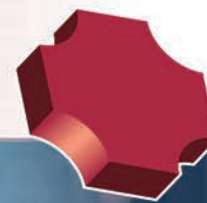


ANNO 79 - N. 1 - MARZO 2026

L'OSPEDALE

Trimestrale di igiene, tecnologia, management degli ospedali e dei servizi sanitari territoriali



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere



*Con il supporto
non condizionante di*

cns[®] CONSORZIO
NAZIONALE
SERVIZI

EDIZIONI MINERVA MEDICA



- 3** **La nostra rivista cambia volto:
dal cartaceo al digitale per entrare nel futuro**
Gianfranco Finzi
- 4** **Discorso del Presidente Nazionale di apertura
del 50° Congresso Nazionale ANMDO**
(Torino, 7 ottobre 2025 - Aula "Achille Mario Dogliotti")
Gianfranco Finzi
- 6** **Strategia Vaccinale Integrata per la prevenzione
di influenza, COVID-19, pneumococco e RSV**
Gianfranco Finzi, Ida Iolanda Mura, Gabriele Pelissero,
Claudio Garbelli, Lorenzo Blandi, Cristina Sideli, Paola Anello,
Paolo Bonanni, Lorenzo Cammelli, Lucia Grazia Campanile,
Claudio Costantino, Letizia Ferrara, Claudio Lazzari, Fabrizio Leigheb,
Riccardo Luzi, Elisabetta Masturzo, Carlo Polito, Stefano Tardivo,
Amilia Anna Vozzella, Leonardo Bugiolacchi; AIOP, ARIS, SIGeRiS
- 29** **Normativa e Linee Guida su ICA e
sanificazione ambientale in ambito sanitario**
Luigi Zucchelli
- 40** **La partnership con le strutture sociosanitarie:
come l'expertise Sodexo nel campo della
nutrizione aiuta le performance di cliniche e
ospedali**

La nostra rivista cambia volto: dal cartaceo al digitale per entrare nel futuro

Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale ANMDO

Il 2026 segna una svolta decisiva nella storia della nostra rivista: da questo numero, la pubblicazione abbandona definitivamente il formato cartaceo per essere fruibile esclusivamente online. Si tratta di una scelta ponderata, condivisa e coerente con le profonde trasformazioni che stanno interessando il mondo della comunicazione scientifica e professionale.

Il passaggio al digitale non rappresenta una semplice modifica tecnica, ma una vera e propria evoluzione culturale. Le modalità di accesso alle informazioni stanno rapidamente cambiando: i professionisti sanitari leggono, studiano e si aggiornano sempre più attraverso strumenti digitali, apprezzando la tempestività dei contenuti, la facilità di consultazione e la possibilità di integrazione con materiali multimediali e risorse di approfondimento.

La versione online della nostra rivista offrirà maggiore accessibilità, una diffusione più ampia e nuove opportunità di valorizzazione scientifica. Gli articoli potranno essere arricchiti con allegati, link, documenti di approfondimento, materiali normativi, contenuti interattivi e strumenti di aggiornamento continuo. Si configura così un ambiente dinamico, aperto, capace di dare ancora più rilievo al lavoro di autori, revisori e redazione.

Il digitale rappresenta inoltre una scelta responsabile sotto il profilo della sostenibilità. Eliminare la stampa significa ridurre l'impiego di risorse, contenere l'impatto ambientale e ottimizzare i tempi di produzione e distribuzione, senza rinunciare alla qualità editoriale, che anzi potrà essere ulte-

riormente potenziata grazie a strumenti tecnologici avanzati e a processi più efficienti.

A questo percorso di rinnovamento si affianca una novità editoriale di particolare rilievo: la nostra rivista entra a far parte della prestigiosa casa editrice Minerva Medica di Torino, fondata nei primi decenni del Novecento e da oltre un secolo punto di riferimento dell'editoria medico-scientifica italiana e internazionale.

Grazie alla determinazione e alla lungimiranza del Professor Alberto Oliaro e della Dottoressa Elena Oliaro, Minerva Medica è diventata la nostra casa editrice di riferimento. Una scelta che costituisce garanzia di autorevolezza, rigore scientifico e qualità editoriale, ma che rappresenta anche un investimento strategico per il futuro della rivista e per il consolidamento della nostra comunità professionale all'interno del panorama scientifico nazionale e internazionale.

La storia della nostra rivista, dunque, non si interrompe: prosegue con rinnovata energia e con strumenti più adeguati alle esigenze contemporanee. Cambia il formato, ma restano intatti i valori che ci hanno guidato fino ad oggi: serietà scientifica, indipendenza culturale, attenzione ai temi emergenti, responsabilità istituzionale.

Invitiamo tutti i lettori a seguirci nel nuovo ambiente digitale: uno spazio pensato per informare, formare e connettere, nel segno della qualità e della modernità che da sempre caratterizzano la nostra attività editoriale.

Il futuro è già iniziato. E lo vogliamo costruire insieme.

Discorso di apertura del Presidente Nazionale del 50° Congresso Nazionale ANMDO

Torino, 7 ottobre 2025 – Aula “Achille Mario Dogliotti”

Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale ANMDO

Autorità,
Colleghe e Colleghi,
Gentili Ospiti,

è con profonda emozione che sono qui con voi per iniziare i lavori del **50° Congresso Nazionale ANMDO**.

Qui a Torino che fu la culla della nostra Associazione. Infatti, Il **21 marzo 1947**, presso il Notaio Emilio Turbil, venne rogato l'**atto costitutivo dell'ANMDO – Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere**, con registrazione ufficiale il **4 aprile 1947**.

Sotto la guida magistrale del Prof. Pietro (Pino) Foltz, Presidente dal 1947 al 1967, l'ANMDO seppe **delineare il nuovo ruolo della Direzione Medica Ospedaliera**, elevandone il prestigio culturale e valorizzandone funzioni che vennero poi riconosciute anche nella legislazione nazionale.

In origine il Direttore Sanitario era percepito quasi esclusivamente come figura amministrativa e igienico-sanitaria all'interno dell'ospedale; oggi, grazie anche al lavoro pionieristico svolto in quegli anni, esso è divenuto una **figura chiave di management e governance del sistema sanitario**.

Nei primi decenni del dopoguerra, attraverso la nostra rivista *L'Ospedale* fondata da Foltz nel 1948, furono posti i primi mattoni di una nuova cultura organizzativa.

Già in quegli scritti si insisteva sulla necessità di superare l'isolamento campanilistico dei singoli ospedali a favore di una **“armonica cooperazione”** su scala nazionale, valorizzando la *tecnica*

ospedaliera – intesa come insieme di competenze gestionali, progettuali e cliniche – elevata a dignità e autonomia nei suoi aspetti costruttivi.

Il *malato*, sottolineava Foltz, doveva essere visto come **“la zona di convergenza di tutte le forze operanti in mutua collaborazione”**, la cui cura è **“la risultante dell'azione comune di un complesso di attività diverse”**, tutte ugualmente importanti.

Erano concetti straordinariamente avanzati per l'epoca: **centralità del paziente, lavoro multidisciplinare di squadra, professionalizzazione della gestione sanitaria**.

Questi principi ispiratori hanno guidato l'azione dell'ANMDO negli anni della grande riforma ospedaliera (la legge 132/1968, detta Mariotti, e poi l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978) e continuano a farlo ancora oggi.

Molto è cambiato da allora: la Dirigenza Sanitaria ha acquisito competenze nuove ed eterogenee, affiancando alle sue radici igienistico-organizzative saperi di economia, gestione aziendale, diritto sanitario, informatica, comunicazione.

La “matrice” della professione del Direttore Sanitario, un tempo limitata all'igiene e organizzazione, si è arricchita di riferimenti a discipline manageriali per meglio gestire le complessità e i cambiamenti del sistema.

In altre parole, il *Medico di Direzione* è passato in pochi decenni **da funzionario tecnico-igienista a vero leader strategico della sanità**, chiamato a coniugare competenze cliniche, gestionali e di go-

vernance. Oggi possiamo affermare che la Direzione Sanitaria è **una leva strategica essenziale per il governo del sistema salute**, collante tra la visione politico-amministrativa e la pratica clinica quotidiana.

Non è un caso che questo nostro Congresso si tenga a **Torino**, la città dove tutto ebbe inizio. Dopo oltre settant'anni dal primo convegno nazionale dei medici ospedalieri, torniamo nella **“culla ufficiale”** dell'ANMDO per riaffermare le nostre radici e rinnovare l'impegno verso i principi fondativi dell'Associazione.

Cinquant'anni di congressi non sono soltanto una ricorrenza celebrativa: sono il segno concreto di una **continuità di pensiero, di impegno e di responsabilità** che ha accompagnato l'evoluzione della nostra Associazione, del nostro Servizio Sanitario Nazionale e delle strutture sanitarie del nostro Paese. Ecco allora il valore simbolico di questo Congresso: una altra volta **da Torino a Torino, dopo più di settant'anni**, la nostra Associazione torna nel luogo della sua origine, forte di una storia lunga e feconda, e pronta a proiettarsi verso il futuro. È un ritorno alle radici per guardare avanti con maggiore consapevolezza.

In questa città nacque anche la nostra rivista *L'Ospedale*, strumento fondamentale di diffusione culturale e aggiornamento, che tuttora – a distanza di 78 anni – continua la sua opera di formazione continua.

Il titolo scelto per questo Congresso – *“Quali intelligenze per governare l'evoluzione degli ospedali dei*

prossimi 50 anni” – non è uno slogan, ma una sfida. Perché il futuro dell'ospedale non sarà governato da un'unica visione, ma dalla capacità di **connettere competenze, esperienze e valori**, proprio come i nostri padri fondatori ci insegnavano.

In questi giorni discuteremo di temi cruciali:

- il rilancio della **figura del Direttore Sanitario e del Direttore Medico di Presidio**, garanti della qualità e della sicurezza delle cure;
- le nuove sfide della **robotica, della telemedicina e dell'intelligenza artificiale**;
- il ruolo dell'ospedale nelle **emergenze e catastrofi**;
- la gestione delle **infezioni correlate all'assistenza** e la lotta all'antibiotico-resistenza;
- **l'ospedale che vaccina, presidio di prevenzione e responsabilità collettiva**.

Collegando idealmente le parole di Foltz alla nostra agenda attuale, possiamo dire che oggi, come allora, la missione resta immutata: l'ospedale deve essere luogo di **cura, speranza e progresso civile**, sostenuto da una comunità di professionisti e da una governance lungimirante.

Con queste parole vi auguro buon lavoro, certo che da Torino nascerà un messaggio forte, chiaro e condiviso: **un ospedale che evolve, ma che resta fedele ai valori che hanno guidato i fondatori della nostra Associazione**.

Grazie a tutti

Strategia vaccinale integrata per per la prevenzione di influenza, COVID-19, pneumococco e RSV

AUTORI

Gruppo Nazionale di lavoro "L'ospedale che vaccina"
Associazione Nazionale Medici Direzione Ospedaliera (ANMDO)

Supervisione

Dott. Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale ANMDO,

Direttore Sanitario OPA Nigrisoli Villa Regina, Bologna

Prof.ssa Ida Iolanda Mura

Segreteria Scientifica Nazionale ANMDO

Prof. Gabriele Pelissero

Presidente Nazionale AIOP

GRUPPO DI LAVORO

Dott. Claudio Garbelli

Coordinatore

Dott. Lorenzo Blandi

Vicecoordinatore

Ricercatore Tenure-Track di Igiene, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Dott.ssa Cristina Sideli

Vicecoordinatore

Direttore Sanitario Poliambulatorio San Camillo Bologna - PNI OMI Camilliani

Dott.ssa Paola Anello

Componente

Direttore Medico Ospedali Montebelluna e Castelfranco Veneto AULSS 2 Marca Trevigiana

Prof. Paolo Bonanni

Componente

Professore Ordinario di Igiene generale e applicata, Università degli Studi di Firenze

Dott. Lorenzo Cammelli

Componente

Direttore Dipartimento Sociosanitario ASP Golgi Redaelli Milano

Dott.ssa Lucia Grazia Campanile

Componente

Direttore UOC Direzione Medica, Presidio ospedaliero Alta Val d'Elsa, AUSL Toscana Sud Est

Prof. Claudio Costantino

Componente

Professore Associato Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Palermo. Dirigente Medico UOC Epidemiologia Clinica e Responsabile ambulatorio vaccinale ospedaliero, AOU Policlinico Paolo Giaccone Palermo

Dott.ssa Letizia Ferrara

Componente

Risk Manager IRCCS INRCA Ancona

Dott. Claudio Lazzari

Componente

Direttore Direzione Medica Ospedali Maggiore e Bellaria AUSL Bologna

Dott. Fabrizio Leigheb

Componente

Direttore Medico Azienda Ospedaliera Universitaria Novara

Dott. Riccardo Luzi

Componente

Direttore Sanitario IRCCS INRCA Ancona

Dott.ssa Elisabetta Masturzo

Componente

Direttore SC Vaccinazioni ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Milano

Dott. Carlo Polito

Componente

Direzione Sanitaria IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria Bologna

Prof. Stefano Tardivo

Componente

Professore Ordinario Igiene Generale ed Applicata Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona

Dott.ssa Emilia Anna Vozzella

Componente

Direttore Sanitario Aziendale Azienda Sanitaria Locale di Avellino

SOCIETÀ SCIENTIFICHE COINVOLTE E RAPPRESENTANTI CHE HANNO PARTECIPATO AI LAVORI

AIOP

Associazione Italiana delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali delle Aziende Socio-Sanitarie Residenziali e Territoriali di Diritto Privato

Prof. Gabriele Pelissero, Presidente Nazionale

ARIS

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Dott. Mauro Mattiacci, Direttore Generale

SIGeRIS

Società Italiana Gestione del Rischio in Sanità, Bologna

Dott. Andrea Minarini, Presidente

Avv. Leonardo Bugiolacchi

Avvocato Cassazionista, Roma - Direttore Osservatorio Italiano Intelligenza Artificiale E.N.I.A.

INTRODUZIONE

Le infezioni respiratorie rappresentano oggi una **sfida cruciale di sanità pubblica**, con un impatto sanitario ed economico crescente sia in Italia che a livello globale. Non si tratta solo dell'influenza stagionale, ma di un insieme di patologie – **influenza, COVID-19, infezioni da pneumococco e da virus respiratorio sinciziale (RSV)** – che co-circolano soprattutto nei mesi invernali e tendono a non rispettare la stagionalità, colpendo in particolare anziani e soggetti fragili e con patologie croniche e causando un aumento significativo di **morbosità, ospedalizzazioni e mortalità**. Nella sola Italia, nel 2022 il 9,1% di tutti i decessi è stato attribuibile a infezioni respiratorie, percentuale più alta che in altri grandi Paesi europei. Le stagioni invernali recenti hanno evidenziato andamenti epidemici anomali per elevata intensità da quando esiste la rilevazione tramite la rete di sorveglianza Influnet/Respirvirnet e con **circolazione simultanea** di virus influenzali, SARS-CoV-2 e RSV; questa concomitanza può produrre una pressione severa sui sistemi sanitari, come indicato anche dagli enti internazionali.

Sulla base di queste iniziali considerazioni, l'**Associazione Nazionale dei Medici di Direzione Ospedaliera (ANMDO)** intende delineare un Position Paper sulla strategia vaccinale integrata contro i principali patogeni respiratori (influenza, COVID-19, pneumococco, RSV). Questo documento ha lo scopo di fornire:

- a. una panoramica aggiornata delle **evidenze scientifiche ed epidemiologiche** relative a questi patogeni;
- b. un'analisi delle **linee guida nazionali/regionali e internazionali** (Ministero della Salute, ISS, AIFA, OMS, CDC, ECDC);
- c. **raccomandazioni specifiche** per la vaccinazione del personale sanitario e delle persone fragili e con comorbosità;
- d. una valutazione dell'**impatto organizzativo** per le Direzioni Sanitarie;
- e. dati sulla **co-circolazione virale e complicanze** correlate, sull'impatto delle malattie respiratorie

prevenibili con vaccino sulla popolazione esposta e sul Servizio Sanitario Nazionale ed il Sistema Sanitario;

- f. un'analisi costo-beneficio della vaccinazione multipla.

L'obiettivo è proporre una **strategia vaccinale coordinata** e sostenibile che protegga le fasce più a rischio, riduca il carico assistenziale per Ospedali e RSA, e migliori la resilienza del SSN e del Sistema sanitario nel periodo stagionale di riferimento.

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO ED EVIDENZE SCIENTIFICHE

Influenza stagionale

L'influenza rimane una delle maggiori cause di morbosità nella stagione invernale. In questo contesto, oltre un quarto della popolazione può contrarre sindromi simil-influenzali (nella stagione 2024/2025 in Italia si sono registrati circa 16 milioni di casi di sindromi simil-influenzali, il numero più alto mai riscontrato dall'inizio della sorveglianza Influnet/Respirvirnet). L'influenza provoca non solo infezioni delle vie aeree, ma anche complicanze sistemiche (ad es. infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, miocardite, encefalite, alterazione dell'equilibrio glicemico in soggetti diabetici, perdita di autonomia) e un aggravamento di patologie preesistenti. Gli **anziani** pagano il prezzo più alto: circa **l'88% dei decessi correlati all'influenza** in Europa si verifica in persone **oltre 65 anni**. In Italia, la mortalità per infezioni respiratorie (in gran parte dovute a influenza e polmoniti) è aumentata del 57,8% tra il 2012 e il 2019, e di un ulteriore 560% con la pandemia da COVID-19. Ogni inverno si registrano **5.000-15.000 decessi in eccesso** durante la stagione influenzale (comprendendo influenza, COVID-19, RSV, ecc.) con maggior impatto su anziani e fragili. Sia Influenza che COVID-19 e RSV possono contribuire all'utilizzo inappropriato degli antibiotici ed all'antibiotico resistenza "AMR". Questi dati confermano che definire l'influenza *un'infezione banale* è un grave errore: rappresenta una priorità di sanità pubblica, e i vaccini sono strumento decisivo nel prevenire migliaia di ricoveri e decessi.

COVID-19

Sebbene la fase acuta pandemica sia superata, il SARS-CoV-2 continua a circolare endemicamente con ondate periodiche. Grazie alla diffusa immunità ibrida (vaccinazione e infezioni pregresse), la gravità media dei casi è diminuita; tuttavia, il **COVID-19 resta pericoloso per gli anziani e i fragili**. In Italia, *oltre il 96% dei decessi per COVID-19 si è verificato in persone anziane* Anche nelle fasi epidemiche/endemiche recenti, COVID-19 continua a contribuire a ricoveri (nel 2020-21 le ospedalizzazioni annuali per infezioni respiratorie erano ancora dell'82% superiori al livello pre-pandemico del 2019). Inoltre, il COVID-19 può causare sindromi post-acute (long-COVID) e aggravare comorbidità. Il virus continua ad evolvere: per la stagione 2025-26 è atteso l'uso di vaccini aggiornati a varianti Omicron circolanti (es. variante LP.8.1). **Proteggere le categorie a rischio con richiami vaccinali periodici** rimane fondamentale per contenere l'impatto di COVID-19 in termini di complicanze gravi, ricoveri e decessi.

Pneumococco

Streptococcus pneumoniae, con oltre 100 sierotipi, è il principale agente batterico di polmoniti e meningiti acquisite in comunità. Ogni anno in Europa si stimano ~ **150.000 casi** di malattia pneumococcica invasiva, con tassi di letalità elevati specialmente tra **anziani, malati cronici e immunocompromessi**. In Italia, l'infezione pneumococcica negli over-65 contribuisce in modo significativo alla mortalità invernale ed è spesso sottodiagnosticata come causa concomitante di polmonite. È noto che le **infezioni virali respiratorie predispongono alle infezioni pneumococciche**: la presenza di un virus (influenza, RSV, SARS-CoV-2, ecc.) altera le difese dell'epitelio delle vie respiratorie e facilita l'invasione batterica. Non a caso, i casi di malattia pneumococcica si concentrano in inverno, *quando raffreddori e influenza sono comuni* e abbassano le barriere immunitarie. In molti pazienti anziani le polmoniti sono spesso dovute a co-infezioni influenza-pneumococco. Oltre alla mortalità acuta, le infezioni pneumococciche gravi lasciano **seque-**

le disabilitanti (esiti neurologici dopo meningite, insufficienza respiratoria cronica dopo polmonite grave). Tutto ciò rende evidente l'importanza della **prevenzione vaccinale**: la vaccinazione antipneumococcica è attualmente la misura più efficace per ridurre il rischio di queste patologie. In Italia i vaccini coniugati 13/15/20-valente e 23-valente erano già raccomandati negli anziani; dal maggio 2025 è disponibile il vaccino **21-valente** nella cui formulazione sono sostituiti alcuni sierotipi, storicamente coperti dai precedenti vaccini coniugati, includendo altri presenti nel vaccino polisaccaridico 23-valente. Quindi si estende ulteriormente la prevenzione verso sierotipi emergenti e aggressivi, integrando la strategia vaccinale di riferimento con vaccino PCV 20 valente anche sulla base delle evidenze epidemiologiche potenziando la tutela della salute per adulti/anziani con condizioni di rischio per patologie croniche come da PNPV.

Virus Respiratorio Sinciziale (RSV)

L'RSV è da sempre noto come patogeno pediatrico (causa di bronchioliti nei neonati, lattanti e bambini), ma **riveste un ruolo importante anche negli adulti anziani** – un aspetto evidenziato solo di recente a causa della storica sotto-diagnosi in questa popolazione. In epoca pre-pandemica, l'RSV era la seconda causa più comune di polmonite virale negli anziani. Studi internazionali stimano che in Italia l'RSV causi **oltre 50.000 ospedalizzazioni l'anno negli over-60** (il doppio di quanto stimato in passato), con una **severità paragonabile o superiore a influenza e COVID-19**. Si calcola un impatto letale non trascurabile nel nostro Paese: circa **1.800 decessi ogni anno**, prevalentemente in anziani. Il rischio di letalità per RSV negli over-65 è circa sei volte maggiore rispetto a quello nei bambini sotto l'anno di età. L'RSV negli anziani si presenta spesso come **infezione delle basse vie respiratorie** potenzialmente grave, con alti tassi di polmonite (fino al 66% dei casi gravi), necessità di ventilazione meccanica (21%) e ricovero in terapia intensiva (18%). Inoltre, come l'influenza, l'RSV negli anziani fragili può precipitare scompensi (es. scompenso cardiaco, BPCO) e por-

tare a perdita di autonomia funzionale dopo la guarigione. Va sottolineato anche l'effetto **indiretto**: infezioni da RSV negli adulti possono essere ora diagnosticate migliorando sia la sorveglianza di RSV, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità con la Rete Respivirnet **sia trattamenti con antibiotici inappropriati** (uno studio italiano su pazienti > 50 anni ha rilevato uso di antibiotici nel 50% dei casi di RSV, contribuendo all'antibiotico-resistenza).

Co-circolazione virale e co-infezioni

Un elemento di grande rilevanza è che questi virus **possono circolare contemporaneamente**. La stagione invernale 2022-23 ha visto un'insolita anticipazione dell'epidemia influenzale e un piccolo precoce di RSV in Europa, in parallelo con ondate di COVID-19. La **co-circolazione** di influenza, RSV, SARS-CoV-2 (e altri virus respiratori comuni) aumenta la probabilità di **co-infezioni** nello stesso paziente e di **sovrapposizione di epidemie**. Le co-infezioni sono particolarmente pericolose: evidenze cliniche indicano che la co-infezione **influenza + COVID-19 raddoppia circa il rischio di morte** rispetto alla sola COVID-19, oltre a prolungare le degenze ospedaliere. Anche co-infezioni virus-batteri (es. influenza + pneumococco) incrementano marcatamente la gravità clinica. Uno studio britannico durante la pandemia ha mostrato che nei pazienti ospedalizzati con COVID-19, la concomitante influenza comportava una letalità doppia rispetto a COVID-19 da solo. Questo effetto sinergico negativo è confermato da studi di laboratorio, che hanno documentato come un'infezione da virus influenzale possa facilitare l'infezione da SARS-CoV-2 a livello cellulare. La presenza concomitante di più virus può inoltre causare ondate sovrapposte che mettono sotto pressione gli ospedali ed i servizi sanitari: a fine 2022 l'ECDC ha avvertito che la circolazione contemporanea di RSV, influenza e COVID-19 avrebbe potuto portare a **forte pressione sui sistemi sanitari europei**, con aumento di ricoveri pediatrici per bronchioliti da RSV e possibili carenze di personale sanitario per malattia.

In sintesi, le evidenze attuali sottolineano la necessità di un **approccio integrato**: proteggere la popolazione attraverso la **vaccinazione multipla** mirata contro i principali patogeni respiratori può prevenire non solo le singole malattie, ma anche le loro pericolose interazioni (co-infezioni e complicanze batteriche secondarie).

LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI - ITALIA E CONTESTO INTERNAZIONALE

Linee guida nazionali e Regionali (Italia)

Le strategie vaccinali in Italia per la stagione 2025-2026 si sono basate sulle indicazioni di Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). In particolare, il Ministero emana annualmente specifiche **Circolari** per le campagne vaccinali antinfluenzale e anti-Covid, elaborate dalla Direzione Generale Prevenzione in collaborazione con ISS e le Regioni e le Province Autonome.

Influenza

La Circolare Ministeriale *“Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2025-2026”* (pubblicata il 25 luglio 2025) fornisce le indicazioni per la vaccinazione antinfluenzale. In continuità con gli anni precedenti, il vaccino antinfluenzale è **raccomandato per tutte le persone a partire dai 6 mesi di età**, in assenza di controindicazioni, e in particolare per le categorie a rischio. I destinatari prioritari dell'offerta attiva e gratuita sono: i **bambini da 6 mesi a 6 anni**, gli **anziani di età ≥60 anni**, le **donne in qualsiasi trimestre di gravidanza**, gli **operatori sanitari**, e le persone di qualsiasi età con patologie croniche che aumentano il rischio di complicanze in caso di influenza (es. malattie cardiovascolari, respiratorie, diabete, insufficienza renale, immunodeficienze). Inoltre il Ministero consiglia la vaccinazione anche ai conviventi e caregiver di persone fragili e con comorbidità riconoscendo l'importanza dell'immunizzazione “a cocoon” (bozzolo) per migliorare la protezione delle persone fragili e con comorbidità. La Circolare ribadisce che la vacci-

nazione antinfluenzale va idealmente avviata ad inizio ottobre (40^a settimana dell'anno) e offerta per tutta la stagione invernale. Si adottano i vaccini trivalenti aggiornati secondo le raccomandazioni OMS sulla composizione (per il 2025-26 l'OMS ha indicato ceppi aggiornati AH1N1, AH3N2, B/Victoria). L'offerta vaccinale in Italia è gratuita per le categorie a rischio identificate dal Ministero (come da Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-25) e diverse Regioni estendono attivamente la gratuità anche ad altri gruppi per migliorare le coperture (ad es. alcune regioni, ad esempio Lombardia e Liguria, offrono gratuitamente il vaccino a tutta la popolazione). L'obiettivo di sanità pubblica è raggiungere almeno il **75% di copertura negli over-65**, target minimo indicato da OMS e UE, anche se finora l'Italia è ferma ad una copertura del 52.5% nella stagione 2024/2025 in questa fascia. Va sottolineato come i vaccini anti-influenzali vadano utilizzati in modo appropriato. **La Circolare Ministeriale "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2025-26" indica la vaccinazione con vaccino adiuvato nelle persone con età pari o superiore a 50 anni o con vaccino ad alto dosaggio nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni. La stessa Circolare raccomanda la vaccinazione per persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza. Inoltre, con Circolare 23.12.2025, il Ministero della Salute conferma il monitoraggio delle forme gravi e complicate da virus respiratori confermate in laboratorio per la stagione 2025-2026.**

Gli indirizzi ministeriali possono avere specifiche e proprie applicazioni da parte delle Regioni. Si propone a titolo esemplificativo una sintetica revisione delle indicazioni/raccomandazioni disposte da alcune Regioni.

■ La **Regione Lombardia** ha incluso nelle indicazioni ufficiali per la campagna antinfluenzale 2025-2026 l'utilizzo sia del vaccino **adiuvato** (vaccino inattivato trivalente con adiuvante MF59) sia del vaccino **ad alto dosaggio** (vaccino "split" ad alto dosaggio) per la popolazione

anziana. In particolare, la nota regionale lombarda indica l'utilizzo del vaccino ad alto dosaggio per i soggetti >75 anni e per gli ospiti delle RSA e l'utilizzo del vaccino adiuvato per i soggetti fra i 60 ed i 75 anni e per i pazienti con cronicità fra i 50 ed i 59 anni. Ciò conferma la raccomandazione esplicita, in ambito regionale, di impiegare vaccini potenziati (adiuvati o ad alto dosaggio) per offrire maggiore protezione agli anziani ed ai pazienti cronici.

- La **Regione Liguria** ha raccomandato l'utilizzo di **vaccini potenziati** per gli anziani nella stagione 2025-26 indicando l'utilizzo del vaccino antinfluenzale ad alto dosaggio nei soggetti di età pari o superiore a 75 anni e ospiti nelle RSA e l'uso del **vaccino adiuvato** nei soggetti di età compresa fra 60 e 74 anni; riconferma inoltre l'indirizzo di protezione di gruppi di popolazione a rischio.
- La **Regione Veneto** ha raccomandato, con proprie disposizioni, l'uso di **vaccino antinfluenzale adiuvato** per i soggetti ≥65 anni nella stagione 2025-2026. Le indicazioni regionali prevedono inoltre il vaccino antinfluenzale trivalente (virione split inattivato) 60 microgrammi HA/ ceppo per gli ospiti nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali. Infine per i soggetti fra 7-60 anni con condizioni di rischio viene indicato il vaccino trivalente.
- La **Regione Emilia-Romagna** ha diramato una circolare (Prot. n. 5 del 18/08/2025) che include esplicitamente le modalità d'uso dei vaccini adiuvati e ad alto dosaggio per la campagna 2025-2026. In tali indicazioni, si prevede l'offerta del vaccino **potenziato** ai soggetti anziani (over 65 anni, con estensione anche over 50 anni con patologie croniche e a maggior rischio di complicanze associate). La Circolare Regionale riporta una suddivisione dei vaccini per tipologia, in cui il vaccino adiuvato costituisce una quota importante delle dosi destinate agli anziani, e viene menzionato il vaccino **ad alto dosaggio** come ulteriore strumento per potenziare la protezione negli anziani.

- Nella **Regione Toscana** le Autorità Sanitarie Regionali, con propria Circolare, hanno esPLICITATO l'uso di vaccini ad alto dosaggio per gli anziani più fragili nella stagione 2025-2026. La campagna antinfluenzale è partita il 1° ottobre nelle RSA, dove è stato **somministrato il vaccino antinfluenzale ad alto dosaggio** agli ospiti, in co-somministrazione con l'anti-Covid. Inoltre, la Regione Toscana ha deciso **di estendere il vaccino ad alto dosaggio a tutte le persone con più di 80 anni** “al fine di garantire una maggiore protezione della popolazione fragile”. Contestualmente, la vaccinazione antinfluenzale è gratuita per tutti gli over-60 e categorie a rischio.
- Nella **Regione Campania** le Autorità regionali hanno definito le raccomandazioni di utilizzo dei vaccini antinfluenzali indicando il **vaccino adiuvato** nei soggetti fra 60 e 64 anni con patologie che aumentano il rischio di complicanze correlate all'influenza e nei soggetti di età compresa fra 65 e 74 anni; **il vaccino ad alto dosaggio** è invece indicato nei soggetti di età pari o superiore a 75 anni indipendentemente dallo stato di salute e per i residenti nelle RSA e per i pazienti delle lungodegenze.
- La **Regione Marche** ha emanato una circolare operativa che **distingue chiaramente l'impiego di vaccini adiuvati e ad alto dosaggio per classi di età** nella stagione 2025-2026. In particolare, la Circolare regionale Marche raccomanda *“l'utilizzo del vaccino potenziato adiuvato nella fascia d'età >65-84 anni, e del vaccino potenziato ad alto dosaggio per le persone ricoverate presso strutture per lungodegenti e popolazione anziana over 65 anni.* Il documento regionale elenca infatti tra le forniture **“Vaccino trivalente adiuvato”** (182.600 dosi) e **“Vaccino trivalente ad alto dosaggio –** (61.600 dosi) acquisiti per la campagna, a conferma della scelta di raccomandare queste formulazioni potenziate nella popolazione anziana.
- La **Regione Lazio**, con propria disposizione ha indicato per le persone da 65 a 84 anni **il vaccino adiuvato** e per le persone > 85 anni

il **vaccino ad alto dosaggio** nella campagna antinfluenzale 2025-2026 con l'obiettivo di potenziare la protezione degli anziani più longevi. Ha inoltre confermato la vaccinazione per persone con patologie croniche e compromissione del sistema immunitario in coerenza con la Circolare del Ministero della Salute.

- La **Regione Sicilia** con proprio Decreto Assessorile ha raccomandato nella campagna antinfluenzale 2025-2026 per le persone di età pari o > 60 anni di età l'utilizzo dei vaccini potenziati ed inoltre il vaccino trivalente ad alto dosaggio per i soggetti ≥65 anni fragili istituzionalizzati, ospiti delle residenze sanitarie assistenziali, degenti in casa di riposo e/o di cura.

COVID-19

Il Ministero della Salute ha emanato la circolare *“Indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2025/2026 anti COVID-19”* (22 settembre 2025) di indirizzo anche per le Regioni. Tale documento, basato sulle evidenze scientifiche più recenti e sui pareri del NITAG nazionale, **riallinea la strategia vaccinale COVID alle attuali esigenze endemiche**. Viene indicato l'uso di vaccini monovalenti **aggiornati alla variante Omicron LP.8** (discendente di XBB) per la campagna vaccinale 2025/26. **Una dose di richiamo annuale** del vaccino aggiornato è **raccomandata attivamente** alle seguenti categorie prioritarie:

1. **Persone di età ≥60 anni.**
2. **Ospiti di strutture residenziali per anziani o lungodegenti.**
3. **Donne in gravidanza o nel postpartum** (in qualsiasi trimestre, comprese le puerpere e le madri che allattano).
4. **Operatori sanitari e socio-sanitari** (personale di assistenza in ospedale e sul territorio, inclusi studenti in tirocinio e personale in formazione).
5. **Persone di età 6 mesi-59 anni con alta fragilità** per patologie o condizioni predisponenti a COVID grave. La circolare elenca dettagliatamente le condizioni cliniche incluse (malattie croniche respiratorie come BPCO e asma grave, cardiopatie e scompenso, diabete, obesità severa, insufficienza renale, emoglobinopatie,

tumori e terapie immunosoppressive, trapiantati, immunodeficienze primitive o acquisite, sindrome di Down, cirrosi, gravi disabilità, ecc.).

Inoltre, il Ministero **consiglia la vaccinazione** anche ai **conviventi e caregiver di persone con gravi fragilità**, riconoscendo l'importanza dell'immunizzazione "a cocoon" (bozzolo) per proteggere indirettamente i più fragili con comorbidità. A tutte queste categorie la dose booster aggiornata viene offerta gratuitamente (acquisto centralizzato a carico SSN). La circolare sottolinea che la dose di richiamo è **annuale** e che un'eventuale infezione recente da SARS-CoV-2 *non costituisce controindicazione* alla vaccinazione (il booster può essere somministrato dopo la guarigione). Si prevede **anche la vaccinazione primaria** con singola dose di vaccino aggiornato per chi non avesse mai ricevuto alcuna dose finora. Si segnala questo importante punto organizzativo: è **possibile la co-somministrazione** del vaccino COVID aggiornato con altri vaccini, **in particolare con l'antinfluenzale**, senza necessità di intervallo (salvo specifiche avvertenze su singoli prodotti). Questa indicazione facilita le campagne combinate influenza + COVID nelle stesse sedute vaccinali.

Pneumococco

La prevenzione pneumococcica rientra nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) e nel Calendario vaccinale per la vita vigenti. In Italia è **raccomandata e offerta attivamente** la vaccinazione antipneumococcica agli **anziani (65 anni)** e ai soggetti di qualsiasi età con condizioni di rischio per patologie croniche come da PNPV (es. diabete, cardiopatie, BPCO, immunocompromissione, etc.). Il calendario vaccinale attuale prevede tuttora tipicamente la **somministrazione sequenziale di PCV13 seguita da PPSV23** a distanza di almeno 8 settimane per i nuovi sessantacinquenni e per i pazienti a rischio non precedentemente vaccinati. Tuttavia, con l'approvazione di nuovi vaccini coniugati ad ampio spettro (PCV15 dal 2022 e **PCV20/PCV21 dal 2023-25**), le strategie possono variare: ad esempio, **l'uso singolo di PCV20 o di PCV 21 (in presenza di condizioni di rischio)** in sostituzione del

ciclo PCV13 + PPSV23 è **raccomandato da ACIP negli USA ed è utilizzato anche in alcuni Paesi in Europa (Italia inclusa)** per semplificare i cicli vaccinali. A maggio 2025, AIFA ha inoltre **autorizzato in Italia** l'uso del nuovo **vaccino 21-valente** negli adulti. Questo vaccino (approvato da EMA) copre 21 ceppi di *Streptococcus pneumoniae*, compresi 8 sierotipi ulteriori. Si osserva che i vaccini PCV 20 e PCV 21 non contengono gli stessi ceppi. La disponibilità di PCV21 mette a disposizione della sanità pubblica un ulteriore **strumento per la strategia vaccinale pneumococcica per gli adulti**, integrando le raccomandazioni correnti per il PCV 20 per i pazienti fragili in condizioni di rischio. I vaccini coniugati di ultima generazione (PCV20 e PCV21) **riducono peraltro il rischio di ospedalizzazione** per polmonite e malattia invasiva, e contribuiscono all'immunità di comunità limitando la circolazione dei diversi ceppi del batterio. Le Regioni già garantiscono la **gratuità** dell'antipneumococcica nelle categorie indicate dal PNPV; una sfida attuale è incrementare le coperture, oggi 30% negli anziani (contro un obiettivo del 75%).

La **Regione Lombardia** con Circolare del 25.09.2025 ha adottato uno schema per la vaccinazione anti-pneumococco nell'adulto "...negli ospiti RSA e nella popolazione ad alto rischio già vaccinata con vaccino PCV15/PCV20: si propone la rivaccinazione con vaccini anti-pneumococcico V116 dopo almeno un anno dalla vaccinazione precedente. Il contesto delle RSA rappresenta un caso particolare: in caso di pazienti fragili e ad alto rischio è possibile valutare la possibilità di rivaccinare con V116 dopo un anno con una dose precedente di PCV20. Negli ospiti RSA e nella popolazione ad alto rischio non vaccinata o vaccinata con vaccino diverso da PCV15/PCV20: si propone la vaccinazione con vaccino anti-pneumococcico PCV20, seguito dal vaccino anti-pneumococco V116 dopo almeno un anno, per la popolazione generale a partire dalla coorte dei 65 anni e nella popolazione non ad alto rischio, non vaccinata oppure già vaccinata con vaccino diverso da PCV20, si propone la vaccinazione con vaccino anti-pneumococco PCV 20-valente..."; è **indicata la co-somministrazione con altri vaccini**.

La **Regione Puglia** con Circolare 02.03.2026 ha aggiornato la strategia di **vaccinazione anti-pneumococcica nell'adulto e nell'anziano alla luce della** dismissione del vaccino anti-pneumococco 23-valente, con l'indicazione dal 30.06.2026 della scheda sequenziale con PCV20 seguito, a distanza di otto settimane, del vaccino PCV21 per i soggetti > 18 anni di età in condizioni di fragilità e rischio per patologie croniche come da PNPV per i soggetti vaccinati da 5 o più anni con scheda sequenziale è indicata la somministrazione di una dose di PCV21 qualora persista la condizione di fragilità per i soggetti nel corso del 65° anno di vita l'indicazione è per l'utilizzo del vaccino PCV 20-valente e per i soggetti già vaccinati con scheda sequenziale e che necessitano di richiamo l'utilizzo del vaccino PCV 21-valente.

La **Regione Emilia Romagna** nel Documento tecnico marzo 2024 "Raccomandazioni e offerte vaccinali per condizioni di rischio 2023-2025 in attuazione del Piano regionale per la prevenzione vaccinale 2023-2025" ha indicato l'utilizzo, con schede specifiche, dei vaccini anti-pneumococco PCV/PPSV in particolare per soggetti adulti in condizioni di rischio per patologie croniche; **è indicata la co-somministrazione con altri vaccini.**

La **Regione Veneto** con Circolare 18.08.2023 ha definito l'aggiornamento della strategia vaccinale regionale in particolare per l'offerta vaccinale, con schede specifiche, anche per condizioni di rischio da patologie croniche indicando l'utilizzo del vaccino anti-pneumococcico PCV/PPSV; **è indicata la co-somministrazione con altri vaccini.**

La **Regione Campania** con Circolare 06.08.2025 per la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2025-26 è indicata la vaccinazione anti-pneumococcica **in co-somministrazione.**

La **Regione Liguria** con Circolare 11.08.2025 per la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2025-2026 è indicata la vaccinazione anti-pneumococcica **in co-somministrazione.**

La **Regione Toscana** con Deliberazione 777 del 01.07.2024 allegato B "Calendario vaccinale della

Regione Toscana e direttive in materia di vaccinazioni aggiornamento 2024" indica per la popolazione adulta dalla coorte 65 anni la vaccinazione anti-pneumococcica con vaccino PCV 15 o PCV 20 con la possibile successiva somministrazione di PPVS 23 nel caso di precedente PCV 15; è raccomandata la vaccinazione anti-pneumococcica per i soggetti in condizioni di rischio con patologie croniche; **è indicata la co-somministrazione con altri vaccini.**

La **Regione Marche** con la Circolare 22.09.2025 per la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2025-2026 indica **la co-somministrazione** della vaccinazione anti-pneumococcica.

La **Regione Lazio** con la Circolare 06.10.2025 per la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2025-2026 allegato "programma di vaccinazione con vaccino anti-pneumococcico" indica l'utilizzo del vaccino PCV 20-valente (il vaccino PPVS 23-valente fino ad esaurimento delle scorte) per persone di età ≥65 anni e per persone comprese fra 18 anni e < 65 anni per la presenza di patologie croniche; **è indicata la co-somministrazione con altri vaccini.**

La **Regione Sicilia** con Decreto Assessorile 175 del 2024 indica "...la vaccinazione sequenziale con vaccino anti-pneumococcico coniugato seguito, in via ordinaria dopo un anno, da vaccinazione anti-pneumococcica polisaccaridica per tutti i soggetti con patologie cronico-degenerative, a partire dal 19esimo anno di vita e per tutti gli over 60 indipendentemente dalla coesistenza di altri fattori di rischio. Non è indicata rivaccinazione con vaccini a maggiore valenza in soggetti già correttamente vaccinati in passato con strategia sequenziale..."; **è indicata la co-somministrazione con altri vaccini.**

RSV

Riguardo al virus respiratorio sinciziale, **l'Italia sta muovendo i primi passi** verso l'introduzione di strumenti immunoprofilattici sia in ambito pediatrico che negli anziani. Ad oggi, il PNPV non include ancora una raccomandazione universale per la vaccinazione anti-RSV negli adulti, ma il tema è molto attuale. Sul fronte degli **anziani**, nel 2023 sono stati autorizzati in UE e USA i primi

vaccini RSV per adulti ≥ 60 anni (vaccino a subunità con adiuvante AS01_E e vaccino a subunità bivalente non adiuvato). **Alcuni Paesi europei** hanno già avviato programmi per gli ultra-sessantenni: *Germania, Francia, Spagna, Regno Unito* hanno introdotto l'immunizzazione anti-RSV negli anziani (tramite offerta attiva o rimborso).

In Italia, al momento la vaccinazione anti-RSV degli adulti fragili non è ancora inclusa nei calendari vaccinali ufficiali eccetto per la Regione Sicilia con offerta tramite Decreto Assessorile 725/2024 riconfermato nella campagna vaccinale 2025-2026, per adulti > 60 anni con fragilità e > 75 anni. La Regione Campania con la Circolare 06.08.2025 per la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2025-2026 indica la possibile co-somministrazione del vaccino RSV con altri vaccini.

Tuttavia, c'è forte pressione da parte della comunità scientifica e dei pazienti affinché anche il nostro Paese segua l'esempio: a ottobre 2025, specialisti di varie discipline e associazioni pazienti hanno lanciato un appello per *inserire la vaccinazione anti-RSV negli adulti nei programmi di prevenzione pubblica al pari di influenza e pneumococco*. Il **Board del Calendario per la Vita** – che riunisce società scientifiche come SITI, SIP, FIMMG, FIMP e SIMG – ha già pubblicato nel 2025 un capitolo specifico sull'immunizzazione anti-RSV, auspicando che i nuovi vaccini vengano offerti attivamente agli anziani e ai fragili appena disponibili. In particolare, il Calendario per la Vita 2025 sottolinea che le vaccinazioni **anti-COVID e anti-RSV** devono diventare, insieme all'antinfluenzale, **pilastri per la tutela della salute della popolazione adulta**, estendendo la protezione contro patologie molto pericolose specialmente per anziani e cronici. Ci si attende quindi che, non appena valutata la sostenibilità economica, anche l'Italia attivi campagne vaccinali anti-RSV per gli over-60 (magari iniziando dai 75+ o dai fragili, in analogia alle indicazioni di altri Paesi). Va ricordato che le **Linee guida internazionali** (es. CDC, vedi oltre) già forniscono raccomandazioni dettagliate su quali gruppi di adulti dovrebbero ricevere il vaccino RSV.

In sintesi, il quadro normativo italiano per il 2025-'26 prevede **campagne vaccinali mirate**: antinfluenzale per ≥ 60 , fragili, bambini e sanitari; richiamo COVID per anziani, fragili, sanitari e gravide; antipneumococco a 65enni e fragili (con nuovi vaccini disponibili); e l'avvio dell'immunoprofilassi RSV in neonati (monoclonale) e possibilmente l'inserimento a breve della vaccinazione RSV per anziani. Tutte queste iniziative sono offerte **gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale** alle categorie raccomandate, secondo quanto stabilito dal PNPV 2023-2025.

Raccomandazioni internazionali (OMS, ECDC, CDC)

Le linee guida internazionali convergono sulla necessità di proteggere le categorie a rischio tramite vaccinazioni stagionali.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

L'OMS attraverso il suo Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) aggiorna periodicamente la strategia vaccinale globale. Nel marzo 2023, l'OMS ha ridefinito la **roadmap delle priorità per i vaccini COVID-19**, riconoscendo che gran parte della popolazione mondiale ha ormai immunità da vaccino o infezione e dunque raccomandando di concentrare gli sforzi di booster sui gruppi ad **alta priorità**: *anziani, adulti con comorbidità significative (es. diabete, cardiopatie), immunodepressi, donne in gravidanza e operatori sanitari di particolari categorie*. Per questi gruppi l'OMS **consiglia un richiamo aggiuntivo ogni 6-12 mesi** a seconda del rischio, mentre **non raccomanda booster ulteriori di routine** per adulti sani di mezza età né per bambini, data la ridotta utilità sanitaria in questi gruppi. Questo orientamento – focalizzare le risorse sui vulnerabili – è in linea con la strategia italiana per i booster COVID. Riguardo all'**influenza**, l'OMS da anni promuove la vaccinazione annuale delle categorie a rischio (anziani, cronici, gravide, sanitari, bambini piccoli); l'**obiettivo internazionale** (già fissato dal Piano d'azione globale influenza OMS e dal Consiglio UE) è di raggiungere almeno il **75% di copertura**

negli ultra65enni. Purtroppo, molti Paesi, Italia compresa, sono lontani da questo target, che tuttavia rimane un riferimento strategico. Per l'**RSV**, nell'agosto 2023, il SAGE ha esaminato i nuovi vaccini e *ha raccomandato di offrire la vaccinazione agli anziani*, in particolare ai **≥60 anni** magari dando priorità alle classi d'età più elevate o ai soggetti con comorbidità, in base alle risorse disponibili (questa raccomandazione è stata adottata da vari Paesi occidentali). Complessivamente, l'OMS enfatizza un approccio "life-course" alla vaccinazione: gli adulti e anziani, non solo i bambini, dovrebbero beneficiare delle vaccinazioni per un **invecchiamento in buona salute** (*healthy aging*). Malattie come influenza, polmonite pneumococcica, COVID-19 e ora RSV sono indicate dall'OMS come *priorità per la prevenzione negli anziani*, per ridurre la mortalità e sostenere l'invecchiamento in salute.

Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC)

L'ECDC fornisce valutazioni del rischio e linee guida di sanità pubblica per l'UE. In vista dell'inverno, l'ECDC ha sottolineato il rischio di **pressione sul sistema sanitario dovuto alla circolazione concomitante di influenza, RSV e SARS-CoV-2**, e ha invitato gli Stati membri a intraprendere specifiche azioni: **rafforzare la vaccinazione antinfluenzale e anti-COVID nei gruppi a rischio**, assicurare la profilassi con anticorpi anti-RSV ai lattanti ad alto rischio, aumentare l'allerta diagnostica tra i clinici e preparare gli ospedali a un possibile aumento dei ricoveri (in particolare nei reparti pediatrici e di terapia intensiva). Inoltre, l'ECDC evidenzia l'importanza di misure di prevenzione complementari (igiene, utilizzo di mascherine in contesti affollati, isolamento domiciliare in caso di malattia) per ridurre la trasmissione simultanea di virus respiratori. Riguardo alle vaccinazioni, l'ECDC supporta gli obiettivi OMS di copertura influenza **≥75%** negli anziani, e monitora i tassi di accettazione vaccinale nei Paesi UE, evidenziando le **disparità** (nel 2023 solo pochi Paesi del nord Europa hanno superato il 70% di copertura antinfluenzale negli ultra-sessantacinquenni, mentre altri – tra

cui l'Italia – sono intorno al 50-55%). Per il **vaccino anti-RSV negli anziani**, l'ECDC ha assunto un ruolo di coordinamento dati: attualmente lascia la decisione ai singoli Paesi, ma collabora con EMA per valutare l'impatto. Alcuni Paesi UE (come citato prima) hanno già lanciato programmi pilota di vaccinazione RSV in soggetti di età **≥60** o **≥65** anni, fornendo evidenze preliminari: ad esempio la Scozia (UK) vaccinando gli adulti 75-79 anni ha osservato una **riduzione del 62% dei ricoveri** per RSV nel primo anno rispetto al dato storico in assenza di vaccinazione. Questi dati europei incoraggiano ad adottare tale strategia. L'ECDC inoltre richiama l'attenzione sulle **epidemie di RSV in RSA (residenze sanitarie assistite)**, che possono avere tassi di letalità significativi tra gli anziani fragili residenti – ulteriore motivo per proteggere questa popolazione, potenzialmente con vaccinazione di ospiti e personale.

Centers for Disease Control (CDC) - USA

Negli Stati Uniti le raccomandazioni vaccinali adulti, formulate dall'ACIP e recepite dai CDC, sono state recentemente aggiornate. Per l'**influenza**, gli USA adottano da anni la strategia della **vaccinazione universale annuale per tutti gli individui ≥6 mesi di età**, con particolare enfasi sui soggetti di età **≥65** anni (per i quali sono disponibili vaccini specifici ad alto dosaggio, ricombinante o con adiuvante) e fragili. Per il **COVID-19**, dal settembre 2023 il CDC raccomanda una dose di **vaccino aggiornato annuale per tutti i soggetti di età ≥5 anni**, e per i bambini < 5 anni con particolari condizioni, in base alle dosi pregresse. Di fatto negli USA il richiamo COVID è consigliato in autunno a tutta la popolazione (pur con maggiore insistenza sui vulnerabili), un approccio più esteso rispetto all'Europa.) Un'altra importante novità riguarda l'**RSV negli adulti**: nel 2023, a seguito dell'approvazione FDA dei vaccini RSV, l'ACIP inizialmente ha espresso una raccomandazione "case-by-case" per gli adulti **≥60** anni. Successivamente, nel 2024, il CDC ha raffinato le indicazioni basandosi sul profilo rischio/beneficio: **consiglia ora la vaccinazione RSV a tutti gli adulti a**

partire dai 75 anni, e agli adulti **50-74 anni con fattori di rischio per malattia grave**. I fattori di rischio elencati dal CDC includono malattie croniche cardiache o polmonari, diabete, condizioni di immunocompromissione, residenza in strutture per anziani, ecc. In assenza di controindicazioni, un adulto ≥ 75 anni dovrebbe dunque ricevere una dose di vaccino RSV in autunno. Il CDC sottolinea che *al momento il vaccino RSV non va somministrato ogni anno*: la protezione stimata dura almeno 2 anni; quindi, chi ha già ricevuto una dose (ad es. nel 2023-24) **non deve ripetere** la vaccinazione l'anno successivo. Si attenderanno dati sul declino dell'immunità per definire la cadenza ottimale dei richiami. Il CDC raccomanda di somministrare il vaccino RSV **alla fine dell'estate o inizio autunno**, prima dell'inizio della stagione di circolazione (negli USA indicativamente tra agosto e ottobre). Riguardo all'**antipneumococco**, gli Stati Uniti hanno recentemente semplificato lo schema: **dal 2024** l'ACIP raccomanda che *tutti gli adulti ≥ 65 anni* non ancora vaccinati ricevano **una singola dose di vaccino PCV20, o una singola dose di PCV21, senza necessità di ulteriori dosi**, oppure in alternativa **una dose di PCV15 seguita da PPSV23**. Anche *gli adulti tra 19 e 64 anni con condizioni a rischio elevato* devono effettuare una vaccinazione antipneumococcica, **con le stesse raccomandazioni indicate per i soggetti ≥ 65 anni**. L'adesione a queste raccomandazioni in USA sta portando a coperture migliori e semplifica la protezione contro le polmoniti. Infine, il CDC/ACIP ribadisce la **co-somministrazione**: è prassi negli USA offrire **nello stesso appuntamento vaccinale** tutti i vaccini necessari (per esempio, Influenza + COVID + RSV + pneumococco negli anziani in autunno), pratica considerata sicura ed efficace per migliorare le coperture.

In sintesi, il contesto internazionale sostiene con forza la vaccinazione degli adulti e anziani contro influenza, COVID-19, pneumococco e RSV. **OMS, ECDC e CDC** concordano sulla priorità di proteggere i soggetti a rischio (per età avanzata, comorbidità o esposizione professionale), sull'integrazione della vaccinazione anti-COVID nel calendario

stagionale come ormai avviene per l'influenza, e sull'opportunità di introdurre i nuovi strumenti (vaccini RSV) per colmare un gap storico nella prevenzione delle infezioni respiratorie nell'anziano. Gli obiettivi di copertura fissati a livello globale ($\geq 75\%$ anziani per influenza e pneumococco, etc.) forniscono un riferimento importante per misurare i progressi delle campagne nazionali.

Raccomandazioni per Personale Sanitario e Soggetti Fragili

Operatori sanitari

Il personale sanitario riveste un duplice ruolo nelle strategie vaccinali: è una categoria da proteggere in quanto esposta a maggior rischio di infezione ed è al contempo un potenziale veicolo di trasmissione (stato di portatore o di malattia iniziale) verso i pazienti fragili. **Vaccinare gli operatori sanitari** significa tutelare la loro salute, garantire la continuità assistenziale (riducendo assenze per malattia) e proteggere indirettamente i degenti e gli assistiti più vulnerabili. Le linee guida italiane e regionali riconoscono ciò: *la vaccinazione antinfluenzale è fortemente raccomandata per tutti gli operatori sanitari* delle RSA, degli ospedali e dei servizi territoriali. Anche per **COVID-19**, il Ministero della salute include *gli operatori sanitari e socio-sanitari* tra le categorie prioritarie per il booster annuale. Le Direzioni Sanitarie dovrebbero assicurare che ogni autunno tutti i dipendenti e collaboratori sanitari ricevano offerta attiva di vaccino antinfluenzale e anti-Covid aggiornato (idealmente in co-somministrazione, per ridurre le necessità di accesso ai servizi vaccinali). Inoltre, va ricordato che **gli operatori sanitari sotto i 60 anni** con condizioni di rischio clinico rientrano nelle categorie eleggibili anche per l'anti-pneumococco e per la futura vaccinazione RSV. Ad esempio, un infermiere diabetico o cardiopatico < 60 anni dovrebbe ricevere (in quanto fragile) anche il vaccino antipneumococcico una sola volta, e il vaccino COVID annuale secondo indicazione per patologia. **ANMDO raccomanda** di promuovere nei luoghi di cura una cultura della vaccinazione del personale, prevedendo programmi di **vaccinazione sul posto**

di lavoro (in ospedale e nelle RSA), e campagne informative dedicate. È dimostrato che la vaccinazione antinfluenzale degli operatori riduce le epidemie nosocomiali e la mortalità dei pazienti ricoverati (soprattutto in geriatria, oncologia, terapia intensiva). Nel contesto di co-circolazione virale, è fondamentale che il personale sia immune non solo all'influenza ma anche al COVID-19 e – se di età idonea – all'RSV, per evitare di contagiare pazienti fragili. Alcune regioni italiane hanno già offerto nel 2023 il vaccino RSV agli operatori sanitari ultra60enni attivi in reparti ad alto rischio (es. geriatrie, pneumologie), come misura precauzionale; questa pratica potrebbe essere estesa se i vaccini RSV saranno resi disponibili a livello nazionale. Per completare il quadro, si ricorda che il personale sanitario dovrebbe essere in regola anche con altre vaccinazioni: **antinfluenzale annuale**, anti-Covid, un richiamo decennale dTpa (difterite-tetano-pertosse), anti-epatite B (obbligatoria per legge), e in alcuni contesti anti-meningococco, varicella (se non immune) e anti morbillo-parotite-rosolia. **L'adesione vaccinale del personale** va monitorata come indicatore di qualità e sicurezza; strumenti come l'obbligo vaccinale (già applicato per COVID-19 nel 2021-22) e **l'offerta attiva gratuita sul luogo di lavoro** dovrebbero essere utilizzati secondo necessità per raggiungere coperture ottimali (idealmente > 95% per influenza e COVID tra gli operatori).

Soggetti fragili e anziani

Questa categoria eterogenea include *persone di età avanzata* (tradizionalmente ≥65 anni, anche se in Italia l'offerta antinfluenzale gratuita è stata abbassata a ≥60 anni – da promuovere attivamente) e *persone di qualsiasi età affette da patologie o condizioni che aumentano il rischio di forme gravi*. Le raccomandazioni specifiche per loro possono essere riassunte così:

- **Vaccino antinfluenzale:** raccomandato *ogni anno* a tutti i **≥60 anni** e ai **fragili 6 mesi-59 anni** con malattie croniche o stato di immunocompromissione. Gli anziani ≥65 dovrebbero preferenzialmente ricevere vaccini antinfluen-
- zali ad alto dosaggio o adiuvati (come raccomandato anche dalla Circolare Ministeriale). Per i fragili più giovani, qualunque vaccino trivalente è utilizzabile, purché somministrato annualmente. L'obiettivo minimo è **≥75% di copertura** in questi gruppi, ma come detto l'Italia è al ~ 52% negli ultra65enni: occorre dunque intensificare gli sforzi (campagne di sensibilizzazione, chiamate attive, coinvolgimento dei medici di famiglia e specialisti) per colmare questo gap.
- **Vaccino anti-COVID-19:** offrire *ogni anno in autunno* una dose di **richiamo aggiornata** a tutti gli **anziani ≥60** e ai **fragili di qualsiasi età** (inclusi i pazienti oncologici, dializzati, trapiantati, malattie croniche gravi, ecc. secondo indicazioni ministeriali). Come da circolare, questo richiamo è gratuito e consigliato anche a conviventi e caregiver stretti dei pazienti fragili. **Dato che la copertura vaccinale COVID tra gli anziani in Italia è crollata (solo 4,5% degli over-60 ha fatto il booster 2024-2025)**, c'è necessità urgente di rilanciare la fiducia e l'adesione: spiegare che, sebbene la pandemia sia terminata, *il virus continua a circolare* e per un anziano/fragile un richiamo annuale può prevenire polmoniti, ricoveri e morti. Va ribadito il concetto di **co-somministrazione sicura**: il vaccino COVID può essere fatto *insieme* all'antinfluenzale nella stessa seduta (una in ogni braccio), per ridurre gli accessi ai servizi vaccinali, e senza alcun detrimento all'efficacia. Ciò è importante perché semplifica il percorso vaccinale del paziente fragile (che spesso ha difficoltà a recarsi più volte presso i centri vaccinali). **Raccomandazione:** organizzare **ambulatori vaccinali "combinati"** per anziani dove in un unico appuntamento autunnale si somministrano tutti i vaccini necessari (Influenza, COVID e eventualmente sfruttare l'occasione opportuna per pneumococco/Herpes Zoster se mancanti).
- **Vaccino antipneumococcico:** garantire che **tutti gli adulti di 65 anni** vengano attivamente convocati per effettuare la vaccinazione antip-

neumococcica (meglio se in concomitanza con l'antinfluenzale di quell'anno). Inoltre, i medici curanti dovrebbero identificare i **pazienti al di sotto dei 65 con comorbidità** (es. cardiopatia, BPCO, diabete, asplenia, HIV, neoplasie, ecc.) e proporre la vaccinazione antipneumococcica anche a loro, indipendentemente dall'età, secondo le indicazioni del calendario (che include i fragili a partire dai 6 anni). Con l'attuale disponibilità di vaccini 20- e 21-valente, chi non è mai stato vaccinato dovrebbe preferibilmente ricevere uno dei due. In particolari situazioni, potrebbe anche essere valutata una vaccinazione sequenziale PCV20-PCV21 a distanza di 1 anno (per massimizzare la copertura sierotipica). Chi invece abbia già ricevuto in passato il PCV13+PPSV23 potrebbe valutare col medico l'opportunità di un ulteriore booster con PCV20/21 dopo almeno 5 anni dall'ultima vaccinazione, specie se permane ad alto rischio. L'importante è **aumentare l'attuale bassa copertura (< 30%)** tra gli anziani: ciò richiede uno sforzo congiunto di *Medici di Medicina Generale (MMG)* e Dipartimenti di prevenzione, Ospedali e RSA. I MMG dovrebbero inserire a sistema la chiamata attiva dei loro assistiti 65enni e fragili per antipneumococco (come già fanno per influenza). Le Direzioni possono incentivare questo approccio attraverso, ad esempio, feedback o obiettivi di performance nelle cure primarie. La prevenzione della polmonite pneumococcica è tanto più urgente oggi perché riduce le complicanze post-influenzali e post-COVID: uno studio italiano ha mostrato che gli anziani vaccinati per lo pneumococco avevano minori tassi di polmonite e mortalità durante l'ondata COVID iniziale. Dunque, investire in questa vaccinazione porta benefici potenzialmente complementari.

- **Vaccino anti-RSV (adulti e anziani):** non appena disponibile in ambito pubblico, sarà di fondamentale importanza *raccomandare la vaccinazione contro RSV agli anziani*, in particolare inizialmente ai **≥75 anni** e successivamente alla fascia 60-74 con comorbidità rilevanti, in ana-

logia alle indicazioni CDC (si richiama l'avvio della vaccinazione anti RSV da parte di Regione Sicilia). La schedula, come detto, è attualmente monodose (non annuale). Se le autorità italiane decideranno per un'introduzione graduale, è plausibile che seguano un criterio di età e fragilità: ad esempio, vaccinare prima ultra75enni, ultra60enni con patologie croniche e ospiti delle RSA. ANMDO sostiene questa implementazione, poiché le evidenze mostrano che il vaccino RSV negli anziani è *altamente efficace nel prevenire forme gravi e ospedalizzazioni*: dati "real-world" presentati al Congresso della Società Europea di Microbiologia Clinica e Malattie Infettive ESCMID 2025 indicano una **riduzione dell'82,3% dei ricoveri per infezioni delle basse vie da RSV** negli adulti > 60 anni vaccinati rispetto ai non vaccinati. Per i **soggetti fragili adulti < 60 anni**, ad esempio con BPCO grave o immunodeficienze, la protezione indiretta è fondamentale: vaccinando caregiver e familiari, e assicurando le altre vaccinazioni (influenza e pneumococco) degli stessi soggetti per ridurre il rischio di coinfezioni.

In generale, per i soggetti anziani e fragili la raccomandazione chiave è di **adottare un approccio vaccinale globale integrato**: durante la visita di controllo o al momento dell'offerta di un vaccino, il medico dovrebbe verificare lo status vaccinale completo del paziente tramite l'accesso all'anagrafe vaccinale. Ad esempio, un paziente diabetico di 70 anni in autunno dovrebbe idealmente ricevere **contestualmente** l'antinfluenzale, il booster COVID, l'antipneumococcica (se mai fatta prima) e, se disponibile, l'anti-RSV. Questo "vaccination package" multiplo massimizza la protezione prima dell'inverno. Studi dimostrano che la co-somministrazione di più vaccini è sicura e mantiene l'immunogenicità, migliorando al contempo l'adesione. È importante fornire alle fragili informazioni chiare sui benefici delle vaccinazioni multiple, che *non* indeboliscono il sistema immunitario, anzi lo stimolano in maniera mirata; gli eventi avversi concomitanti non aumentano significativamente rispetto alle vaccinazioni separate; e

soprattutto, prevenire queste infezioni può salvare loro la vita o evitare peggioramenti della malattia di base. Purtroppo, ancora circa **un quarto degli ultra-60/65enni in Italia dichiara di non volersi vaccinare contro le infezioni respiratorie** (percepibile come non pericolose o per scarsa fiducia). Una larga percentuale è invece esitante ma potenzialmente convincibile con **informazioni adeguate** (il 21-43% degli indecisi cambierebbe idea con messaggi più chiari dagli operatori). Pertanto, i MMG ed i Medici specialisti devono svolgere un ruolo **proattivo di counseling vaccinale**: ogni occasione di contatto col paziente fragile deve essere anche momento utile per raccomandare e offrire le vaccinazioni necessarie. Un messaggio univoco e personalizzato da parte dei curanti – del tipo *‘queste vaccinazioni sono importanti per lei, gliele consiglio vivamente’* – può aumentare sensibilmente le coperture.

Impatto Organizzativo e Gestionale per le Direzioni Sanitarie

L'implementazione di una strategia vaccinale multipla richiede un'attenta pianificazione organizzativa da parte delle Direzioni Sanitarie aziendali e regionali. Diversi aspetti vanno considerati.

1. Coordinamento delle campagne stagionali

Con più vaccini da somministrare nello stesso periodo (influenza, COVID e potenzialmente RSV in autunno, oltre all'offerta antipneumococcica e zoster in corso), è essenziale **integrare le campagne**. Ciò significa pianificare sessioni vaccinali in cui proporre **la co-somministrazione** di vaccini differenti. Le Circolari Ministeriali autorizzano esplicitamente la somministrazione concomitante di influenza e COVID, e studi supportano la co-somministrazione di RSV (negli studi clinici, i vaccini RSV sono stati testati ad esempio insieme all'antinfluenzale senza problemi significativi). Le Direzioni sanitarie, d'intesa con le Direzioni delle professioni sanitarie, dovrebbero predisporre **percorsi unificati**: ad esempio, all'interno degli ambulatori vaccinali adulti, creare “punti vaccinali polivalenti” dove l'utente può ricevere tutte le vaccinazioni raccomandate. Questo approccio

one-stop richiede formazione del personale per gestire più vaccini, modulistica integrata per consenso multiplo e stoccaggio adeguato di diversi prodotti nella stessa sede. Il beneficio atteso è una maggiore **efficienza** (meno accessi per utente) e **coperture più elevate**.

2. Gestione delle scorte e catena del freddo

Bisogna assicurare per la corrente stagione e le prossime venture l'approvvigionamento puntuale di tutti i vaccini necessari prima dell'inizio della stagione, con **dosi sufficienti** di vaccino antinfluenzale (in varie formulazioni per adulti), nuove dosi booster COVID (che verranno distribuite centralmente), e possibilmente delle dosi di vaccino RSV per anziani (qualora il Ministero ne finanzi l'offerta). La **logistica** deve essere sotto controllo per mantenere la catena del freddo di più tipologie di vaccini contemporaneamente, organizzando consegne scaglionate, dando priorità ai vaccini specificatamente raccomandati per la popolazione anziana fragile che dovrebbero vaccinarsi tempestivamente ad inizio campagna. Le farmacie ospedaliere e territoriali dovranno predisporre spazi refrigerati aggiuntivi ove necessario. Fondamentale è anche evitare sprechi: programmare gli ordini sulla base delle adesioni attese, tenendo conto dell'esperienza precedente (nelle scorse stagioni, molte dosi COVID rimasero inutilizzate per scarsa domanda). Un buon coordinamento con i MMG e i servizi vaccinali può consentire di **redistribuire rapidamente** eventuali eccedenze da un setting all'altro. L'introduzione di nuovi vaccini (es. RSV) andrà monitorata attentamente in termini di utilizzo vs. scorte.

3. Personale e formazione

Le campagne concomitanti potrebbero gravare sul personale sanitario addetto alle vaccinazioni. È opportuno valutare la necessità di **personale aggiuntivo o di supporto** nei periodi di picco (es. ottobre-novembre), magari richiamando personale in formazione o volontari (come già fatto in pandemia). Va garantita un'adeguata **formazione del personale sanitario** riguardo ai nuovi vaccini sulla base delle indicazioni AIFA: per esempio, in-

formare medici e infermieri sulle indicazioni dei vaccini RSV e su eventuali precauzioni aggiuntive. Inoltre, tutto il personale deve essere addestrato alla co-somministrazione (sede diversa di iniezione, registrazione multipla delle dosi in anagrafe vaccinale). Serve anche formare gli operatori all'**ascolto delle esitazioni**: come comunicare efficacemente con le persone esitanti, fornendo spiegazioni semplici e rassicuranti, dato che il 42% degli italiani lamenta *confusione informativa* sulle vaccinazioni e chiede comunicazioni più chiare da parte di esperti.

4. Strategie per la copertura della popolazione target

Un punto chiave organizzativo è **raggiungere la popolazione target**. Si auspica che l'**Anagrafe Vaccinale Nazionale** (AVN) possa diventare uno strumento pienamente utile alle Direzioni Sanitarie, con opportuno potenziamento dei Sistemi Regionali correlati e con particolare riferimento alla popolazione candidabile per le vaccinazioni raccomandate.

Altro strumento rilevante da implementare è l'invito su chiamata per patologia, attualmente in capo ai MMG, anche tramite la lettera di dimissione, indicando le vaccinazioni raccomandate sulla base delle diagnosi rilevate durante il ricovero.

Resta inteso che le Direzioni sanitarie di ospedali, RSA, e poliambulatori hanno la facoltà di proporre la somministrazione delle vaccinazioni raccomandate per i pazienti presi in carico.

In tale ambito, l'uso di **sistemi digitali per prenotazione e reminder** è ancora poco diffuso (solo l'8% delle aziende ha investito in piattaforme dedicate): qui le Direzioni dovrebbero spingere per soluzioni informatiche user-friendly (es. possibilità di prenotare online il proprio appuntamento vaccinale e ricevere promemoria automatici).

La **prossimità** è un fattore chiave: negli ultimi anni molte ASL hanno attivato nuovi hub vaccinali e ampliato la rete territoriale (il 47,6% ha aperto nuovi centri vaccinali dopo la pandemia), e la collaborazione con le **farmacie** è stata un successo (nelle farmacie italiane, previa formazione specifi-

ca, si possono eseguire vaccinazioni antinfluenzali, COVID, e in alcune regioni anche pneumococche e zoster). La collaborazione delle Direzioni sanitarie con le farmacie territoriali tramite le ASL di riferimento si fonda sulla base degli indirizzi della Regione di appartenenza.

6. Monitoraggio e qualità

È importante che le Direzioni Sanitarie implementino sistemi di **monitoraggio in tempo reale** delle coperture vaccinali e dell'andamento delle campagne. Ad esempio, ricevere report settimanali sul numero di dosi somministrate di influenza e COVID per categoria, per poter intervenire tempestivamente con campagne mirate in caso di adesione bassa (es. se a metà novembre la copertura tra gli ultra75 è solo 30%, intensificare i richiami tramite MMG, media locali, ecc.). Anche il **monitoraggio degli eventi avversi** è essenziale: le circolari richiamano l'attenzione dei vaccinatori sull'importanza di segnalare tempestivamente le sospette reazioni avverse ad AIFA. Le Direzioni dovrebbero predisporre percorsi facilitati per le segnalazioni di farmacovigilanza e comunicare con trasparenza eventuali criticità, così da mantenere la fiducia del pubblico. Inoltre, un monitoraggio continuo dell'**andamento epidemiologico** (attraverso la rete di sorveglianza integrata RespiVirNet e i bollettini ISS) consente di tarare la risposta organizzativa: ad esempio, se RespiVirNet indica un picco anticipato di casi ILI/ARI, le ASL potrebbero anticipare l'offerta vaccinale o rafforzare gli ospedali per i ricoveri.

7. Gestione delle risorse umane in periodo epidemico

Un aspetto spesso trascurato è la **possibile carenza di personale sanitario** durante le ondate epidemiche, a causa di malattie concomitanti degli operatori (influenza, COVID, etc.). L'ECDC ha evidenziato questo rischio, notando come la circolazione di virus respiratori "*possa condurre a carenze di organico per assenza per malattia del personale*", mettendo a dura prova la capacità assistenziale, specialmente nelle terapie intensive. Le Direzioni Sanitarie dovrebbero avere **piani di**

emergenza per garantire un adeguato rapporto personale/pazienti come:

- nei periodi di picco epidemico il ricorso a personale aggiuntivo a chiamata
- il rinvio di attività procrastinabili in ospedale per liberare personale in presenza di pandemia
- la **vaccinazione universale del personale** anche come prevenzione delle assenze. Il *mantenimento di adeguati organici* è critico per la sicurezza del paziente: studi hanno dimostrato che nei reparti con carenza di infermieri durante l'epidemia influenzale gli esiti peggiorano. Dunque, investire ora nella protezione degli operatori (vaccinandoli) eviterà ulteriori criticità. La riduzione delle assenze, tramite la prevenzione in particolare di infezioni respiratorie, assume rilievo in un contesto caratterizzato dalla difficoltà di mantenere adeguato turnover in particolare per il personale infermieristico.

8. Comunicazione e fiducia

Un ultimo elemento gestionale riguarda la **comunicazione istituzionale**. Le Direzioni Sanitarie, in sinergia con i Dipartimenti di Prevenzione e con i Distretti Sanitari ed in applicazione degli indirizzi degli Assessorati Regionali e del Ministero della Salute, dovrebbero sostenere campagne informative chiare e basate su evidenze, per aumentare la fiducia dei cittadini nelle vaccinazioni. Come emerso, la fiducia è in crescita ma ancora insufficiente (solo ~43% degli italiani si dice molto fiducioso, e ~18% sfiduciato). Le Aziende sanitarie possono organizzare incontri nei centri anziani, distribuire materiali informativi chiari nelle farmacie e ambulatori (spiegando benefici e rischi in modo comprensibile), e magari coinvolgere *testimonial* qualificati (es. MMG, Geriatri) per diffondere messaggi univoci. È cruciale contrastare la disinformazione: per esempio spiegare che è sicuro ricevere più vaccini contemporaneamente, che i vaccini non sovraccaricano il sistema immunitario, e che anche chi è “in salute” a 70 anni comunque beneficia del vaccino perché l'immunosenescenza rende più vulnerabili. Una comunicazione efficace e capillare aiuta ad **aumentare la domanda** di vaccini, facilitando il compito or-

ganizzativo e l'utilizzo efficiente delle risorse. Le Direzioni sanitarie d'intesa con le Direzioni delle professioni sanitarie dovrebbero anche rafforzare i canali di comunicazione interna: assicurarsi che *tutti i medici curanti ed i professionisti sanitari* siano allineati sulle raccomandazioni (le circolari ai MMG sono in capo alle Aziende sanitarie), così che il paziente riceva sempre lo stesso consiglio coerente indipendentemente da chi lo segue. In definitiva, sul piano gestionale, la chiave del successo di una strategia vaccinale multipla è l'**integrazione**: integrazione tra programmi (vaccinare per più malattie insieme), tra attori (Ospedali, RSA, Dipartimenti di Prevenzione, Distretti Sanitari, MMG), e tra fasi (dalla programmazione, alla distribuzione, all'esecuzione e monitoraggio). Ciò comporta inizialmente uno sforzo organizzativo significativo, ma i benefici – in termini di popolazione protetta e minore burden sulle strutture sanitarie durante l'inverno – sono estremamente rilevanti.

ANALISI ECONOMICA: EFFICACIA E COSTO-BENEFICIO DELLA VACCINAZIONE MULTIPLA

Investire nelle vaccinazioni di cui abbiamo discusso comporta costi per il SSN ed il sistema sanitario (acquisto dei vaccini, organizzazione delle campagne), ma le **evidenze economiche** mostrano chiaramente che i benefici superano di gran lunga i costi, soprattutto quando si attua un approccio combinato. Alcuni dati chiave.

- Le infezioni respiratorie (influenza, polmoniti, COVID, RSV, etc.) gravano sul sistema Paese con **costi notevoli**. Un'analisi 2023 stima che, sommando costi diretti sanitari e indiretti (perdite produttività, costi SSN e sociali), le infezioni respiratorie pesino per circa **7,5 miliardi di euro all'anno** sull'economia italiana. Questo include i ricoveri (quasi 180 mila ricoveri l'anno in Italia per complicanze respiratorie gravi, dati 2020-21), le visite ambulatoriali, i farmaci (antivirali, antibiotici, ossigeno terapia), la gestione post-acuta e la perdita di giornate lavorative sia dei malati che dei loro caregiver. Ridurre l'incidenza di queste malattie determina un risparmio economico significativo.

- La **vaccinazione multipla** è uno degli interventi più costo-efficaci per mitigare questo burden. Si pensi che la **prevenzione vaccinale è riconosciuta come l'intervento più efficace per ridurre diffusione, ricoveri, mortalità e anche la spesa sanitaria correlata alle infezioni respiratorie**. Vaccinare costa, ma ammalarsi costa di più: ad esempio, un ricovero per polmonite COVID o influenza in terapia intensiva può costare decine di migliaia di euro, mentre una dose vaccinale ne costa poche decine. Una recente valutazione presentata da The European House – Ambrosetti ha quantificato il potenziale risparmio per il SSN derivante dall'aumento delle coperture vaccinali negli anziani per influenza, pneumococco, COVID e RSV: **raggiungere il 50% di copertura per tutti e quattro questi vaccini genererebbe risparmi di circa 1 miliardo di euro l'anno**, e salire a coperture vicine al 95% porterebbe a oltre **2 miliardi di euro l'anno di risparmi** per il sistema. Questi risparmi derivano da minori ricoveri ospedalieri, meno complicanze croniche, riduzione dell'uso di antibiotici e relativi effetti collaterali, etc. Insomma, ogni euro speso in vaccini può restituire multipli di euro in costi evitati.
- Fare ricorso alla **co-somministrazione** può rivelarsi ulteriore strumento per promuovere e garantire l'incremento delle coperture vaccinali nell'adulto. La co-somministrazione vaccinale negli adulti rappresenta una strategia chiave di sanità pubblica perché consente di aumentare le coperture vaccinali, ridurre le missed opportunities e ottimizzare l'efficienza dei percorsi di prevenzione, senza compromettere sicurezza ed efficacia dei singoli vaccini. Le evidenze disponibili mostrano che, sebbene la co-somministrazione sia una pratica consolidata in età pediatrica e nella medicina dei viaggiatori, nell'adulto è ancora sotto-utilizzata, contribuendo a coperture subottimali per vaccinazioni raccomandate come influenza, pneumococco, COVID 19 e RSV. La somministrazione concomitante di più vaccini nella stessa seduta riduce il numero di accessi necessari, limita il rischio di perdita di occasioni vaccinali e migliora l'adesione del paziente

ai programmi di prevenzione. Numerosi studi clinici randomizzati condotti negli anziani (≥65 anni) dimostrano che la co-somministrazione:

- è sicura e ben tollerata, con eventi avversi prevalentemente lievi o moderati;
- non determina interferenze clinicamente rilevanti sulla risposta immunitaria, con risposte anticorpali non inferiori rispetto alla somministrazione separata;
- consente una protezione simultanea verso più patogeni respiratori di elevato impatto clinico nella popolazione adulta e anziana (influenza, pneumococco, SARS CoV 2, RSV).

L'esperienza delle campagne vaccinali durante la pandemia COVID 19 ha inoltre dimostrato la fattibilità operativa di campagne rapide e integrate, rafforzando il rationale per un approccio stagionale coordinato basato sulla co-somministrazione. In linea con tali evidenze, le raccomandazioni di sanità pubblica italiane riconoscono esplicitamente la vaccinazione antinfluenzale come un'opportunità privilegiata per offrire contestualmente le altre vaccinazioni raccomandate dal PNPV, inclusa la vaccinazione anti-pneumococcica. In sintesi, la co-somministrazione dei vaccini negli adulti:

- migliora l'accesso e l'adesione alla prevenzione;
- aumenta le coperture vaccinali;
- riduce il carico organizzativo per il sistema sanitario;
- mantiene un profilo di sicurezza ed efficacia favorevole.

Per questi motivi, è considerata una best practice e una leva strategica fondamentale per rafforzare la prevenzione vaccinale nell'adulto e nell'anziano.

- In termini di **costo-efficacia** per singolo vaccino: numerosi studi dimostrano che vaccini come l'antinfluenzale e l'antipneumococcico negli anziani sono altamente costo-efficaci (spesso con un costo per QALY guadagnato ben al di sotto delle soglie comunemente accettate). Ad esempio, l'antinfluenzale negli

ultra65enni è tradizionalmente risultato generatore di risparmio (*cost-saving*) o costo neutro nelle analisi italiane, perché il costo del vaccino è compensato dai ricoveri evitati. L'antipneumococcico coniugato negli adulti è risultato costo-efficace specialmente considerando l'effetto di immunità di gregge che riduce le infezioni anche nei non vaccinati. Il vaccino COVID, durante la fase acuta, ha salvato milioni di vite globalmente e un'analisi su *The Lancet* ha stimato che nel 2021 ha fatto risparmiare enormi risorse sanitarie prevenendo casi gravi e mortalità; oggi in fase endemica il booster mirato ai fragili resta costo-efficace, poiché concentra le dosi su chi avrebbe altrimenti costosi ricoveri.

- Il vaccino **RSV negli anziani** è nuovo e dal costo unitario relativamente elevato, ma i primi studi di farmacoeconomia (es. analisi realizzata per il Sistema sanitario britannico) suggeriscono che è costo-efficace per le fasce d'età avanzata, soprattutto se si tiene conto del valore degli *anni di vita in buona salute* guadagnati, evitando i severi declini funzionali post-ricovero da RSV. Inoltre, prevenire casi di RSV in anziani fragili riduce l'uso inappropriato di antibiotici e quindi i costi indiretti legati all'antibiotico-resistenza. Chiaramente, l'introduzione di questo vaccino va accompagnata da valutazioni HTA aggiornate in Italia (alcune delle quali già disponibili), ma considerato che l'RSV causa tante ospedalizzazioni costose (50 mila/anno), anche una protezione parziale della popolazione target potrà generare risparmi apprezzabili.
- Un beneficio economico spesso trascurato è l'**effetto cumulativo**: proteggere gli anziani da *più* patogeni respiratori contemporaneamente produce un risultato maggiore della semplice somma aritmetica. Ciò perché si evitano **interazioni negative** tra agenti: ad esempio, un anziano vaccinato sia contro influenza che contro pneumococco ha una probabilità molto minore di sviluppare una polmonite batterica

post-influenzale (che è una delle complicanze più costose e letali). Allo stesso modo, vaccinare contro COVID e influenza riduce quasi a zero la probabilità di coinfezione concomitante dei due virus, che, come visto, raddoppierebbe il rischio di morte e comporterebbe accesso a cure intensive. Prevenendo queste situazioni di coinfezione, si evitano i casi più critici e costosi in assoluto. Dunque, l'approccio integrato ha un *valore aggiunto* in termini di costo-beneficio.

- Dal punto di vista sociale e produttivo, vaccinare i soggetti in età attiva con patologie croniche (es. 50-60enni con diabete, asma, ecc.) porta benefici economici non solo al SSN ma anche al sistema Paese, mantenendo queste persone **produttive** e riducendo le assenze lavorative. Analogamente, proteggere i **care-giver** significa evitare che debbano assentarsi dal lavoro per assistere i familiari malati o, peggio, che anch'essi si ammalino. L'analisi Ambrosetti citata computa anche la perdita di produttività: investire nelle vaccinazioni recupera forza lavoro e allevia costi previdenziali.
- Infine, la pandemia COVID ha insegnato il valore di essere preparati: un euro speso in prevenzione può evitare di doverne spendere 100 in misure emergenziali dopo. In un'ottica di lungo periodo, la **vaccinazione multipla** degli anziani, contro tutti i principali patogeni respiratori prevenibili con le vaccinazioni raccomandate, è una componente fondamentale di un invecchiamento sano e attivo, con risparmi enormi sui costi sanitari cronici. Per esempio, prevenire l'influenza e la polmonite riduce anche il rischio di declino cognitivo e disabilità negli anziani, con potenziali risparmi per il sistema sociale (meno bisogno di assistenza domiciliare o istituzionalizzazione).

In conclusione, **il rapporto costi/benefici delle vaccinazioni integrate è altamente favorevole**. Come affermato dagli esperti, *“prevenire vuol dire meno ricoveri e una ricaduta di salute migliore [...] la vaccinazione è un investimento, soprattutto in un sistema*

sanitario oneroso”. Ogni euro investito oggi in vaccini antinfluenzali, anti-COVID, antipneumococchi e anti-RSV porterà a un risparmio plurimo negli anni seguenti, oltre al valore inestimabile di vite salvate e qualità di vita migliorata per le persone. Per le Direzioni Sanitarie e i Decisori, ciò significa che i programmi vaccinali non sono solo interventi sanitari, ma anche interventi di **buona gestione economica** del sistema sanitario: riducono infatti i costi evitabili (ospedalizzazioni, terapie intensive, riabilitazione) liberando risorse per altre necessità. Implementare una vaccinazione multipla estesa ai fragili è quindi una strategia *value-based* che coniuga equità (protegge i più deboli) e sostenibilità finanziaria del SSN.

Co-circolazione Virale, malattie infettive respiratorie correlate prevenibili con le vaccinazioni raccomandate, impatto sulla popolazione generale/target e sul Servizio Sanitario Nazionale e sul Sistema sanitario

La stagione invernale 2025-2026 è caratterizzata dalla **co-circolazione** di più agenti infettivi respiratori, come già osservato nei due anni precedenti. È essenziale comprenderne le implicazioni per meglio orientare la strategia vaccinale e organizzativa.

- Durante l’inverno, l’attività di **virus diversi si sovrappone temporalmente**. L’ECDC evidenzia che il periodo festivo e invernale vede spesso la circolazione simultanea di influenza, RSV e COVID-19, oltre ad altri virus come rhinovirus, metapneumovirus e virus parainfluenzali. Ciò significa che una persona può contrarre infezioni in serie (una dopo l’altra) o persino co-infezioni simultanee. La co-circolazione aumenta il numero totale di casi di **sindromi respiratorie acute (Acute Respiratory Infections, ARI)** registrate: nell’autunno 2022 quasi tutti i Paesi europei hanno visto un forte aumento di **indicatori ARI** dovuti sia a influenza che RSV comparsi anzitempo.
- **Complicanze e sovrainfezioni:** quando circolano insieme virus e batteri (pneumococco in primis), c’è un rischio maggiore di **sovrain-**

fezione batterica dopo l’infezione virale. Ad esempio, una comune sequela è l’**otite media o sinusite batterica** in un paziente reduce da raffreddore o influenza, oppure una **polmonite pneumococcica** insorgente 5-7 giorni dopo l’influenza. Come citato, le condizioni che lesionano le mucose respiratorie (virus influenzali, RSV, ecc.) *predispongono l’individuo a malattie pneumococciche invasive*. Questo spiega perché nei mesi di punta influenzale si osserva un aumento delle polmoniti batteriche e delle meningiti da pneumococco. Anche il COVID-19 ha mostrato tassi significativi di sovrainfezioni batteriche in pazienti critici. Queste complicanze infettive aumentano la gravità clinica e richiedono terapie aggiuntive (antibiotici, ricovero prolungato). Prevenire l’infezione primaria virale (con vaccino influenza/RSV/Covid) e proteggere contro la complicanza di sovrapposizione batterica (vaccino antipneumococcico) crea una **barriera doppia** che interrompe la catena di eventi patologici.

- **Effetti sul sistema sanitario:** la co-circolazione comporta che **più persone si ammalano contemporaneamente**, sommando gli effetti. Un aspetto critico, come già discusso, è la potenziale saturazione dei reparti ospedalieri. Ad esempio, le **bronchioliti da RSV nei bambini** alla fine del 2022 hanno sovraccaricato molti ospedali pediatrici europei per un’ondata epidemica anticipata di RSV. Nello stesso tempo, l’anticipo dell’**epidemia influenzale** ha riempito i reparti di medicina con anziani influenzati. Se a ciò si aggiunge un rialzo di **casi COVID** (come avvenuto nell’autunno 2022 dopo un periodo di calma estiva), il risultato è una “tempesta perfetta” per il sistema sanitario. L’ECDC stimava *alto il rischio di una pressione significativa sui sistemi sanitari EU* in presenza di queste concomitanze. E infatti l’inverno 2022-23 è stato definito mediaticamente una possibile “tripledeemia”. Per il 2025-26, grazie agli interventi preventivi (vaccini e anticorpi monoclonali), si dovrebbe ottenere lo scopo di mitigare questo scenario, ma la **sorveglianza** (ad esempio tramite Respi-

VirNet in Italia) sarà fondamentale per cogliere segnali di allerta precoce (incremento insolito di ARI in una certa fascia di età, isolamento di nuovi ceppi virali, ecc.).

- **Co-infezioni e gravità clinica:** come già riportato, le co-infezioni virus-virus o virus-batteri sono associate a **esiti peggiori**. Oltre al caso influenza + COVID (letalità doppia), studi indicano che anche RSV + influenza può causare polmoniti più gravi che ciascun virus da solo. In generale, un paziente anziano con co-infezione ha maggiori probabilità di finire in terapia intensiva e di avere necessità di ventilazione meccanica rispetto a un paziente con una singola infezione. Pertanto, *dal punto di vista clinico*, la prevenzione delle co-infezioni è importante tanto quanto la prevenzione delle singole infezioni. Un paziente fragilissimo (es. un 80enne cardiopatico) potrebbe anche superare un episodio di influenza lieve a domicilio, ma se si ammala di influenza e poco dopo di COVID, o di influenza seguita da polmonite batterica, rischia seriamente la vita. Ogni strato di protezione vaccinale aggiunge un livello di sicurezza per tali individui.
- **Cambiamenti nei pattern epidemiologici:** si osserva che attualmente è parzialmente mutata la stagionalità tradizionale: durante il periodo pandemico misure come lockdown e mascherine avevano quasi azzerato influenza e RSV nel 2020-21, per poi farli *riemergere con forza* nel 2022 quando le restrizioni sono cadute (causa debito immunologico - *immunity gap*). Questo comporta che potremmo vedere picchi non convenzionali anche correlati ai mutamenti climatici (ad esempio ondate di RSV fuori stagione). La **sorveglianza integrata** di ISS (RespiVirNet) ora utilizza la definizione allargata di *infezione respiratoria acuta* (ARI) per tracciare qualunque causa, e l'Italia invia dati settimanalmente a ECDC e OMS per un quadro globale. Le Direzioni Sanitarie devono essere pronte a prevedere in caso di necessità possibili estensioni delle campagne vaccinali o misure protettive mirate

(es. mantenere la vaccinazione in farmacia disponibile fino ad aprile, o raccomandare mascherine in ospedali e RSA se circolasse tardivamente RSV). Il Ministero già prevede che la sorveglianza termini ad aprile salvo estensioni per situazione epidemiologica, lasciando aperta la possibilità di prolungare l'allerta in caso di bisogno.

In sintesi, **co-circolazione virale, complicanze correlate ed impatto** non sono concetti astratti ma realtà tangibili che aggravano le organizzazioni sanitarie. Affrontare significa implementare quelle misure integrate discusse (vaccinazioni multiple, profilassi neonatale RSV, sorveglianza e preparazione degli ospedali) per *rompere il più possibile il circolo vizioso* di infezioni concatenate. Dove non si può prevenire tutto, bisogna almeno attutire l'impatto. Ad esempio, anche con co-circolazione inevitabile, un'alta copertura antinfluenzale e anti-COVID farà sì che molti anziani contraggano forme più lievi o asintomatiche, riducendo contagiosità e complicanze; una diffusa vaccinazione pneumococcica ridurrà la quota di polmoniti post-virali; la profilassi RSV nei neonati eviterà l'intasamento dei reparti pediatrici. **Integrare le informazioni** dai vari sistemi (sorveglianza epidemiologica, reti di medici sentinella, segnalazioni ospedaliere di casi gravi) consentirà di individuare rapidamente eventuali situazioni di co-infezione anomala o focolai misti (es. influenza e COVID insieme in una RSA) per intervenire tempestivamente (isolamento, trattamenti antivirali, etc.).

In conclusione, la **co-circolazione** di influenza, COVID-19, pneumococco e RSV rappresenta un moltiplicatore dei rischi per la salute pubblica. Il Position Paper ANMDO evidenzia che solo una **strategia vaccinale sinergica** può affrontare efficacemente questo scenario complesso, prevenendo il più possibile le infezioni primarie e le loro interazioni pericolose. Ridurre la circolazione di ciascun patogeno aiuta anche a ridurre gli effetti combinati sugli individui e sul sistema sanitario – un classico caso in cui *il tutto è più della somma delle parti*.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto esposto, l'Associazione ANMDO formula le seguenti raccomandazioni sintetiche rivolte agli Operatori sanitari ed ai Decisori:

- **Implementare una strategia vaccinale integrata “uno per tutti”** rivolta agli anziani (≥ 60 anni) e ai soggetti fragili con comorbidità, che comprenda: **vaccino antinfluenzale annuale, richiamo annuale COVID-19** con vaccino aggiornato, **vaccinazione antipneumococcica** (secondo calendario o recupero per chi non l'ha avuta a 65 anni) e – se possibile – **vaccinazione anti-RSV** appena questa sia disponibile e offerta dal SSN. Queste quattro vaccinazioni in combinazione offriranno una protezione ampia contro le principali cause di polmonite e insufficienza respiratoria nel paziente anziano. Andrebbero promosse congiuntamente, comunicando il messaggio che “una protezione completa richiede tutte le frecce al nostro arco”.
 - **Rafforzare le campagne vaccinali per il personale sanitario**, rendendo la vaccinazione antinfluenzale e anti-Covid **facilmente accessibile e fortemente raccomandata** per tutto il personale di Ospedali, RSA e Poliambulatori. Si raccomanda alle Direzioni di porre obiettivi chiari di copertura (es. $> 95\%$ del personale vaccinato per influenza) e di predisporre unità mobili o sedute dedicate per vaccinare medici, infermieri e operatori sul posto di lavoro. Contestualmente, sensibilizzare gli operatori sanitari sul loro ruolo esemplare verso i pazienti: un operatore sanitario vaccinato trasmette fiducia e garantisce più sicurezza ai pazienti ed ai caregiver.
 - **Organizzare l'offerta vaccinale in modo “user-friendly”** per gli utenti fragili: facilitare la **co-somministrazione** dei vari vaccini nello stesso appuntamento; utilizzare canali di prenotazione flessibili (telefonico, online, accesso diretto) per adattarsi alle esigenze degli anziani; coinvolgere, d'intesa con le ASL, attivamente i **Medici di Medicina Generale** nel chiamare e vaccinare i propri assistiti (i dati mostrano che oltre il 95% dei MMG già somministra l'antinfluenzale e l'antipneumococcico, e oltre il 75% il vaccino COVID – questa percentuale va aumentata mettendo tutti i MMG nelle condizioni di farlo, ad esempio fornendo adeguate forniture di vaccino COVID/RSV anche ai loro studi). Espandere la **vaccinazione in farmacia** come complemento, per intercettare chi non si rivolge ai centri pubblici.
 - **Monitorare le coperture e adottare azioni correttive in tempo reale:** implementare e migliorare l'utilizzo dell'anagrafe vaccinale per identificare aree o categorie con bassa adesione. Condividere i dati di copertura tra Regioni per favorire la sana competizione al miglioramento. Pubblicare i risultati (in modo trasparente, magari settimanalmente sui siti istituzionali) per rendere tutti consapevoli dei progressi e delle lacune.
 - **Integrare la sorveglianza epidemiologica con le strategie vaccinali:** i dati RespiVirNet ed eventuali segnali di allerta (es. circolazione precoce di un virus) dovrebbero far scattare aggiustamenti nelle campagne: anticipare l'inizio delle vaccinazioni, estendere la durata oltre il previsto, o modulare l'offerta. Serve flessibilità e prontezza decisionale in base allo scenario.
 - **Puntare sulla comunicazione e sull'alleanza con i pazienti e caregiver:** l'efficacia del piano vaccinale dipenderà anche dal buy-in della popolazione. Occorre investire in **campagne informative istituzionali** semplici e mirate (come richiesto da molti cittadini). Coinvolgere, d'intesa con i Dipartimenti di Prevenzione, Associazioni di Pazienti, Medici Specialisti come i Geriatri, i Farmacisti e Media locali per diffondere il messaggio che queste vaccinazioni **salvano vite** e sono sicure. Contrastare attivamente fake news. Rafforzare la fiducia deve diventare parte integrante del programma vaccinale.
- Con queste azioni, l'ANMDO ritiene che l'Italia possa affrontare la stagione attuale 2025-2026 e le successive con una posizione di maggiore forza

e preparazione. L'**impatto atteso** di una strategia vaccinale multipla di successo sarà costituito da **minori casi di influenza, COVID-19 e polmoniti, minori ricoveri e decessi tra anziani e fragili con comorbidità, minore pressione sugli ospedali (crisi di posti letto), migliore tutela degli operatori sanitari** e, nel lungo termine, un **contenimento della spesa sanitaria** legata alle complicanze.

In definitiva, **la vaccinazione integrata rappresenta uno strumento indispensabile di sanità pubblica e gestione del rischio** in questa nuova fase post-pandemica caratterizzata dalla convivenza con molteplici virus respiratori. Il Position Paper di ANMDO auspica che le istituzioni sanitarie a tutti i livelli recepiscono queste raccomandazioni e le traducano in piani operativi concreti per proteggere la salute collettiva nella stagione imminente. *Vaccinare i nostri anziani e fragili contro influenza, COVID, pneumococco e RSV significa accompagnarli, in particolare attraverso l'inverno, in sicurezza* – ed è un dovere etico e professionale di tutti noi, come medici e come gestori della sanità, fare il possibile perché ciò avvenga.

Si allega la bibliografia di riferimento consultata.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Frontiers | Influenza and COVID-19 co-infection and vaccine effectiveness against severe cases: a mathematical modeling study.
<https://www.frontiersin.org/journals/cellular-and-infection-microbiology/articles/10.3389/fcimb.2024.1347710/full>
2. Raccomandazioni del Ministero della Salute.
<https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza-infezioni-respiratorie-acute/documentazione>
3. Acute respiratory infections in the EU/EEA: epidemiological update.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/acute-respiratory-infections-eueea-epidemiological-update-and-current-public-health-0>
4. Circolare del Ministero della Salute 25.07.2025 Dipartimento della Prevenzione, della Ricerca e delle Emergenze sanitarie “Prevenzione e controllo dell’influenza: raccomandazioni per la stagione 2025-26”.
5. Circolare del Ministero della Salute 22.09.2025 “Indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2025/2026 anti COVID-19”.
6. Circolare del Ministero della Salute 23.12.2025 Dipartimento della Prevenzione, della Ricerca e delle Emergenze Sanitarie “Monitoraggio dell’andamento delle forme gravi e complicate da virus respiratori confermate in laboratorio stagione 2025-2026”.
7. Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza permanente per i rapporti fra Stato e Regioni e Province autonome 02.09.2023 n°193 “Piano Nazionale Prevenzione vaccinale 2023-2025”
8. Calendario vaccinale per la vita 5° Edizione 2025.
9. Johansen ND, Modin D, Pardo-Seco J, et al. Effectiveness of high-dose influenza vaccine against hospitalisations in older adults: an individual-level pooled analysis. *Lancet*. 2025 Nov 22;406(10518):2425-2434.
10. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2025–26 Influenza Season | MMWR.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-scientific-advice-protecting-infants-against-respiratory-syncytial-virus>
11. Circolare Regione Lombardia Direzione Generale Welfare prot. 2025_0030639 del 30/7/2025 “Campagna vaccinale 2025/2026 in Regione Lombardia”.
12. Circolare Regione Lombardia Direzione Generale Welfare Prevenzione prot.0036773 25.09.2025 “Campagna vaccinale 2025/26 in Regione Lombardia vaccinazione antipneumococcica”.
13. Circolare Regione del Veneto 25.07.2025 “Raccomandazioni per la prevenzione ed il controllo dell’influenza stagione 2025-2026”.
14. Regione del Veneto 18.08.2023 prot. 442550/442736 “Aggiornamento strategia vaccinale regionale approvazione del nuovo “Calendario vaccinale per età della Regione Veneto” del documento “Offerta vaccinale per condizioni di rischio” e del nuovo “Tariffario delle vaccinazioni della Regione del Veneto”.
15. Regione del Veneto Agosto 2023 “Offerta vaccinale per condizione di rischio Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 Programma Libero 14 la prevenzione delle malattie trasmissibili nel paziente fragile con particolare riferimento a quelle prevenibili da vaccinazione”.
16. Circolare Regione Lazio 05.08.2025 “Campagna di vaccinazione antiinfluenzale 2025-2026”.

17. Circolare Regione Lazio Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria 05.08.2025 “programma di vaccinazione con vaccino anti-pneumococcico”.
18. 11. Circolare Regione Marche Azienda Regionale Sanitaria 19.09.2025 “Prevenzione e controllo dell’influenza: raccomandazioni per la stagione 2025-26 indicazioni operative regionali”
19. Direzione Sanità, Welfare e coesione sociale Regione Toscana campagna vaccinazione antinfluenzale e anti SARS-CoV-2 2025 -2026.
20. Circolare Regione Emilia-Romagna Direzione generale cura della persona, salute e welfare 18.08.2025 n°5 2025 “Indicazioni regionali per la prevenzione e controllo dell’influenza, stagione 2025-2026”.
21. Documento tecnico ad uso del personale sanitario Regione Emilia Romagna rev00 marzo 2024 “Raccomandazioni e offerte vaccinali per condizioni di rischio 2023-2025” in attuazione del Piano regionale dell’Emilia Romagna per la prevenzione vaccinale 2023-2025.
22. Circolare Regione Liguria Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria 11.08.2025 “Campagna regionale di vaccinazione antinfluenzale stagione 2025/2026”.
23. Circolare Regione della Campania Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale 06.08.2025 “Campagna regionale di vaccinazione antinfluenzale stagione 2025/2026 indicazioni operative”.
24. Circolare Regione Toscana Giunta Regionale Direzione Sanità sociale 03.09.2025 “Campagna vaccinazione antinfluenzale e anti SARS-CoV-2 2025-2026”.
25. Deliberazione 777 01.07.2024 Regione Toscana con allegato B “Calendario vaccinale della Regione Toscana e direttive in materia di vaccinazioni aggiornamento 2024”.-
26. Circolare Regione Puglia Dipartimento Promozione della salute e del benessere animale prot 011081 02.03.2026 “Aggiornamento della strategia di vaccinazione anti-pneumococcica nell’adulto e nell’anziano alla luce della dismissione del vaccino anti-pneumococcico 23-valente indicazioni operative”.
27. Decreto Assessorile Regione Sicilia n°31441 30.09.2025 “Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2025-2026”.
28. Decreto Assessorile Regione Sicilia n° 725/2024 “Aggiornamento ed integrazione del Nuovo Calendario di immunizzazione Regionale per la vita, adottato con il D.A. n°1122 del 5 ottobre 2023”.

Normativa e Linee Guida su ICA e sanificazione ambientale in ambito sanitario

Luigi Zucchelli

*Direttore area tecnica integrata e sviluppo
Consorzio Nazionale Servizi - Società Cooperativa*

Riassunto

L'articolo analizza in modo sistematico il quadro normativo, tecnico e istituzionale che disciplina la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e la sanificazione ambientale in ambito sanitario, evidenziandone la natura interdisciplinare e multilivello.

Viene ricostruito il contesto europeo, a partire dal Regolamento (UE) 528/2012 sui biocidi e dai più recenti aggiornamenti relativi all'impiego dell'ozono come principio attivo, nonché dalle direttive sulla protezione dei lavoratori esposti ad agenti biologici e dalle strategie "One Health" contro l'antimicrobico-resistenza. In ambito nazionale, sono approfonditi il D.Lgs. 81/2008, il Codice dei contratti pubblici con l'obbligo di applicazione dei Criteri Ambientali Minimi (CAM), il PNRR con gli investimenti dedicati alla formazione sulle infezioni ospedaliere e il Piano Nazionale di Contrasto dell'AMR (PNCAR).

Ampio spazio è dedicato alle circolari ministeriali emanate durante l'emergenza COVID-19, che hanno fornito indicazioni operative sulla sanificazione di ambienti sanitari e non sanitari, nonché alle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità e del Sistema Nazionale Linee Guida. L'analisi si estende inoltre ai provvedimenti regionali (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana, Piemonte, Lazio), evidenziando modelli organizzativi, strumenti di pianificazione e sistemi di sorveglianza adottati a livello territoriale.

Il contributo integra anche il riferimento alle principali norme tecniche europee (EN 14885 e standard correlati) e alle linee guida internazionali di OMS, CDC ed ECDC, sottolineando come l'efficacia dei processi di sanificazione debba essere supportata da criteri microbiologici validati e da sistemi di monitoraggio continuo. In conclusione, l'articolo evidenzia come il controllo delle ICA e la sanificazione ambientale rappresentino un elemento strutturale della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico, richiedendo un'integrazione coerente tra normativa, standard tecnici, governance organizzativa e sostenibilità ambientale, al fine di generare valore sanitario, economico e sociale per le strutture e le comunità di riferimento.

LEGISLAZIONE DELL'UNIONE EUROPEA (UE)

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e la sanificazione ambientale trovano riferimenti in norme europee sui biocidi e sulla sicurezza sanitaria. Il **Regolamento (UE) n. 528/2012** disciplina l'immissione sul mercato e l'uso dei biocidi, inclusi i disinfettanti impiegati in ambito sanitario.¹ Tale regolamento è rilevante poiché assicura che i disinfettanti utilizzati per sanificare ambienti ospedalieri siano autorizzati ed efficaci. Un aggiornamento recente ha riguardato l'**ozono**: con il **Regolamento di Esecuzione (UE) 2023/1078** della Commissione, l'ozono generato da ossigeno è stato approvato come principio attivo per biocidi

dei tipi 2, 4, 5 e 11, ossia per disinfettanti di superfici, ambiti alimentari, acqua potabile e sistemi di raffreddamento.² Ciò significa che dal 2025 i generatori di ozono usati per la disinfezione devono essere conformi alla disciplina UE sui biocidi (Unione Europea, 2012; Commissione Europea, 2023). In ambito di sicurezza sul lavoro, la **Direttiva 2000/54/CE** sulla protezione dei lavoratori da agenti biologici (recepita in Italia dal D.Lgs. 81/2008) delinea obblighi per prevenire il rischio infettivo occupazionale, includendo misure di prevenzione delle ICA per gli operatori sanitari (UE, 2000). A livello di policy sanitaria, la **Raccomandazione del Consiglio UE 2009/C 151/01** ha in-

vitato gli Stati membri a rafforzare i programmi di sicurezza del paziente e controllo delle ICA (Consiglio UE, 2009). Inoltre, il **Piano d'azione europeo "One Health" sull'AMR** (Commissione UE, 2017) enfatizza il contrasto all'antimicrobico-resistenza – strettamente legata alle ICA – anche mediante una migliore igiene e sanificazione nelle strutture sanitarie.

LEGISLAZIONE NAZIONALE ITALIANA

In Italia, il riferimento cardine è il **D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81** (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro). Esso dedica il Titolo X alla protezione da agenti biologici e impone alle strutture sanitarie di valutare e gestire il rischio di infezioni per operatori e degenti (Italia, 2008). Tale Decreto – emanato in attuazione di direttive UE – fornisce la “cornice naturale” per l'approccio integrato al rischio infettivo, richiedendo misure di prevenzione nelle aziende sanitarie.³ Ad esempio, il D.Lgs. 81/08 obbliga all'adozione di procedure operative, formazione del personale e uso di DPI per prevenire il contagio, aspetti cruciali nella sanificazione di ambienti a rischio biologico.

Un altro pilastro è il **Codice degli Appalti Pubblici**. La normativa previgente (D.Lgs. 50/2016, art. 34) e il nuovo **D.Lgs. 36/2023** prevedono l'obbligo di applicare i *Criteri Ambientali Minimi* (CAM) negli appalti di servizi di pulizia in ambito civile e sanitario (Italia, 2016; 2023). In attuazione di ciò, il **Decreto del Ministero dell'Ambiente 29 gennaio 2021** ha adottato i CAM per i servizi di pulizia e sanificazione di edifici a uso civile e sanitario.⁴ Tali CAM richiedono, ad esempio, l'impiego di detersivi e disinfettanti a basso impatto ambientale e di tecnologie di sanificazione efficienti, integrando gli obiettivi di igiene con quelli di sostenibilità ambientale. Pertanto, ogni gara d'appalto per le sanificazioni in sanità deve rispettare questi criteri (*Ministero Ambiente, 2021*), favorendo soluzioni “green” senza compromettere l'efficacia antimicrobica.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): nell'ambito delle riforme sanitarie, il PNRR italiano ha introdotto investimenti mirati al contrasto

delle ICA e dell'AMR con approcci innovativi e sostenibili. In particolare, la **Missione 6 Componente 2 Investimento 2.2 (b)** finanzia un programma nazionale di formazione di **293.000 operatori sanitari sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere**, con uno stanziamento di circa 88 milioni € nel periodo 2022–2024 (Maffei, 2021).⁵

⁶ Il raggiungimento di target formativi in questo ambito è vincolante ai fini dei finanziamenti europei. Ad esempio, la Regione Piemonte ha recepito questa misura PNRR con la **D.G.R. 1-6675 del 29/3/2023**, che approva il piano regionale di formazione sulle ICA e delega alle aziende sanitarie l'utilizzo di 5,74 mln € per i corsi obbligatori (Regione Piemonte, 2023).^{7, 8} L'attenzione politica al tema è altresì testimoniata dall'Atto di Indirizzo del Ministro della Salute (2026), che annovera la formazione sulle infezioni ospedaliere e il contrasto all'AMR tra le priorità strategiche del SSN (Ministero Salute, 2025). Inoltre, il **Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022–2025** – approvato con Intesa Stato-Regioni – dedica ampio spazio alla prevenzione delle ICA, sottolineando l'importanza della sanificazione ambientale e dell'uso prudente dei biocidi in una logica “One Health”.^{9, 10}

CIRCOLARI E LINEE GUIDA MINISTERIALI

Il Ministero della Salute ha emanato diverse **circolari** con indicazioni tecniche su controllo infezioni, sanificazione e antimicrobico-resistenza. Storicamente, le **Circolari n. 52/1985 e n. 8/1988** del Ministero della Sanità già avviavano programmi per la “lotta contro le infezioni ospedaliere”, istituendo i Comitati di Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CCIO) e sistemi di sorveglianza (Ministero Sanità, 1985; 1988). In tempi più recenti, la pandemia COVID-19 ha richiesto urgenti disposizioni in materia di igiene ambientale.

■ La **Circolare n. 5443 del 22/02/2020** (Ministero della Salute, 2020a) – “COVID-2019: nuove indicazioni e chiarimenti” – forniva istruzioni dettagliate sulla **pulizia e disinfezione** di ambienti sanitari e non sanitari in presenza di casi

COVID-19. Essa raccomandava, in accordo con l'OMS, una **pulizia accurata con acqua e detergente seguita da disinfezione** con comuni disinfettanti ospedalieri (es. ipoclorito di sodio 0,1%, etanolo 70%, perossido di idrogeno 0,5%).^{11, 12} La circolare sottolineava che i coronavirus possono persistere sulle superfici fino a 9 giorni, ma vengono inattivati efficacemente da adeguate procedure di sanificazione.¹³ Pertanto, veniva indicata una sanificazione quotidiana delle stanze di isolamento (o più frequente per superfici toccate spesso), con personale dotato di DPI idonei.^{14, 15} Questa circolare – fondamentale all'inizio della pandemia – è stata successivamente aggiornata da ulteriori note ministeriali (es. circolari n.5889 e 6360 di fine febbraio 2020, n.7922 del 09/03/2020, ecc.).¹⁶

- **La Circolare n. 17644 del 22/05/2020** (Ministero della Salute, 2020b) – *“Indicazioni per l’attuazione di misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 attraverso procedure di sanificazione di strutture non sanitarie”* – ha fornito linee guida operative per la **sanificazione di ambienti extra-ospedalieri** (uffici, scuole, mezzi di trasporto) e persino per **abbigliamento e tessuti** in ambito comunitario.^{17, 18} Questo documento, emesso durante la fase di riapertura post-lockdown, contestualizzava le misure di sanificazione nell’alveo normativo esistente (richiamando espressamente il D.Lgs. 81/08, Titoli IX e X)^{3, 19} e nelle evidenze tecnico-scientifiche prodotte da ISS e INAIL. La circolare ribadiva che la pulizia regolare seguita da disinfezione periodica riveste un ruolo cruciale nel contenere la diffusione di SARS-CoV-2,²⁰ e forniva chiarimenti pratici (soluzioni da utilizzare, frequenza degli interventi, ventilazione locali, gestione rifiuti, ecc.), in coerenza con il **Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020** redatto sul tema.^{21, 22}

Oltre alle circolari COVID-19, il Ministero ha pubblicato **linee guida e raccomandazioni** su ICA e AMR: ad esempio, attraverso l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il Sistema Nazionale Linee Guida

(SNLG). L’ISS ha prodotto rapporti tecnico-scientifici come: *“Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell’emergenza COVID-19”* (Rapporto ISS COVID-19#25/2020) che fornisce criteri per l’uso corretto dei disinfettanti, includendo valutazioni su metodi come l’ozono, i raggi UV e il perossido di idrogeno.^{23, 24} Vi sono anche linee di indirizzo sull’**uso appropriato degli antibiotici e controllo delle infezioni** emanate a livello centrale (es. PNCAR citato) e documenti come la *“Linea guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico”* (ISS, 2016) riconosciuta dal SNLG. Il **Centro europeo ECDC** e l’**OMS** sono spesso richiamati nelle linee ministeriali come fonti autorevoli di evidenze. Ad esempio, la circolare 5443/2020 cita linee guida OMS e scenari ECDC per motivare le indicazioni date.^{25, 26}

LINEE GUIDA E

PROVVEDIMENTI REGIONALI

Le Regioni italiane, nell’ambito della loro autonomia sanitaria, hanno adottato piani e linee guida specifiche per il controllo delle ICA e la sanificazione ambientale, spesso anticipando o integrando le indicazioni nazionali. Di seguito si riportano alcuni esempi rilevanti.

- **Emilia-Romagna:** ha emanato già nel 2013 le *“Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: ICA e uso responsabile di antibiotici”* (Delibera G.R. n.318/2013).²⁷ Questa delibera regionale ha istituito sistemi di sorveglianza delle infezioni (es. rete SICHER per infezioni del sito chirurgico) e promosso protocolli uniformi di prevenzione in tutte le strutture sanitarie regionali. L’Emilia-Romagna si distingue per un approccio proattivo: ha consolidato una sorveglianza continua su ICA e consumi di antibiotici, con dashboard pubbliche e rapporti annuali.^{28, 29} Inoltre, partecipa a studi europei (ECDC point prevalence surveys) coordinati in Italia – ad esempio ha coordinato lo studio PPS2 ospedaliero e HALT-3 nelle RSA nel 2016-17, in collaborazione con Piemonte e ISS.³⁰ Tali sforzi

hanno portato allo sviluppo di manuali pratici (es. *“Manuale per la prevenzione delle ICA in strutture residenziali”*, AUSL Bologna 2019) e a una forte integrazione nel **Piano Regionale di Prevenzione**. Nel 2022, l’Emilia-Romagna ha aggiornato il **Piano regionale di contrasto all’AMR (PrCAR)**, allineandolo al PNCAR nazionale e definendo target di riduzione delle infezioni da germi multiresistenti.

- **Lombardia:** ha recentemente emanato linee guida organiche sulla sanificazione ambientale. Con la **D.G.R. XII/5181 del 21/10/2025**, la Lombardia ha approvato le *“Linee di indirizzo regionali per la sanificazione ambientale e la gestione dei rifiuti nelle strutture sanitarie e sociosanitarie”*.^{31, 32} Questo provvedimento aggiorna precedenti indicazioni (risalenti al 2009) e uniforma i criteri di pulizia e disinfezione in ospedali, case di cura e RSA lombarde. Le nuove linee guida, elaborate da un gruppo di lavoro “Igiene Ospedaliera”, stabiliscono requisiti omogenei ad esempio per lo smaltimento dei rifiuti sanitari, la frequenza delle sanificazioni in reparti critici, l’uso di prodotti disinfettanti con certificazione biocida, ecc. Le strutture pubbliche e private in Lombardia dovranno recepire tali indicazioni entro 6 mesi dall’adozione (Regione Lombardia, 2025). Questo fa parte di un più ampio impegno regionale sul rischio clinico: la Lombardia aveva già emesso nel 2011 una DGR sull’istituzione dei CIO regionali e aderisce a programmi di *benchmarking* nazionale sugli indicatori di ICA.
- **Veneto:** ha integrato le politiche su ICA e antibiotici in un unico quadro strategico. Con la **D.G.R. 1402 del 01/10/2019** (Bur n.118/2019), il Veneto ha approvato il *“Piano regionale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle ICA”* insieme alla *“Strategia regionale per l’uso appropriato degli antibiotici”*, recependo il PNCAR 2017-2020.^{33, 34} Questo piano regionale ICA individua obiettivi generali per le aziende sanitarie (es. riduzione percentuale di CLABSI, CA-UTI, etc.), definisce le strutture

di coordinamento (Comitato regionale per le ICA) e prevede attività come audit periodici sull’igiene ambientale e la formazione continua degli operatori. Inoltre, il Veneto ha emanato nel 2021 la **D.G.R. 957 del 13/07/2021** (Bur n.101) con cui aggiorna le azioni di controllo infezioni post-Covid, e ha sviluppato documenti tecnici su specifici argomenti (es. la Delibera 851/2016 sulle precauzioni standard e gestione isolamento, o linee guida per la prevenzione delle SSI in chirurgia). Di rilievo, la Regione collabora con l’Università di Padova in progetti di ricerca sulla sanificazione: ad esempio testando tecnologie come la disinfezione UV-C o monitorando la qualità microbiologica dell’aria nelle sale operatorie.

- **Toscana:** è stata tra le prime regioni a impostare un **programma coordinato di controllo delle ICA**. Già nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 la Toscana aveva lanciato un’iniziativa chiamata *“ospedali senza infezioni”*, poi evolutasi nel *Programma regionale ICA*. La Regione ha puntato su: protocolli uniformi (es. per l’igiene delle mani, la gestione di MRSA, l’uso di bundle in terapia intensiva), formazione capillare e un **sistema di sorveglianza avanzato** gestito dall’Agenzia Regionale di Sanità (ARS Toscana). Una pagina istituzionale del 2013 evidenzia che la Toscana ha avviato un **piano di interventi selezionati** per ridurre le ICA, con monitoraggio di indicatori e auditing periodici in tutte le aziende.^{35, 36} Tra le “sfide” indicate vi era il miglioramento della qualità assistenziale attraverso linee guida condivise e sistemi di sorveglianza rinforzati. La Toscana ha prodotto anche materiale divulgativo innovativo (ad es. la rivista online *“Infezioni Obiettivo Zero”* dedicata a sanificazione e prevenzione ICA)^{37, 38} e ha organizzato convegni annuali su queste tematiche. In assenza di una delibera unica, la Toscana opera tramite circolari assessoriali e documenti del Centro Gestione Rischio Clinico: ad esempio il *“Documento di indirizzi per il controllo delle ICA”* del 2010 e aggiornamenti successivi sull’i-

giene ambientale nelle degenze. Ciò si riflette nei buoni risultati: ad esempio, uno studio di prevalenza regionale 2022 riporta una percentuale di pazienti con ICA del 7,2% (in calo rispetto al passato) grazie alle misure adottate (Regione Toscana, 2022).

■ **Piemonte:** ha recentemente potenziato le sue iniziative su ICA/AMR, anche in sinergia col PNRR. Oltre ad aver coordinato studi nazionali di prevalenza (come detto), il Piemonte ha approvato nel 2022 il “*Piano Regionale di Contrasto all’AMR e alle ICA*”. Nel 2023 con **D.G.R. 7-6719 dell’11/4/2023** ha aggiornato le linee di indirizzo sulle ICA, ribadendo che le infezioni correlate all’assistenza possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali e vanno affrontate con un approccio sistemico (Regione Piemonte, 2023). Un’azione concreta è stata l’emanazione, in piena pandemia, della **D.G.R. 1-4892 del 20/4/2022** che ha istituito un programma formativo regionale sulle ICA in linea con gli obiettivi PNRR. Il Piemonte ha inoltre attivato un *Coordinamento Interregionale* (con Valle d’Aosta) per condividere best practices su sanificazione: ad esempio linee comuni per la valutazione della bioburden ambientale nei reparti ad alto rischio e capitolati-tipo per servizi di pulizia ospedaliera (con parametri qualitativi stringenti). A livello locale, le ASL piemontesi elaborano ogni anno un **PAICA aziendale** (Piano Annuale ICA) e riferiscono indicatori alla Regione (ad esempio percentuale di uso di disinfettanti a base cloro attivo vs altri principi attivi). Questi dati confluiscono nel rapporto del *Servizio Epidemiologico Regionale (SerEMI)*, che monitora l’andamento delle batteriemie nosocomiali e delle resistenze.

■ **Lazio:** ha introdotto uno strumento gestionale specifico, il **PAICA – Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza**. Con la *Determinazione Dirigenziale n.G00163 dell’11/06/2019*, la Regione Lazio ha approvato le “*Linee Guida per l’elaborazione del PAICA*”, documento che standardizza a livello regionale

la pianificazione delle attività di controllo ICA da parte di ogni Azienda Sanitaria.³⁹ In base a tali linee guida, ogni anno le aziende devono presentare entro il 15 febbraio un PAICA con gli obiettivi, le azioni di miglioramento e i risultati attesi in tema di infezioni ospedaliere (Regione Lazio, 2019). Il Centro Regionale Rischio Clinico del Lazio coordina questo processo e raccoglie indicatori comparativi. Inoltre, nel 2022 il Lazio ha emanato un “*Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e controllo delle ICA*” (prima emissione 25/11/2022) (Regione Lazio, 2022). Tale documento aggiornato – frutto di un tavolo tecnico multidisciplinare – riassume lo stato dell’arte delle misure di prevenzione (igiene mani, sanificazione ambientale, gestione dispositivi medici, antimicrobial stewardship, etc.) e richiama gli standard nazionali ed internazionali più recenti. Durante la pandemia, il Lazio ha adottato anche ordinanze contingibili ad hoc: es. l’**Ordinanza Z00031 del 17/04/2020** che disponeva interventi straordinari per prevenire focolai COVID-19 nelle RSA e ospedali, includendo sanificazioni frequenti e sorveglianza ambientale virologica.⁴⁰ Questo mix di provvedimenti strutturali (linee guida permanenti) e contingenti ha permesso al Lazio di rafforzare la rete dei Comitati di Controllo Infezioni e di ottenere maggiore uniformità nelle pratiche di sanificazione su tutto il territorio regionale.

NORME TECNICHE E STANDARD DI RIFERIMENTO

La normativa tecnica fornisce criteri oggettivi per valutare l’efficacia di disinfettanti e procedure di sanificazione. A livello europeo, il riferimento principale è la **norma EN 14885** (CEN) – “*Chemical disinfectants and antiseptics – Application of European Standards for chemical disinfectants*”. Questa norma quadro (72 pagine nell’edizione 2018, aggiornata nel 2022) funge da **linea guida sulle prove di efficacia microbica dei disinfettanti**, elencando gli standard specifici da utilizzare per supportare le rivendicazioni di at-

tività contro vari microorganismi.⁴¹ In pratica, l'EN 14885 raccorda una serie di test normalizzati (fase 1,2,3) che un prodotto deve superare per poter essere definito battericida, fungicida, virucida, sporicida, ecc., nei diversi *ambiti d'uso* (medicale, veterinario, alimentare, industriale, ecc.). Dal 31 luglio 2022 è in vigore una versione aggiornata EN 14885:2022, che incorpora nuovi metodi emersi dopo la pandemia COVID-19 (ad es. per disinfezione di superfici senza contatto e per aerosol/aria).^{42, 43}

Tra le **norme UNI EN correlate** più importanti per il settore sanitario vi sono:

- **EN 1276:** metodo di prova quantitativo sospensivo per valutare l'**attività battericida** di disinfettanti chimici (fase 2, step 1). Ad esempio, un disinfettante per superfici deve ridurre di **5 log** la carica di ceppi standard (E. coli, S. aureus, P. aeruginosa, etc.) in condizioni di prova specificate per poter essere dichiarato "battericida";⁴⁴
- **EN 13697:** metodo quantitativo su **superficie non porosa** (fase 2, step 2) per verificare l'attività battericida e fungicida senza azione meccanica (es. per disinfettanti spray o in immersione). È un test più vicino alle condizioni reali rispetto alla EN 1276, in quanto il microorganismo secca su superfici di acciaio o ceramica prima dell'applicazione del disinfettante. *Nota:* Dal 2022, per disinfettanti in ambito medico, la EN 13697 è stata in parte sostituita dalla nuova **EN 17387** che introduce ceppi e criteri addizionali;⁴⁵
- **EN 16615:** nota come "*4-field test*", è una norma del 2015 (fase 2, step 2) specifica per valutare l'**efficacia dei disinfettanti applicati con panno su superfici**. Simula la contaminazione successiva di quattro sezioni adiacenti di pavimento/piastrella e misura la riduzione microbica ottenuta seguendo un preciso movimento di pulizia. L'EN 16615 è rilevante per testare i prodotti usati con mop o stracci, riflettendo la pratica di sanificazione manuale delle superfici ambientali in corsia. Un disinfettante "**sporco**" (**con interferenti**) deve dimostrare ≥ 4 log di riduzione di **Enterococcus hirae** in questo test

per essere considerato efficace in condizioni di uso ospedaliero (CEN, 2015);

- **EN 13727, EN 13624:** test quantitativi sospensivi per attività battericida e fungicida in ambito medicale (fase 2, step 1), richiesti per i disinfettanti per strumenti e superfici in ospedale (sostanzialmente analoghi a EN 1276/1650 ma con condizioni dell'ambito medicale);
- **EN 14476:** test quantitativo sospensivo per **attività virucida**. Molto citata durante COVID-19, richiede ≥ 4 log reduction di virus test (Poliovirus, Adenovirus, Norovirus murino come virus obbligatori) per dichiarare un prodotto "virucida" ad uso medico;
- **EN 17272:** norma recente (2020) per la **disinfezione per via aerea** (aerosol/fumigazione) in ambienti. Stabilisce come testare metodi tipo nebulizzazione di perossido di idrogeno o ozono in una camera di prova, per verificarne efficacia su superfici esposte all'aria. Questa norma ha visto applicazione crescente con l'introduzione di sistemi di sanificazione automatica post-Covid.

Questi standard tecnici europei garantiscono che i prodotti disinfettanti e le metodiche di sanificazione siano **valutati con criteri scientifici uniformi**. Le normative nazionali spesso li richiamano: ad esempio, il Ministero della Salute richiede che i prodotti disinfettanti siano registrati come PMC o biocidi e abbiano superato prove secondo EN 1276, 13697, 14476 ecc. (Min. Salute, 2020; Reg. UE 528/2012). Anche le **Linee Guida SNLG** – come quella ANMDO 2019 – suggeriscono di misurare l'efficacia della sanificazione con indicatori basati su standard microbiologici quantitativi (es. carica batterica a tappeto prima e dopo pulizia) e confrontati con valori soglia derivati da normative tecniche.^{46, 47}

Infine, i **principi riferimenti internazionali** completano il quadro:

- le **Linee guida CDC** statunitensi (Centers for Disease Control and Prevention) costituiscono da decenni un riferimento per le pratiche di controllo

ambientale. In particolare, la “*Guideline for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities*” (CDC, 2003, aggiornata 2019 e 2023) fornisce raccomandazioni dettagliate sulla pulizia, disinfezione e gestione ambientale nelle strutture sanitarie.⁴⁸ Tali linee guida coprono aspetti come: frequenza di pulizia di superfici ad alto contatto, disinfezione dell’acqua e degli impianti HVAC contro *Legionella*, gestione di biancheria e rifiuti, indicazioni sull’uso di germicidi chimici approvati EPA, etc. Il CDC pubblica anche guide specifiche (es. per la sanificazione in contesti di **COVID-19**, per la prevenzione di muffe durante lavori edili in ospedale, ecc.), tutte disponibili nella Infection Control Guidelines Library (CDC, 2023):

- le **Linee guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** sono anch’esse fondamentali. L’OMS ha emanato nel 2016 le “*Guidelines on core components of IPC programs*” e nel 2019-2020 guide specifiche sulla **sanificazione ambientale in strutture sanitarie**. Ad esempio, il rapporto OMS “*Practical manual on environmental cleaning*” (2020) – sviluppato in collaborazione con CDC – fornisce standard minimi per i paesi di tutto il mondo, sottolineando l’importanza di formazione del personale di pulizia, protocolli scritti e monitoraggio della qualità della sanificazione. L’OMS evidenzia come un’adeguata igiene ambientale, insieme all’igiene delle mani, possa ridurre significativamente l’incidenza di ICA, incluse quelle sostenute da patogeni multiresistenti (WHO, 2020). Nel 2022 l’OMS ha pubblicato il “*Global Report on Infection Prevention and Control*”, evidenziando che solo il 15% dei paesi aveva pienamente implementato programmi di sanificazione ambientale conformi alle linee guida, e lanciando un appello globale per migliorare questo aspetto. Le raccomandazioni OMS – ad esempio sull’uso preferenziale di disinfettanti a base di cloro o alcol per superfici, o sull’adozione del metodo dei “colori” per panni e attrezzature – sono state recepite da molte regioni italiane nei propri manuali operativi;

- l’**ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)**, pur non emettendo linee guida vincolanti, produce documenti di consenso e rapporti tecnici utili. Ad esempio, l’ECDC ha pubblicato un toolkit sull’**infection control nelle case di riposo** (HALT project) e raccomandazioni per la prevenzione delle **CRE (Enterobatteri resistenti ai carbapenemi)** che includono misure di pulizia straordinaria. L’ECDC svolge soprattutto un ruolo di sorveglianza: tramite indagini di prevalenza europee stima che **ogni anno 4,1 milioni di pazienti contraggano un’ICA in UE**, causando ~ 37.000 decessi diretti. Importante, l’ECDC ha calcolato che circa **il 20–30% delle ICA potrebbe essere prevenuto** implementando rigorosi programmi di igiene e controllo delle infezioni.^{49, 50} Ciò giustifica gli investimenti in sanificazione ambientale: ridurre anche solo di un quarto il burden delle ICA in Europa significherebbe evitare decine di migliaia di infezioni e risparmiare fino a 7 miliardi € l’anno di costi sanitari.⁵¹

In conclusione, il controllo delle infezioni correlate all’assistenza e la sanificazione ambientale in sanità sono ambiti fortemente interdisciplinari, normati da leggi e standard tecnici e supportati da linee guida di istituzioni nazionali e internazionali. Il Consorzio Nazionale Servizi insieme ai propri soci è espressione del mondo cooperativo con cui condividiamo i valori fondanti: dal rispetto della persona alla dignità del lavoro, dalla legalità alla trasparenza fino alla sostenibilità economica, sociale e ambientale. Vogliamo generare valore, non solo in termini di qualità dei servizi ma anche per le comunità e i territori in cui siamo presenti con il nostro lavoro. Per portare avanti con coerenza ed efficacia questi valori, nell’ambito specifico dei servizi di pulizia e sanificazione in ambito Sanitario, non c’è modo migliore che partire dalle fondamenta: il controllo delle infezioni correlate all’assistenza non può prescindere dalla conoscenza approfondita delle leggi nazionali e comunitarie, degli standard tecnici e dalle linee guida di istituzioni nazionali e internazionali citate nel presente articolo.

La **bibliografia** seguente, organizzata per sezioni tematiche, elenca i riferimenti principali (norme, circolari, linee guida) citati nel testo, fornendo anche i link ai documenti ufficiali ove disponibili. Questa base bibliografica offre ai professionisti del settore un quadro aggiornato e autorevole per sviluppare pratiche di prevenzione e sanificazione efficaci, conformi alla normativa e alle migliori evidenze.

BIBLIOGRAFIA

Legislazione UE

- **Unione Europea (2012)** – Regolamento (UE) n. 528/2012 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 22 maggio 2012, relativo alla messa a disposizione sul mercato e all'uso dei biocidi [1]. In GUUE L167/2012.
- **Commissione Europea (2023)** – Regolamento di Esecuzione (UE) 2023/1078 del 2 giugno 2023 che approva l'ozono generato da ossigeno come principio attivo per l'uso nei biocidi PT2,4,5,11 a norma del reg.528/2012 [2] (GUUE L144/7 del 5.6.2023).
- **Direttiva 2000/54/CE** del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 18 settembre 2000 – Protezione dei lavoratori contro i rischi da agenti biologici (GUCE L262). Recepite in Italia dal D.Lgs.81/08
- **Consiglio dell'Unione Europea (2009)** – Raccomandazione 2009/C151/01 del 9giugno2009 sulla sicurezza dei pazienti, incluse le infezioni correlate all'assistenza. In GUUE C 151/01
- **Commissione Europea (2017)** – Piano d'azione "One Health" dell'UE contro la resistenza antimicrobica (COM(2017)339). Documento strategico non normativo.

Legislazione nazionale (Italia)

- **Italia (2008)** – Decreto Legislativo 9aprile2008 n.81. "Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro". TitoloX – Esposizione ad agenti biologici (artt.266–286)[3]. In SO GU n.101 del 30.4.2008.
- **Italia (2016)** – Decreto Legislativo 18aprile2016 n.50. "Codice dei contratti pubblici". Art.34 –

Criteri di sostenibilità energetica e ambientale (introduzione dei CAM obbligatori). GU n.91 del 19.4.2016.

- **Italia (2023)** – Decreto Legislativo 31 marzo 2023 n. 36. "Nuovo Codice dei contratti pubblici". Conferma obbligo CAM (artt. 57-58) e introduce CAM "tassativi" in appalti di servizi e forniture. GU n.77 del 31.3.2023.
- **Ministero Ambiente (2021)** – Decreto 29 gennaio 2021. "Criteri ambientali minimi per l'affidamento del servizio di pulizia e sanificazione di edifici e ambienti ad uso civile e sanitario e per i prodotti detergenti" [4]. In GU Serie Gen. n.42 del 19.02.2021. (CAM Pulizie);
- **PNRR Italia (2021)** – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Missione 6 Salute, Componente 2). Documento finale approvato con Decisione Consiglio ECOFIN 13.7.2021. Contiene Investimento 2.2 "Sviluppo competenze del personale SSN – Corso formazione infezioni ospedaliere" [5];
- **Ministero Salute (2022)** – Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PN-CAR) 2022–2025. Approvato con Intesa CSR n. 217 del 28.10.2021. Include strategia su ICA e sanificazione ambientale;
- **Legge 24/2017** (Legge Gelli-Bianco) – "Sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario". Riconosce le pratiche di prevenzione ICA come parte della sicurezza delle cure (art. 1) e istituisce il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) presso ISS per validare linee guida ufficiali.

Circolari e linee guida ministeriali

- **Ministero della Salute (2020a)** – Circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020. "COVID-2019. Nuove indicazioni e chiarimenti". Fornisce indicazioni su misure di prevenzione e sanificazione, incluse raccomandazioni sulla disinfezione di superfici con ipoclorito 0,1 %, etanolo 70 %, perossido 0,5 % [11][12];
- **Ministero della Salute (2020b)** – Circolare n. 17644 del 22 maggio 2020. "Indicazioni per l'attuazione di misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 attraverso procedure di sanificazione

di strutture non sanitarie". Linee guida per sanificazione in ambienti di comunità, sulla base di Rapporto ISS COVID-19#25/2020 [21][22]. Richiama D.Lgs. 81/08 e protocolli condivisi INAIL/ISS;

- **Ministero della Salute (1985)** – Circolare n. 52 del 20 dicembre 1985. “*Lotta contro le infezioni ospedaliere*”. Istituisce i Comitati di Igiene Ospedaliera e prime misure di sorveglianza;
- **Ministero della Salute (1988)** – Circolare n. 8 del 30 marzo 1988. “*Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza*”. Implementazione di sistemi di sorveglianza attiva delle infezioni in ospedale;
- **ISS – Rapporto COVID-19 n.25/2020** – “*Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell’attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento*”. Versione 15 maggio 2020 [23][52]. A cura del Gruppo ISS Biocidi COVID-19 in colab. con Ministero Salute;
- **ISS – SNLG (2019)** – Linea Guida “*Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico*”. (Trad. it. delle WHO SSI Prevention Guidelines 2016). Pubblicata su SNLG ISS, ID 255-2019;
- **ISS – SNLG (2018)** – Linea Guida “*Prevenzione delle infezioni da catetere venoso centrale*”. (Agenas, 2018 – esito del programma nazionale “Clean Care is Safer Care”);
- **SIMPIOS & SIMIT (2020)** – “*Linee guida italiane sulle infezioni da batteri MDR*”. Contengono capitoli su igiene ambientale in reparti con germi MDR. Riconosciute SNLG (ISS) nel 2021.

Linee guida e provvedimenti regionali

- **Regione Emilia-Romagna (2013)** – D.G.R. 318/2013. “*Linee di indirizzo alle Aziende USL per la gestione del rischio infettivo: ICA e uso responsabile degli antibiotici*”[27]. Istituisce sorveglianze SICHER (infezioni chirurgiche) e LAB (antibiotico-resistenza), rafforza CCIO aziendali;
- **Regione Veneto (2019)** – D.G.R. 1402 del 01.10.2019. Approvazione “*Strategia regionale uso corretto antibiotici*” e “*Piano regionale sorveglianza, prevenzione e controllo ICA*” [33]

[34]. Coordina recepimento PNCAR; Allegato B: Piano ICA Veneto 2019–2022;

- **Regione Lombardia (2025)** – D.G.R. XII/5181 del 21.10.2025. “*Linee di indirizzo regionali per la sanificazione ambientale e gestione rifiuti in strutture sanitarie e sociosanitarie*”[31][32]. Aggiornamento post-Covid dei requisiti di igiene ospedaliera; obbligo di adeguamento per tutte le strutture entro 6 mesi.
- **Regione Piemonte (2023)** – D.G.R. 1-6675 del 29.03.2023. “*Approvazione piano formazione infezioni ospedaliere – PNRR M6C2 Invest.2.2(b)*” [7][8]. Delega risorse PNRR a ASR piemontesi per formazione 15.000 operatori su IPC; delibera quadro su ICA/AMR 2023.
- **Regione Lazio (2019)** – Det. G00163 11.06.2019. “*Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle ICA (PAICA)*” [39]. Definisce struttura e tempistiche dei PAICA aziendali nel SSR Lazio;
- **Regione Lazio (2022)**: “*Documento di indirizzo su buone pratiche ICA*”, ed. 25.11.2022 (Centro Rischio Clinico Lazio). Raccomandazioni aggiornate su igiene mani, ambientale, isolamento, ecc.;
- **Regione Toscana (2010)** – Delibera GRT 15/2010. *Piano regionale di prevenzione delle ICA*. (Richiamata nel PSSR Toscana 2008–2012) – Impegna le aziende toscane ad adottare protocolli uniformi e indicatori comuni di sorveglianza ICA [35]. Aggiornamenti tramite atti dirigenziali 2013–2018 dall’Area Qualità SSR.

Norme tecniche e standard internazionali

- **CEN (2018)** – Norma **EN 14885:2018**. “*Disinfettanti chimici e antisettici – Applicazione delle norme europee per i disinfettanti chimici*”. Bruxelles: CEN. (**EN 14885:2022** aggiornata al 31.07.2022) [41]. Quadro di riferimento per test di efficacia battericida, fungicida, virucida, sporicida di prodotti disinfettanti;
- **CEN (2015)** – Norma **EN 16615:2015**. “*Chemical disinfectants and antiseptics – Quantitative test method for the evaluation of bactericidal and yeasticidal activity on non-porous surfaces with mechanical action (4-field test)*”. Metodo

europeo per test di disinfezione su superfici tramite strofinamento (fase 2/step 2);

- **CEN (2007) – EN 1276:2009 / EN 13697:2015.** *Metodi quantitativi per attività battericida in sospensione e su superficie.* (Recepite come UNI EN in Italia). **EN 14476:2013 + A2:2019:** metodo quantitativo virucida in sospensione. **EN 13704:2018:** metodo sporicida in sospensione. **EN 17272:2020:** metodo per disinfezione di ambienti per via aerea. (*Elenco non esaustivo degli standard di prova pertinenti*);
- **ISS – SNLG (2019) – Linea Guida ANMDO “Valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle strutture ospedaliere e territoriali”.** Pubblicata da ANMDO, riconosciuta nel Repertorio SNLG (2019). Contiene indicazioni su relazione tra igiene ambientale e rischio ICA, criteri di validazione delle procedure di sanificazione e indicatori di esito microbiologico [53]. Sottolinea la sanificazione come parte integrante del programma di gestione del rischio clinico [54];
- **WHO – OMS (2016) – “Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes”.** Ginevra: Organizzazione Mondiale Sanità. – **WHO (2020): “Environmental Cleaning in Healthcare. Practical Manual”.** (Collab. CDC). – **WHO (2022): “Global report on IPC”.** Documenti OMS che fissano standard globali su igiene ambientale, formazione e organizzazione dei programmi IPC;
- **CDC (2003/2023) – “Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities”.** Atlanta (USA): Centers for Disease Control and Prevention [48];
- **CDC (2008): “Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities”.** – **CDC (2020): COVID-19 IPC Guidance for Healthcare Settings.** Linee guida dell’ente americano, costantemente aggiornate, che costituiscono base scientifica per molte raccomandazioni internazionali;
- **ECDC (2010–2022) – Pubblicazioni e rapporti tecnici del Centro Europeo per il Controllo delle Malattie:** es. *Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections 2016–2017; ECDC*

Annual Epidemiological Report – HAIs 2018; Technical report: Options for cleaning in healthcare facilities, 2020. L’ECDC promuove anche campagne (es. “**Clean Hands Save Lives**”) ed evidenzia che il rafforzamento dei programmi di igiene potrebbe prevenire fino al 30% delle ICA in Europa[50].

NB (Tutti i documenti sopra citati sono accessibili attraverso i rispettivi siti istituzionali: Eur-Lex, Gazzetta Ufficiale, Ministero della Salute – sezione Normativa/Circolari, siti web regionali (BUR/Bollettini Ufficiali), ISS – SNLG, e siti di organizzazioni come OMS, CDC, ECDC [11].

-
- [1] [2] Publications Office:
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32023R1078>
 - [3] [17] [18] [19] [20] [21] [22] Min. Salute, circ. 22 maggio 2020, prot. n. 17644 - Indicazioni per l’attuazione di misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 attraverso procedure di sanificazione di strutture non sanitarie (superfici, ambienti interni) e abbigliamento:
https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=22706:sal17644_2020&catid=6&Itemid=137
 - [4] Gazzetta Ufficiale
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/02/19/21A00941/sg>
 - [5] [6] [30] Il Pnrr e le infezioni ospedaliere - Quotidiano Sanità
https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=95439
 - [7] [8] DGR_06675_1050_29032023_pdf
https://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2023/15/attach/dgr_06675_1050_29032023.pdf
 - [9] [10] [33] [34] Dettaglio Deliberazione della Giunta Regionale - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto
<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=404556>

- [11] [12] [13] [14] [15] [16] [25] [26] [44] Circolare Ministero della Salute n. 0005443 del 22 febbraio 2020
<https://www.certifico.com/news/circolare-ministero-della-salute-n-0005443-del-22-feb-braio-2020>
- [23] [24] [52] ISS, Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020
https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=22658:iss25_2020&catid=81&Itemid=142
- [27] [28] [29] Infezioni correlate all'assistenza (ICA) — Innovazione sanitaria e sociale
<https://assr.regione.emilia-romagna.it/antibioticoresistenza-infezioni/ica>
- [31] [32] Linee Guida: sanificazione e gestione dei rifiuti nelle strutture sanitarie - ANMVI Oggi | Quotidiano dell'Associazione Nazionale Medici Veterinari Italiani
<https://www.anmvioggi.it/regioni/lombardia/78097-linee-guida-sanificazione-e-gestione-dei-rifiuti-nelle-strutture-sanitarie.html>
- [35] [36] Controllo delle infezioni correlate alla assistenza - Regione Toscana
<https://www.regione.toscana.it/-/controllo-delle-infezioni-correlate-alla-assistenza>
- [37] La sanificazione in ospedale e la prevenzione delle infezioni...
<https://www.infezioniobiettivozero.info/9-infection-control/21-sanificazione-in-ospedale-e-prevenzione-infezioni-correlate-assistenza.html?tmpl=component>
- [38] Sanificazione ambientale - Anipio
<https://www.rischioinfettivo.it/www.rischioinfettivo.it/sanificazioneambientali>
- [39] [40] cmph.it
<https://www.cmph.it/wp-content/uploads/2023/03/PROGRAMMA-ANNUALE-INF-EZIONI-CORRELATE-ALLASSISTENZA-PAICA.pdf>
- [41] [42] [43] [45] What's New in EN 14885? | Tecolab
<https://tecolab-global.com/whats-new-in-en-14885/>
- [46] [47] [53] [54] anmdo.org
<https://www.anmdo.org/wp-content/uploads/2020/12/ANMDO-linea-guida-2019-ok.pdf>
- [48] Environmental Infection Control Guidelines - CDC
<https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/environmental-control/index.html>
- [49] [50] [51] medtecheurope.org
https://www.medtecheurope.org/wp-content/uploads/2017/05/HAI_Brochure_MedTechEurope_5May2017_0.pdf

La partnership con le strutture sociosanitarie: come l'expertise Sodexo nel campo della nutrizione aiuta le performance di cliniche e ospedali

Nell'attuale sistema sociosanitario la qualità dei servizi non clinici è sempre più riconosciuta come leva strategica per migliorare l'efficacia complessiva degli ospedali. Tra questi servizi un ruolo centrale è svolto dai servizi di **ristorazione collettiva**. In questo contesto, Sodexo è in grado di instaurare partnership con le strutture sociosanitarie che si configurano come un vero e proprio **supporto alle performance organizzative, economiche, cliniche e di qualità assistenziale**.

L'expertise di Sodexo nel campo della nutrizione sociosanitaria, grazie al dipartimento "**Food Intelligence**" – composto da professionisti della nutrizione che si confrontano con chef e gastronomi e da nutrizionisti esperti dei dietetici ospedalieri – e grazie alla condivisione delle migliori pratiche delle gestioni ospedaliere **in Europa e nel Nord America**, consente di integrare competenze nutrizionali, gestionali e di controllo dei processi in linea con i bisogni specifici di pazienti e utenti fragili.

Piani dietetici personalizzati in base alle diverse patologie, menu basati su evidenze scientifiche e certificati nel processo di preparazione secondo la **UNI11584**, adattati ai diversi bisogni clinici e assistenziali – abbiamo sviluppato oltre **15 dietetici ospedalieri** e menu appositi per la **disgafia** con rese cremosa, tritata e morbida – incidono positivamente sullo stato nutrizionale dei pazienti, supportando i percorsi di cura e riducendo il rischio di complicanze correlate alla malnutrizione, un problema che in Italia determina il prolungamento della degenza del 30-40%. Per le strutture sociosanitarie, ciò si traduce in **benefici misurabili**: maggiore soddisfazione degli utenti, ottimizzazione dei processi interni, efficienza organizzativa e riduzione degli sprechi (attraverso il programma **Waste Watch**). In questa prospettiva, Sodexo si propone come un **alleato strategico del business delle aziende sanitarie**, supportando la *Sanità* in un percorso di maggior efficienza.



Valore, servizi e sostenibilità per strutture sanitarie e socioassistenziali: con Sodexo, la cura è al primo posto.

Da sempre al fianco delle persone, Sodexo è pioniera nel rispondere alle sfide di tutti i giorni con soluzioni adatte a ogni esigenza, pensate a partire da bisogni reali.

Supportiamo strutture e personale sociosanitario con soluzioni complementari all'assistenza clinica: nutrizione del paziente, caffetterie e ristoranti, servizi di igiene e sicurezza degli ambienti, servizi socioassistenziali e infermieristici, manutenzione degli immobili e molto altro.

