTR. OVEST	83,2	65,9	246,6	571,5	1,2	189,0	10,1	-	1,3	1,6	0,6	4,4	208,2
	DISTR. CENTRO-NORD	145,5	91,6	277,3	581,4	4,6	229,8	10,5	-	2,1	7,3	1,4	3,5	259,1
	DISTR. SUD-EST	140,4	62,9	202,0	491,3	1,5	193,1	11,8	-	0,8	1,9	2,5	2,3	213,8
	Totale Ausl	126,9	77,7	249,5	552,9	2,9	210,3	10,8	-	1,5	4,5	1,5	3,4	235,0
Romagna	DISTR. RAVENNA	96,3	65,9	225,3	563,5	4,3	188,3	2,9	7,5	3,6	2,4	0,7	2,6	212,4
	DISTR. LUGO	94,1	69,7	241,0	556,1	2,1	199,7	4,0	7,0	1,2	2,0	0,2	0,5	216,9
	DISTR. FAENZA	150,3	77,8	258,5	593,9	4,5	204,7	9,8	8,0	3,5	2,4	0,0	1,4	234,2
	DISTR. FORLÌ	92,0	68,0	216,2	548,9	3,0	183,9	5,5	5,6	1,1	4,2	2,7	1,3	207,3
	DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	97,1	73,4	227,0	576,0	3,8	195,4	3,3	8,2	5,0	5,2	2,0	0,0	222,9
	DISTR. RIMINI	60,4	54,3	181,6	502,5	2,8	156,6	0,4	6,7	5,4	3,4	0,1	1,3	176,7
	DISTR. RICCIONE	51,9	41,8	165,4	471,6	0,7	147,8	2,4	3,5	3,1	0,3	-	-	157,8
	DISTR. RUBICONE	86,6	39,1	163,8	475,7	0,6	141,1	3,6	7,9	0,1	-	0,5	-	153,9
	Totale Ausl	87,2	61,1	208,1	536,6	2,9	176,2	3,5	6,7	3,1	2,7	0,9	1,1	197,1
Emilia-Romagna		127,0	78,7	256,8	582,3	3,6	191,6	9,9	5,0	5,6	4,1	1,6	1,8	223,1

Copertura vaccinale (per 1.000 abitanti) per distretto sanitario di erogazione, fascia di età e tipologia di vaccinatore. Stagione 2025-26

DESCRIZIONE DELL'EPIDEMIA E VIRUS PARAINFLUENZALI CIRCOLANTI (Sorveglianza RespiVirNet)

La stagione influenzale 2025-26 ha mostrato un andamento lineare mantenendo un livello di incidenza delle sindromi respiratorie acute di intensità tra medio-bassa, inferiore rispetto a quanto osservato nella precedente stagione. L'incidenza massima si è raggiunta a fine dicembre 2025 con incidenza pari a 18,83 casi per 1.000 assistiti, in forte anticipo rispetto alla precedente stagione 2024-25 quando il picco fu osservato nella prima settimana di febbraio.

In riferimento alla popolazione regionale, si stima che si siano ammalate in regione circa 1.034.091 persone dall'inizio della sorveglianza fino alla diciassettesima e ultima settimana di monitoraggio.

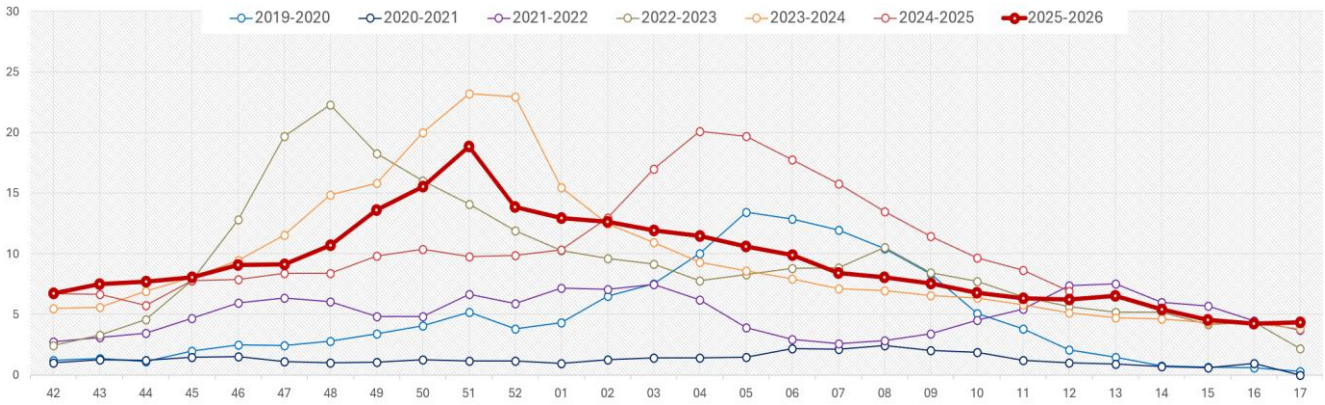
Le stime di incidenza ottenute dal sistema RespiVirNet per la stagione 2025-26 sono solide grazie alla diffusa e attiva partecipazione dei medici sentinella alla sorveglianza, che ha garantito di mantenere la copertura complessiva al di sopra del 4% atteso.

Nel **grafico n. 2** è riportato l'andamento in Emilia-Romagna dell'incidenza settimanale dei casi di sindromi influenzali delle varie stagioni epidemiche, a partire dalla stagione 2019-20 a quella attuale. L'incidenza settimanale è espressa come numero di Infezioni Respiratorie Acute (ARI) per 1.000 assistiti e si riferisce ai nuovi casi di malattia diagnosticati dai medici del sistema di sorveglianza (medici sentinella) durante la settimana di riferimento.

I dati, elaborati dal Settore Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica dell'Assessorato Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna, sono estratti dal sistema nazionale di sorveglianza RespiVirNet.

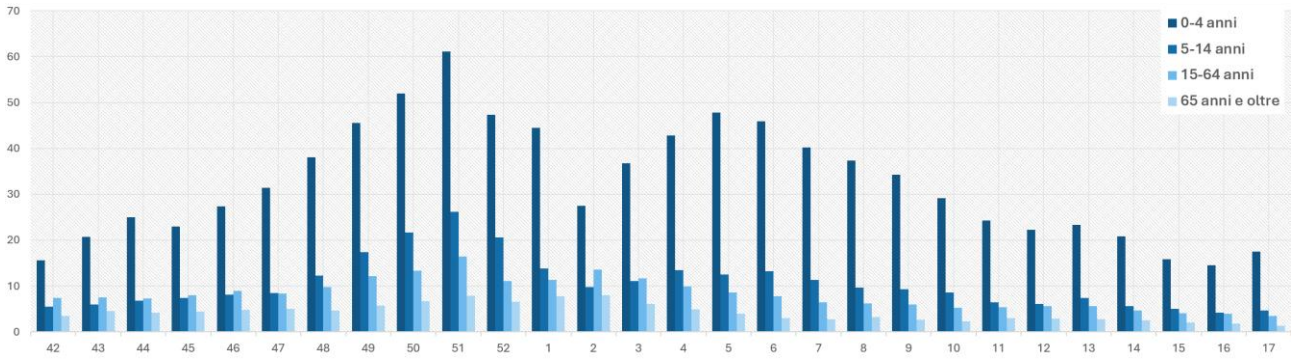
Al link https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza-infezioni-respiratorie-acute/rapporto sono disponibili i dati nazionali della RespiVirNet a cura e sotto il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità.

Grafico n. 2 – Andamento dell'incidenza di ARI in Emilia-Romagna: confronto stagioni antinfluenzali, periodo dalla stagione 2019-20 alla 2025-26, (casi per 1.000 assistiti)



La fascia di età più colpita è, come sempre, quella 0-4 anni, la cui curva di incidenza ha raggiunto il primo picco nella 51° settimana del 2025 pari a **61,09 casi per 1.000** (la scorsa stagione l'incidenza massima era stata 49,82). Seguono le altre fasce d'età: 5-14 anni che ha raggiunto il picco di **26,22 casi** nella 51° settimana e 15-64 anni che ha raggiunto il valore massimo pari a **16,42 casi** sempre nella 51° settimana del 2025; gli over sessantacinquenni hanno raggiunto l'incidenza massima pari a **7,91** (**grafico n. 3**).

Grafico n. 3 – Andamento dell'incidenza di ILI per 1.000 assistiti in Emilia-Romagna; stagione 2025-2026 per fasce d'età, (casi per 1.000 assistiti)



Sorveglianza virologica

Il sistema di sorveglianza virologica nazionale monitora i virus circolanti nella stagione epidemica tramite l'analisi dei tamponi prelevati dai medici sentinella (**grafico n. 4**).

Tra i virus influenzali questa stagione è stata caratterizzata da una predominanza del virus A, sia a livello regionale che nazionale. Hanno co-circolato virus del tipo A(H1N1)pdm09 (**16,4%** dei campioni positivi) e soprattutto del tipo A(H3N2) (**35,2%**). La circolazione di virus influenzali di tipo B è stata praticamente assente rappresentando solo lo 0,2% delle positività.

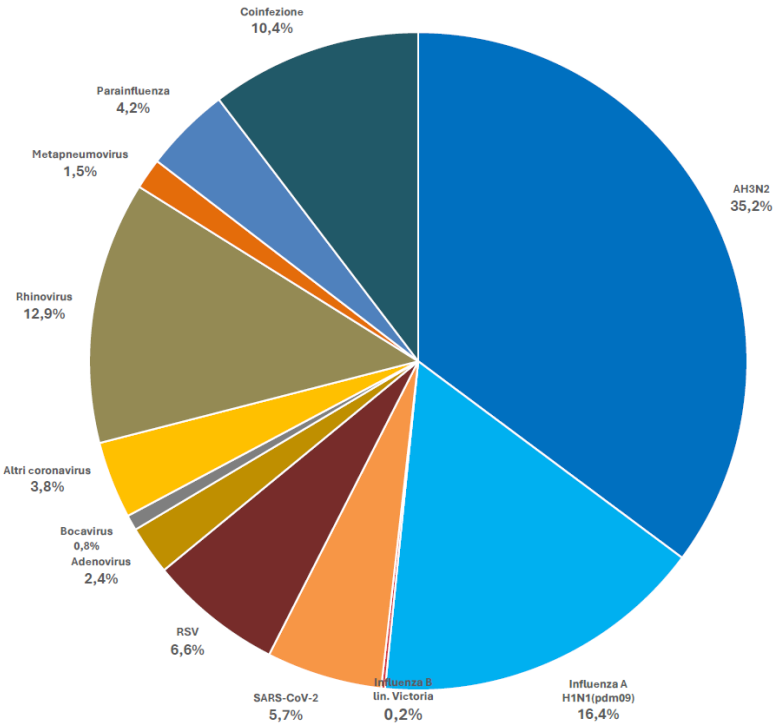
Tra gli altri virus respiratori ricercati nell'ambito della sorveglianza RespiVirNet in ordine di frequenza sono stati identificati Rhinovirus (12,8%), RSV (6,6%), SARS-CoV-2 (5,7%), virus parainfluenzali (4,2%), altri coronavirus umani (3,8%), adenovirus (2,4%), Metapneumovirus (1,5%), Bocavirus (0,8%).

In Emilia-Romagna i dati provengono dal laboratorio di riferimento per la sorveglianza dell'influenza, sito presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma. Sono stati analizzati complessivamente **2.693 tamponi faringei/nasali** dei quali **1.986** prelevati dai medici sentinella, **608** dai medici ospedalieri e **29** da altri medici; sul totale dei campioni analizzati **1.583** sono risultati positivi (60,4%). Si precisa che i tamponi raccolti dai medici ospedalieri hanno soprattutto una valenza diagnostica e solitamente riguardano i casi di malattia più severi, mentre i tamponi raccolti dai medici sentinella descrivono l'epidemiologia sul territorio regionale e nazionale.

Il sistema di sorveglianza virologica nazionale, e quello regionale, è stato sospeso nel corso della stagione 2025-26 alla 8° settimana 2026; pertanto i dati relativi alla sorveglianza soprariportati sono da considerarsi parziali.

Grafico n. 4 – Risultati della sorveglianza virologica 2025-2026 in Emilia-Romagna

Risultati della sorveglianza virologica	
Influenza A - H3N2	557
Influenza A - H1N1(pdm09)	260
Influenza A - non sottotipizzato	0
Influenza B - lineaggio Victoria	3
Influenza B - lineaggio Yamagata	0
Influenza B - lineaggio non determinato	0
SARS-CoV-2	90
RSV	104
Adenovirus	38
Bocavirus	12
Altri Coronavirus	60
Rhinovirus	204
Metapneumovirus	24
Parainfluenza	67
Coinfezione *	164
Negativo	1.040
Totale	**2.623**



CONSIDERAZIONI

La stagione 2025-26 l'epidemia influenzale sul territorio regionale ha mantenuto un andamento lineare con un picco il 51° settimana (3 settimana di dicembre) mantenendo un livello di incidenza delle sindromi respiratorie acute di **intensità tra medio-bassa**.

Si stima che circa **1.035.000** persone si siano ammalate nel periodo di sorveglianza previsto (dalla 42° settimana del 2025 alla 17° settimana del 2026).

Come ogni anno si osserva una incidenza di ILI maggiore nei bambini di età tra i 0 e 4 anni, **più di 60 casi su mille** abitanti durante il picco alla 51° settimana).

Il 51,8% delle ILI è stato causato da virus influenzali e nello specifico il tipo A(H3N2) mentre il rimanente 48,2% da altri virus respiratori: i più frequentemente osservati (con percentuali superiori al 5%) sono stati Rhinovirus, Virus Respiratorio Sinciziale e SARS-Cov-2.

I campioni sono stati gestiti dal laboratorio di riferimento regionale del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma.

Per quanto riguarda la copertura vaccinale della popolazione ultrasessantaquattrenne nella stagione 2025-26 ha raggiunto il **58,2%** confermando, una tendenza alla diminuzione a partire dalla stagione 2020-21 (**70,2%**).

Si osserva invece una tendenza all'aumento dell'immunizzazione nella coorte di nascita 6 mesi – 6 anni (**circa 5 punti percentuali**) e nelle donne in gravidanza (**circa 3 punti percentuali**).

L'efficacia della campagna vaccinale antinfluenzale è data dall'insieme di diversi fattori:

- tipo di virus circolanti,
- efficacia del vaccino,
- copertura vaccinale nella popolazione,
- copertura vaccinale delle persone a rischio.

Si ricorda che una significativa riduzione della morbosità per influenza, delle sue complicanze, nonché dell'eccesso di mortalità risulta possibile quando si raggiungono coperture elevate nei gruppi di popolazione target della vaccinazione, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età.

Si segnala infine l'importanza, oltre all'immunizzazione attiva, dell'utilizzo di misure igienico sanitarie quali:

- il distanziamento sociale e l'uso di mascherine, in caso di sintomatologia simil-influenzale,
- pulizia frequente delle mani con acqua e detergente o con soluzione idroalcolica atte a diminuzione significativamente la circolazione del virus influenzale.

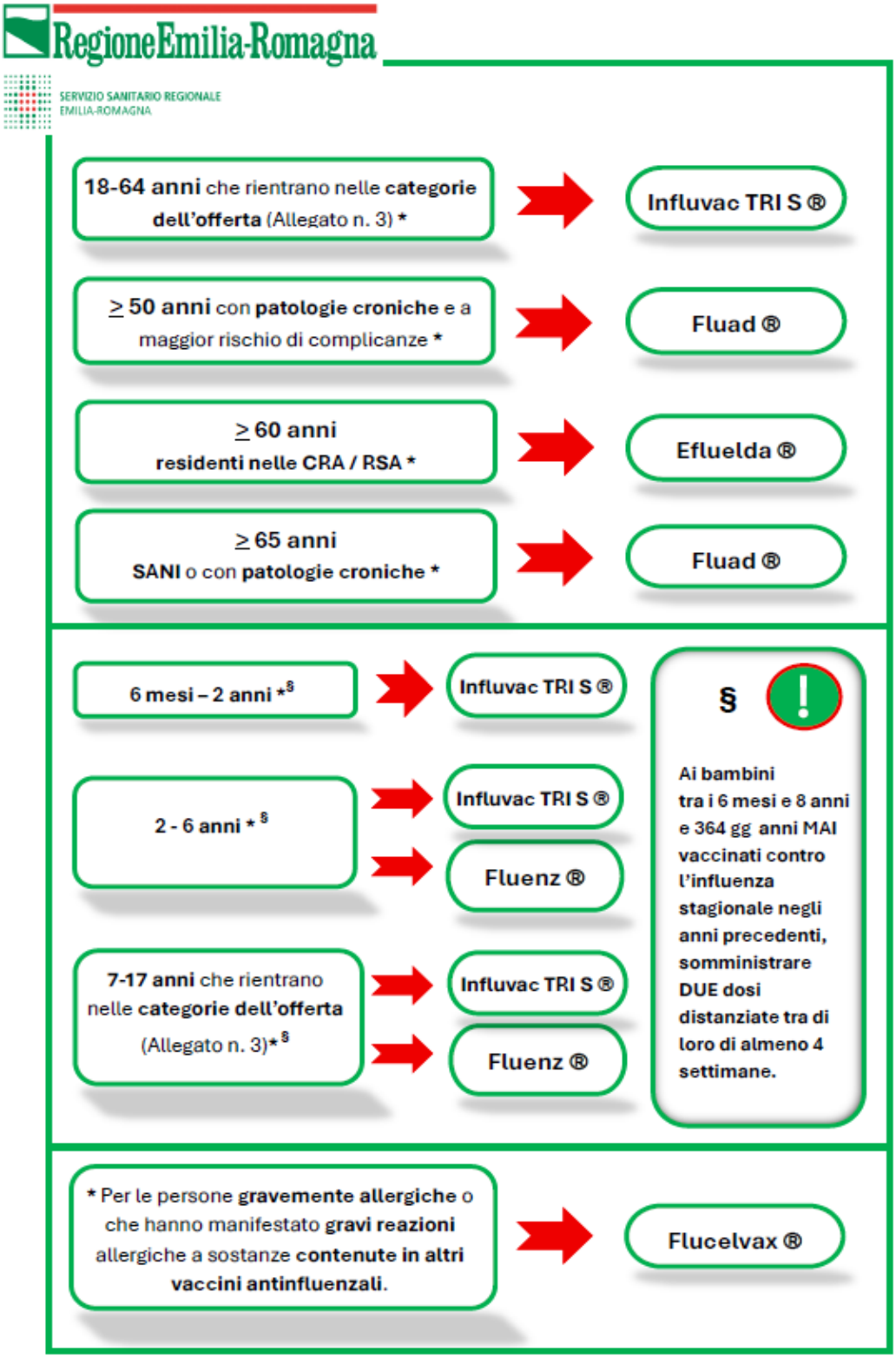
A cura della
Direzione Generale
Cura della persona, Salute e Welfare
Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica
Area Programmi vaccinali

RER

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

COSTRUIAMO SALUTE

Indicazioni utilizzo dei vaccini antinfluenzali stagione 2026-2027



Modalità d'utilizzo dei vaccini antinfluenzali (indicazioni non vincolanti). I nomi commerciali si riferiscono a quelli indicati dalle Det. del Direttore f.f. di Intercent-ER "Aggiudicazione appalto specifico per la fornitura di vaccini Antinfluenzali 2026-2027" n. 527 del 9/7/2026 e n. 623 del 31/7/2026.

CATEGORIE DI RISCHIO

CODICE	DESCRIZIONE CATEGORIA da selezionare su portale SOLE e cartelle informatizzate degli MMG
1	Soggetti di età pari o superiore a 60 anni CON O SENZA patologie croniche
2	Bambine/i di età superiore ai 6 mesi, ragazze/i e adulti fino a 59 anni con rischio di complicanze da influenza
	2a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO)
	2b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite
	2c) diabete mellito e altre malattie metaboliche (compresi gli obesi con BMI >30)
	2d) insufficienza renale/surrenale cronica
	2e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie
	2f) tumori anche in corso di trattamento chemioterapico
	2g) malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;
	2h) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale
	2i) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
	2j) patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari, neuropsichiatriche, handicap grave, ...)
	2k) epatopatie croniche
3	Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione da virus influenzale
4	Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in gravidanza o donne nel periodo post-partum
5	Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti
6	Medici e personale sanitario di assistenza nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali
7	Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio di complicanze (indipendentemente dal fatto che il soggetto sia stato o meno vaccinato)
8	Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo:
	a) forze dell'ordine e protezione civile (compresi i Vigili del Fuoco, Carabinieri, Militari e la Polizia Municipale)
	b) donatori di sangue
	c) personale degli asili nido, delle scuole dell'infanzia e dell'obbligo
	d) personale dei trasporti pubblici, delle poste e delle comunicazioni, volontari dei servizi sanitari di emergenza, necrofori e dipendenti della pubblica amministrazione che svolgono servizi essenziali
9	Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani (addetti all'allevamento, veterinari pubblici e privati, trasportatori di animali vivi, macellatori)
10	Soggetti non appartenenti alle precedenti categorie, compresi soggetti rientranti nelle fasce d'età 6mesi a 6 anni e 364 gg SENZA PATOLOGIE.

INDICAZIONI RELATIVE ALL'OFFERTA VACCINALE NELLE RISPETTIVE CATEGORIE

CATEGORIA 1 – PERSONE DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 60 ANNI

Questa categoria comprende soggetti con o senza patologie croniche; l'età del soggetto vaccinato è l'unico fattore di classificazione.

CATEGORIA 2 – BAMBINI DI ETÀ SUPERIORE AI 6 MESI, RAGAZZI E ADULTI FINO A 59 ANNI AFFETTI DA PATOLOGIE CHE AUMENTANO IL RISCHIO DI COMPLICANZE

oltre a quelle sopra elencate in questa categoria:

- **sono incluse:** malattie neuropsichiatriche, malattie o sindromi che possano indurre grave compromissione dell'apparato respiratorio, bambine/i nate/i pretermine di età inferiore ai 3 anni previa valutazione del pediatra;
- **sono escluse:** celiachia in fase di compenso (trattamento dietetico idoneo), bambini nati pretermine di età superiore ai 3 anni compiuti e malattie rare che non determinino condizioni di aumentato rischio di complicanze e non previste dall'elenco sopraindicato.

CATEGORIA 4 – DONNE CHE ALL'INIZIO DELLA STAGIONE EPIDEMICA SI TROVANO IN GRAVIDANZA

comprende le donne in gravidanza che possono essere vaccinate nel primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza e le donne nel periodo *post-partum.*

CATEGORIA 5 – PERSONE DI QUALUNQUE ETÀ RICOVERATE PRESSO STRUTTURE PER LUNGODEGENTI

Comprende le persone che alloggiano stabilmente presso strutture per lungodegenti (CRA, RSA, etc.) fino a 59 anni e 364 gg di età.

Le persone ospiti di tali strutture di **età pari o superiore a 60 anni** andranno inserite nella **categoria n. 1.**

CATEGORIA 6 – MEDICI E PERSONALE SANITARIO DI ASSISTENZA NELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI

comprende medici e personale sanitario di assistenza nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali. Tale personale può appartenere sia ai Servizi pubblici che privati. Per rendere omogenea la rilevazione del dato si precisa che in tale categoria vanno inseriti: tutti i medici compresi MMG, PLS e specialisti ambulatoriali, tutto il personale che garantisce l'assistenza compresi gli operatori sanitari in formazione e gli specializzandi.

Gli altri dipendenti delle Aziende sanitarie (amministrativi, altri Dirigenti non medici, tecnici della prevenzione, ecc.) andranno inseriti nella **categoria n. 8.**

CATEGORIA 7 – FAMILIARI E CONTATTI DI SOGGETTI AD ALTO RISCHIO

comprende i familiari e i contatti di soggetti ad alto rischio di complicanze indipendentemente dallo stato vaccinale. È opportuno dare la priorità, fermo restando le indicazioni ministeriali, ai conviventi/contatti stretti di persone che non possono essere vaccinate o che versano in condizioni di immunodepressione quali, ad esempio: epatopatie croniche, incluse la cirrosi epatica e le epatopatie croniche evolutive da alcool, emoglobinopatie –anemia falciforme e talassemia–, immunodeficienze congenite o acquisite, asplenia anatomica o funzionale, pazienti candidati alla splenectomia, patologie onco-ematologiche –leucemie, linfomi, mieloma multiplo–, neoplasie diffuse, trapianto d'organo o di midollo, soggetti in trattamento immunosoppressivo a lungo termine, Insufficienza Renale/Surrenale Cronica, ecc.

CATEGORIA 8 – SOGGETTI ADDETTI A SERVIZI PUBBLICI DI PRIMARIO INTERESSE COLLETTIVO

comprende soggetti che svolgono mansioni lavorative di particolare interesse per la collettività, per i quali la vaccinazione è opportuna non tanto per le conseguenze gravi della malattia, quanto per la necessità di garantire il funzionamento dei servizi essenziali, oltre a contribuire a limitare la circolazione dei virus influenzali nella collettività lavorativa. I soggetti che svolgono un ruolo nell'ambito della sicurezza e dell'emergenza (le Forze dell'ordine, compresa la Polizia Municipale, i Carabinieri, i militari e i Vigili del Fuoco/Protezione Civile) rappresentano una priorità nell'offerta vaccinale. Inoltre, si conferma che in questa categoria a rischio sono inclusi anche i "donatori di sangue" e i volontari addetti al trasporto e cura delle persone.

Le tipologie indicate nell'allegato non sono esaustive, per cui si dovrà garantire la vaccinazione anche ad altri soggetti che, per analogia, appartengono a tutti gli effetti ai servizi pubblici di primario interesse collettivo, cioè a quei servizi che devono garantire la massima efficienza anche nel corso dell'epidemia influenzale.

CATEGORIA 9 – PERSONALE CHE, PER MOTIVI DI LAVORO, È A CONTATTO CON ANIMALI CHE POTREBBERO COSTITUIRE FONTE DI INFEZIONE DA VIRUS INFLUENZALI NON UMANI

comprende i soggetti che hanno contatti, per motivi occupazionali, con gli animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani. Vista la diffusione negli anni passati dei virus aviari A/H7N7 e A/H7N1 in alcuni allevamenti avicoli dell'Emilia-Romagna, con trasmissione dei virus ad alcuni addetti alle operazioni di bonifica, la vaccinazione è particolarmente raccomandata nel personale degli allevamenti avicoli presenti sul territorio regionale, anche se non interessati dal virus aviario; sono inclusi inoltre i veterinari compresi quelli in formazione e gli operatori che svolgono funzioni di vigilanza e controllo sulla salute animale.

CATEGORIA 10 – SOGGETTI NON APPARTENENTI ALLE PRECEDENTI CATEGORIE COMPRESI SOGGETTI DI ETÀ 6 MESI–6 ANNI E 364 GG SENZA PATOLOGIE.

comprende tutte le persone vaccinate:

- che rientrano nell'offerta attiva e gratuita di età compresa tra i 6 mesi–6 anni e 364 gg
- su richiesta e non incluse nelle categorie a rischio e quindi **non a carico** del Servizio Sanitario Nazionale.

PRIORITÀ DELLE CATEGORIE DI RISCHIO NELL'INSERIMENTO DEI DATI

Per garantire una maggiore qualità e uniformità nella raccolta dei dati si ricorda che, nel caso in cui il soggetto vaccinato appartenga a più categorie, l'attribuzione va effettuata tenendo conto del seguente ordine di priorità:

1) "soggetti di età pari o superiore a 60 anni" (cat. 1)
2) "medici e personale sanitario di assistenza" (cat. 6)
3) "donne in gravidanza" (cat. 4)
4) "bambini, ragazzi e adulti di età inferiore ai 60 anni affetti da patologie" (cat. 2)
5) categorie 3, 5, 7, 8, 9 e 10

Si riportano di seguito alcuni casi esemplificativi:

Situazione		Codice da registrare
soggetto di età pari o superiore a 60 anni, con o senza patologie croniche, ospite di una struttura di lungodegenza **cat. 1 + 5**	→	1
soggetto di età da 6 mesi a 59 anni e 364 gg affetto da patologie croniche, medico o personale sanitario di assistenza **cat. 2 + 6**	→	6
soggetto di età da 6 mesi a 59 anni e 364 gg affetto da patologie croniche, addetto a servizi pubblici di primario interesse collettivo **cat. 2 + 8**	→	2
operatrice sanitaria in gravidanza **cat. 6 + 4**	→	6
operatore sanitario di età superiore a 60 anni, con o senza patologie croniche **cat. 1 + 6**	→	1
soggetto di età da 6 mesi a 59 anni e 364 gg affetto da patologie croniche, donna in gravidanza **cat. 2 + 4**	→	4
soggetto di età pari o superiore a 60 anni, affetto da patologie croniche **cat. 1 + 2 + 10**	→	1
soggetto di età pari o superiore a 60 anni senza patologie croniche e medico o personale sanitario di assistenza cat. **1 + 6**	→	1
soggetto di età compresa tra 6 mesi–6 anni e 364 gg , senza patologie **cat. 10**	→	10

Allegato n. 4

TABELLA DI CORRISPONDENZA: CATEGORIE A RISCHIO PER MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE E INVALIDANTI E RELATIVI CODICI DI ESENZIONE

Malattia o Condizione	Categoria a rischio	Codice esenzione
Malattie della valvola mitrale	02b	0a02.394
Malattie della valvola aortica	02b	0a02.395
Malattie delle valvole mitrale e aortica	02b	0a02.396
Malattie di altre strutture endocardiche	02b	0a02.397
Altre forme di cardiopatia ischemica cronica	02b	0a02.414
Malattia cardiopolmonare cronica	02b	0a02.416
Altre malattie del circolo polmonare	02b	0a02.417
Altre malattie dell'endocardio	02b	0a02.424
Disturbi della conduzione	02b	0a02.426
Aritmie cardiache	02b	0a02.427
Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca	02b	0a02.429.4
Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali	02b	0b02.433
Occlusione delle arterie cerebrali	02b	0b02.434
Altre e mal definite vasculopatie cerebrali	02b	0b02.437
Aterosclerosi	02b	0c02.440
Aneurisma toracico senza menzione di rottura	02b	0c02.441.2
Aneurisma addominale senza menzione di rottura	02b	0c02.441.4
Aneurisma toracoaddominale senza menzione di rottura	02b	0c02.441.7
Aneurisma aortico di sede non specificata senza menzione di rottura	02b	0c02.441.9
Altri aneurismi	02b	0c02.442
Embolia e trombosi arteriose	02b	0c02.444

Malattia o Condizione	Categoria a rischio	Codice esenzione
Fistola arterovenosa acquisita	02b	0c02.447.0
Stenosi di arteria	02b	0c02.447.1
Arterite non specificata	02b	0c02.447.6
Trombosi della vena porta	02b	0c02.452
Embolia e trombosi di altre vene	02b	0c02.453
Sindrome postflebitica	02b	0c02.459.1
Insufficienza vascolare cronica dell'intestino	02b	0c02.557.1
Anomalie del bulbo cardiaco e anomalie del setto cardiaco	02b	0a02.745
Altre malformazioni del cuore	02b	0a02.746
Altre anomalie congenite del sistema circolatorio	02b	0c02.747
Valvola cardiaca sostituita da trapianto	02b	0a02.v42.2
Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi	02b	0a02.v43.3
Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi	02b	0c02.v43.4
Dispositivo cardiaco postchirurgico in situ	02b	0a02.v45.0
Anemie emolitiche autoimmuni	02e	003.283.0
Artrite reumatoide	02g	006.714.0
Sindrome di Felty	02g	006.714.1
Altre artriti reumatoidi con interessamento viscerale o sistemico	02g	006.714.2
Artrite reumatoide giovanile, cronica o non specificata, poliarticolare	02g	006.714.30
Artrite reumatoide giovanile pauciarticolare	02g	006.714.32
Artrite reumatoide giovanile monoarticolare	02g	006.714.33
Asma	02a	007.493
Cirrosi epatica alcolica	02k	008.571.2
Cirrosi epatica senza menzione di alcol	02k	008.571.5
Cirrosi biliare	02k	008.571.6
Enterite regionale	02h	009.555

Malattia o Condizione	Categoria a rischio	Codice esenzione
Colite ulcerosa	02h	009.556
Diabete mellito	02c	013.250
Sindrome da dipendenza da alcool	02g	014.303
Dipendenza da droghe	02g	014.304
Epatite cronica	02k	016.571.4
Epatite virale b cronica, senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta	02k	016.070.32
Epatite virale B cronica, senza menzione di coma epatico, con epatite delta	02k	016.070.33
Epatite C cronica senza menzione di coma epatico	02k	016.070.54
Epatite virale non specificata senza menzione di coma epatico	02k	016.070.9
Fibrosi cistica	02a	018.277.0
Infezione da virus della immunodeficienza umana (Hiv)	02g	020.042
Infezione da virus della immunodeficienza umana, tipo 2 [Hiv2]	02g	020.042 + 079.53
Stato infettivo asintomatico da virus della immunodeficienza umana (Hiv)	02g	020.v08
Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	02b	021.428
Insufficienza corticosurrenale cronica (morbo di Addison)	02c	022.255.4
Insufficienza renale cronica	02d	023.585
Insufficienza respiratoria (cronica)	02a	024.518.81
Ipotiroidismo congenito	02c	027.243
Lupus eritematoso sistemico	02g	028.710.0
Malattia di Sjogren	02g	030.710.2
Cardiopatia ipertensiva	02b	0031.402
Nefropatia ipertensiva	02d	0031.403
Cardio-nefropatia ipertensiva	02b	0031.404
Miastenia grave	02j	034.358.0
Morbo di Parkinson	02j	038.332

Malattia o Condizione	Categoria a rischio	Codice esenzione
Altre malattie degenerative dei nuclei della base	02j	038.333.0
Tremore essenziale ed altre forme specificate di tremore	02j	038.333.1
Altre forme di corea	02j	038.333.5
Neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero in terapia intensiva neonatale	02g	040
Sclerosi multipla	02j	046.340
Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto	02f	048
Soggetti affetti da più patologie che abbiano determinato grave ed irreversibile compromissione di più organi e/o apparati e riduzione dell'autonomia personale correlata all'età risultante dall'applicazione di convalidate scale di valutazione	Valutare la patologia prevalente	049
Soggetti in attesa di trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, cornea, midollo)	02i	050
Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici	02j	051
Rene sostituito da trapianto	02g	052.v42.0
Cuore sostituito da trapianto	02g	052.v42.1
Polmone sostituito da trapianto	02g	052.v42.6
Fegato sostituito da trapianto	02g	052.v42.7
Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto: pancreas	02g	052.v42.8
Organo o tessuto non specificato sostituito da trapianto	02g	052.v42.9
Infezione tubercolare primaria (attiva bacillifera)	02a	055.010
Tubercolosi polmonare (attiva bacillifera)	02a	055.011
Altre forme di tubercolosi dell'apparato respiratorio (attiva bacillifera)	02a	055.012
Tubercolosi miliare (attiva bacillifera)	02a	055.018
Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	02a	057
Patologie renali croniche	02d	061

Allegato n. 5

REGISTRAZIONE INFORMATIZZATA DELLE VACCINAZIONI 2026-2027

Registrazione da parte dei medici e farmacisti convenzionati aderenti

Per quanto riguarda le informazioni relative alle persone vaccinate, l'operatore che effettua la vaccinazione provvederà alla registrazione della vaccinazione utilizzando l'applicativo in uso (cartella clinica informatizzata) o, qualora non sia possibile, mediante funzionalità presente su portale SOLE: ciò consentirà di inviare automaticamente i dati in Regione. A tal fine l'attribuzione della categoria appropriata dovrà essere coerente con quanto indicato in allegato n. 3.

La registrazione informatica di tali vaccinazioni, per i medici convenzionati è ricompresa nelle prestazioni descritte negli Accordi Regionali e permette l'inserimento automatico nelle procedure per il pagamento delle prestazioni aggiuntive **esclusivamente per le registrazioni effettuate correttamente e andate a buon fine (senza WARNING).**

La registrazione dovrà avvenire entro 72 ore (3 giorni lavorativi).

I fornitori dovranno aggiornare per tempo le specifiche tecniche delle cartelle informatizzate in modo tale da allineare il flusso dati verso l'Anagrafe Vaccinale Regionale – Real Time (AVR-rt); sarà cura del medico convenzionato aderente verificare la presenza o meno di warning (registrazione NON andate a buon fine e comunicarlo alle proprie ditte fornitrici).

Registrazioni da parte dei SISP / PdC

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e le Pediatrie di Comunità inseriranno le vaccinazioni di loro pertinenza nelle Anagrafi Vaccinali aziendali: i referenti vaccinali dovranno interfacciarsi con i propri ICT per verificare il corretto allineamento delle specifiche tecniche e il conseguente corretto invio dei dati all'AVR-RT (senza WARNING).

Registrazione da parte di altri Servizi

Tutti gli altri Servizi (Sorveglianza Sanitarie Aziendali, Presidi Ospedalieri, Aziende ospedaliero-universitarie e IRCCS) ed Enti (Case di riposo, carceri, ecc) dovranno registrare le vaccinazioni utilizzando il portale SOLE secondo le modalità già in uso nelle precedenti campagne. L'accesso al portale (www.progetto-sole.it) richiede una password o smartcard abilitata; per questo motivo verrà richiesto ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica di trasmettere a SOLE l'elenco degli operatori dei Servizi ed Enti che saranno incaricati di inserire le vaccinazioni.

In tutte le modalità (cartella clinica informatizzata, anagrafi vaccinali aziendali e portale SOLE) dovranno essere registrate tutte le informazioni necessarie, con particolare riferimento alla categoria di rischio di appartenenza, al tipo di vaccino antinfluenzale utilizzato (fornito dall'Azienda Usl o eventualmente acquistato dal cittadino) e al lotto del vaccino. **Queste due informazioni sono fondamentali anche per il Ministero al fine di identificare con precisione la correlazione tra vaccino ed un'eventuale reazione avversa**.

L'informatizzazione dei dati vaccinali rende possibili le elaborazioni epidemiologiche dei dati sulla base della fascia d'età, della categoria di rischio, del vaccinatore e del tipo di vaccino utilizzato.

L'utilizzo generalizzato e corretto del sistema informatico permetterà inoltre di rendere agevoli e tempestive le elaborazioni periodiche e finali relative all'andamento della campagna, la trasmissione dei dati al Ministero della Salute e le procedure di compenso spettante ai medici convenzionati aderenti.

Le Aziende Sanitarie provvederanno alla verifica delle vaccinazioni messe in pagamento secondo le consuete modalità.

Saranno considerati "definitivi" i dati vaccinali inseriti alla data del 31/03/2026.

DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

IL DIRETTORE
LORENZO BROCCOLI

Ai Direttori Sanitari

Ai Direttori di Distretto

Ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica

Ai Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie con preghiera di diffusione a MMG e PLS

Ai Direttori dei Dipartimenti di Salute donna, infanzia e adolescenza AUSL della Romagna con preghiera di diffusione alle Pediatrie di Comunità e ai PLS

Circolare 6-2026 – errata corrige

Ai Direttori dei Dipartimenti Farmaceutici

Ai Direttori dei Presidi Ospedalieri con preghiera di diffusione ai Direttori delle UO ad indirizzo clinico

Ai Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica

Ai Direttori/Responsabili dei Servizi di Pediatria di Comunità

Ai Direttori/Responsabili dei Servizi di Sorveglianza Sanitaria Aziendali

Ai Referenti dei Servizi ICT

Ai Referenti aziendali per le vaccinazioni in età infantile, adolescenziale e adulta delle Aziende Sanitarie, Ospedaliero-Universitarie – IRCCS

e p.c. Ai Direttori delle Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva delle Università degli Studi di Parma, Modena - Reggio Emilia, Bologna, Ferrara

Ai Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Viale Aldo Moro 21
40127 - Bologna
tel. 051.527.7163
dgsan@regione.emilia-romagna.it
dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

Ai Presidenti degli Ordini dei Farmacisti
alle OO.SS dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Alle Associazioni farmaceutiche
ai Medici competenti
della Regione Emilia-Romagna

Oggetto: Circolare 6-2026 ERRATA CORRIGE - rettifica meri errori materiali nella circolare 6-2026 recante "indicazioni regionali per la prevenzione e controllo dell'influenza, stagione 2026-2027" e nel relativo allegato n. 5

Con la presente si rappresenta la necessità di correggere alcuni meri errori materiali presenti nella circolare n. 6-2026 (Prot. 12/08/2026.0793167.U).

A *pagina 2* la frase "Il vaccino potrà essere somministrato in un qualsiasi momento della stagione influenzale fino a tutto il mese di febbraio 2026, da parte di:" viene corretta in "**Il vaccino potrà essere somministrato in un qualsiasi momento della stagione influenzale fino a tutto il mese di febbraio 2027, da parte di:**";

A *pagina 4* la frase" Successivamente alla vaccinazione delle categorie di popolazione sopra indicate come prioritariamente eleggibili e, in ogni caso, a decorrere dal 1° dicembre 2026, la somministrazione potrà essere offerta a titolo gratuito a tutti i che ne facciano richiesta." Viene corretta in "**Quindi successivamente alla vaccinazione delle suddette categorie, l'ampliamento dell'offerta a titolo gratuito potrebbe decorrere verosimilmente dal 1° dicembre 2026.**"

Nell'*allegato n. 5* (che si allega in formato corretto) l'ultima frase a pagina 2 "Saranno considerati "definitivi" i dati vaccinali inseriti alla data del 31/03/2026" viene corretta in "**Saranno considerati "definitivi" i dati vaccinali inseriti alla data del 31/03/2027**".

Si coglie l'occasione per porgere distinti saluti,

Lorenzo Broccoli
(firmato digitalmente)

Allegato
- Allegato 5EC - Registrazione informatizzata delle vaccinazioni 2026-2027

Referente
Christian Cintori
Christian.Cintori@Regione.Emilia-Romagna.it

Allegato n. 5 EC

REGISTRAZIONE INFORMATIZZATA DELLE VACCINAZIONI 2026-2027

Registrazione da parte dei medici e farmacisti convenzionati aderenti

Per quanto riguarda le informazioni relative alle persone vaccinate, l'operatore che effettua la vaccinazione provvederà alla registrazione della vaccinazione utilizzando l'applicativo in uso (cartella clinica informatizzata) o, qualora non sia possibile, mediante funzionalità presente su portale SOLE: ciò consentirà di inviare automaticamente i dati in Regione. A tal fine l'attribuzione della categoria appropriata dovrà essere coerente con quanto indicato in allegato n. 3.

La registrazione informatica di tali vaccinazioni, per i medici convenzionati è ricompresa nelle prestazioni descritte negli Accordi Regionali e permette l'inserimento automatico nelle procedure per il pagamento delle prestazioni aggiuntive **esclusivamente per le registrazioni effettuate correttamente e andate a buon fine (senza WARNING).**

La registrazione dovrà avvenire entro 72 ore (3 giorni lavorativi).

I fornitori dovranno aggiornare per tempo le specifiche tecniche delle cartelle informatizzate in modo tale da allineare il flusso dati verso l'Anagrafe Vaccinale Regionale – Real Time (AVR-rt); sarà cura del medico convenzionato aderente verificare la presenza o meno di warning (registrazione NON andate a buon fine e comunicarlo alle proprie ditte fornitrici).

Registrazioni da parte dei SISP / PdC

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e le Pediatrie di Comunità inseriranno le vaccinazioni di loro pertinenza nelle Anagrafi Vaccinali aziendali: i referenti vaccinali dovranno interfacciarsi con i propri ICT per verificare il corretto allineamento delle specifiche tecniche e il conseguente corretto invio dei dati all'AVR-RT (senza WARNING).

Registrazione da parte di altri Servizi

Tutti gli altri Servizi (Sorveglianza Sanitarie Aziendali, Presidi Ospedalieri, Aziende ospedaliero-universitarie e IRCCS) ed Enti (Case di riposo, carceri, ecc) dovranno registrare le vaccinazioni utilizzando il portale SOLE secondo le modalità già in uso nelle precedenti campagne. L'accesso al portale (www.progetto-sole.it) richiede una password o smartcard abilitata; per questo motivo verrà richiesto ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica di trasmettere a SOLE l'elenco degli operatori dei Servizi ed Enti che saranno incaricati di inserire le vaccinazioni.

In tutte le modalità (cartella clinica informatizzata, anagrafi vaccinali aziendali e portale SOLE) dovranno essere registrate tutte le informazioni necessarie, con particolare riferimento alla categoria di rischio di appartenenza, al tipo di vaccino antinfluenzale utilizzato (fornito dall'Azienda Usl o eventualmente acquistato dal cittadino) e al lotto del vaccino. **Queste due informazioni sono fondamentali anche per il Ministero al fine di identificare con precisione la correlazione tra vaccino ed un'eventuale reazione avversa.**

L'informatizzazione dei dati vaccinali rende possibili le elaborazioni epidemiologiche dei dati sulla base della fascia d'età, della categoria di rischio, del vaccinatore e del tipo di vaccino utilizzato.

L'utilizzo generalizzato e corretto del sistema informatico permetterà inoltre di rendere agevoli e tempestive le elaborazioni periodiche e finali relative all'andamento della campagna, la trasmissione dei dati al Ministero della Salute e le procedure di compenso spettante ai medici convenzionati aderenti.

Le Aziende Sanitarie provvederanno alla verifica delle vaccinazioni messe in pagamento secondo le consuete modalità.

Saranno considerati "definitivi" i dati vaccinali inseriti alla data del 31/03/2027.