SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

Agenda vaccinale annuale del Medico di Medicina Generale

Un modello integrato di programmazione, reportistica e monitoraggio

Francesca Guerra
Francesco Lapi
Tecla Mastronuzzi
Alessandro Rossi



Razionale

La vaccinazione dell'adulto sta progressivamente evolvendo da un modello prevalentemente opportunistico, legato al singolo contatto con il proprio medico di medicina generale (MMG) o comunque con i servizi sanitari, verso un approccio programmato, longitudinale e integrato nel percorso assistenziale, pur mantenendo la dovuta flessibilità e peculiarità dei singoli contesti regionali. Il concetto di *life-course immunization* proposto nell'ambito dell'***Immunization Agenda 2030*** considera infatti la vaccinazione come una componente continuativa della prevenzione, da organizzare in funzione dell'età, delle condizioni cliniche, dei fattori di rischio e delle precedenti immunizzazioni (*Wallace et al., Vaccine, 2024*). In questa prospettiva, l'Agenda vaccinale annuale della medicina generale non rappresenta soltanto un elenco di raccomandazioni, ma uno strumento organizzativo capace di identificare i soggetti eleggibili secondo specifici criteri *evidence-based* e normativamente condivisi, programmare nel corso dell'anno le attività di identificazione e recupero delle diverse popolazioni target e monitorare longitudinalmente le coperture. La programmazione temporale riguarda pertanto l'attività organizzativa del MMG e non l'indicazione vaccinale: ogni vaccinazione può essere proposta ogni volta che il paziente risulta eleggibile, indipendentemente dal periodo dell'anno individuato nell'Agenda.

Analogamente, l'***Adult Immunization Board*** sottolinea la necessità di strategie strutturate per gli anziani, combinando vaccinazioni correlate all'età, al rischio e alla stagionalità e valorizzando le opportunità di co- somministrazione (*Del Riccio et al., Drugs Aging, 2026; Bonanni et al., Hum Vaccin Immunother, 2023; https://www.epicentro.iss.it/vaccini/piano- nazionale -vaccini-2023-2025*).

In **Figura 1** è riportato uno schema esemplificativo utile a suggerire l'implementazione di un'**Agenda vaccinale per l'adulto** che potrebbe essere operativamente attuata nell'ambito delle cure primarie. Ad esempio, l'Herpes Zoster si presta particolarmente ad una gestione di questo tipo sia per le ragioni fondanti il suo impiego che la possibile co-somministrazione con altre vaccinazioni al fine di favorire le rispettive coperture. L'aumento dell'incidenza e delle complicanze associate allo Zoster con l'avanzare dell'età, insieme all'elevata efficacia del vaccino ricombinante adiuvato negli adulti ≥50 anni e negli ultrasettantenni, ne supportano una sistematica identificazione dei soggetti eleggibili (*Lal et al., N Engl J Med, 2015; Cunningham et al., N Engl J Med, 2016*). La necessità di completare correttamente il ciclo vaccinale rafforza inoltre l'utilità di sistemi in grado di distinguere soggetti mai vaccinati, vaccinazioni iniziate e richiami da completare.

L'influenza costituisce l'altro paradigma dell'Agenda, poiché notoriamente richiede una programmazione ricorrente su base stagionale e una particolare attenzione agli anziani e ai soggetti fragili. Nei soggetti più anziani, formulazioni vaccinali potenziate possono offrire una maggiore protezione rispetto ai vaccini standard, anche rispetto alle ospedalizzazioni (*Ferdinands et al., J Am Geriatr Soc, 2024*), oltre a ricordare l'opportunità della co-somministrazione vaccinale.

In misura complementare, l'organizzazione dell'Agenda dovrebbe comprendere anche pneumococco e, per RSV, le popolazioni individuate secondo le indicazioni e l'offerta vaccinale regionale, alla luce delle evidenze di efficacia disponibili (*Papi et al., N Engl J Med, 2023; Bonten et al., N Engl J Med, 2015*). L'efficacia di una tale organizzazione dipende tuttavia anche dalle modalità di implementazione: meccanismi di *reminding* (*Jacobson Vann et al., Cochrane Database Syst Rev, 2018*) e gli interventi strutturati nelle cure primarie, soprattutto quando combinano sistemi informativi, promemoria e strategie organizzative, migliorano significativamente l'adesione vaccinale (*Wheeler et al., J Public Health, 2025*). Più in generale, il setting delle cure primarie può disporre di strumenti di *self-audit* che, con indicatori di performance basati sui criteri di eleggibilità ufficialmente riconosciuti, quantificano e ricordano al MMG, con tempi e periodicità da lei/lui prestabiliti, le popolazioni da vaccinare. Quelli succitati sono alcuni degli esempi che potrebbero estendersi tuttavia a tutti gli schemi di immunizzazione dell'adulto come, appunto, si può osservare in **Figura 1**.

In generale, da queste considerazioni deriva il razionale per un'Agenda vaccinale per l'adulto che abbia delle specifiche caratteristiche di dinamicità, individualizzazione ed integrazione nelle cure primarie, capace di trasformare le raccomandazioni in attività preventive programmabili e misurabili, sempre nelle logiche di flessibilità del rispettivo contesto territoriale alla luce, in particolare, delle numerose differenze di normative regionali che si possono incontrare.

Figura 1. Agenda vaccinale annuale del medico di medicina generale.

Schema esemplificativo di programmazione delle attività vaccinali nell'arco dei dodici mesi, con identificazione delle popolazioni eleggibili, recupero dei non vaccinati e integrazione delle opportunità di prevenzione nella pratica clinica quotidiana.

AGENDA VACCINALE ANNUALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

A ciascun mese il suo target: programmare percorsi di prevenzione vaccinale con una guida operativa di 12 mesi

GENNAIO – FEBBRAIO

Influenza (stagionale) e COVID e altre opportunità vaccinali

Popolazione
≥60 anni e soggetti per i quali la vaccinazione è raccomandata

Vaccino
Influenza (stagionale) e COVID

Azione
Proseguire la campagna antinfluenzale e recuperare gli eleggibili non ancora vaccinati.
Valutare, quando indicato, la ***co-somministrazione*** con altre vaccinazioni raccomandate:
- **Pneumococco**
- **Herpes Zoster**
- **RSV – secondo indicazioni/ offerta regionale**

MARZO

Pneumococco / Herpes Zoster *RECUPERO COORTE 65ENNI*

Popolazione
65enni

Vaccino
- Pneumococco
- Herpes Zoster

Azione
Identificare e recuperare i 65enni non ancora vaccinati o con ciclo vaccinale da completare.

APRILE

Pneumococco / Herpes Zoster *RECUPERO SOGGETTI A RISCHIO*

Popolazione
Soggetti con condizioni di rischio per le quali è raccomandata la specifica vaccinazione

Vaccino
- Pneumococco
- Herpes Zoster

Azione
Identificare i soggetti eleggibili in base alle condizioni di rischio e proporre le vaccinazioni indicate se non ancora vaccinati.

MAGGIO

Vaccino adolescenti

Popolazione
11–18 anni

Vaccino
(previste dal Calendario nazionale)
- dTpa-IPV
- Meningococco ACWY
- HPV

Azione
Verificare lo stato vaccinale e recuperare le vaccinazioni previste nell'adolescenza.

GIUGNO

Eleggibili per anti-HPV

Popolazione
Donne fino a 26 anni e uomini fino a 18 anni non vaccinati o con ciclo incompleto; ulteriori popolazioni secondo offerta regionale.

Vaccino
HPV

Azione
Identificare gli eleggibili e recuperare la vaccinazione secondo le indicazioni nazionali e regionali.

LUGLIO – AGOSTO

FINESTRA FLESSIBILE / RECUPERO*

Recuperare le attività non completate nei mesi precedenti e mantenere l'offerta vaccinale in occasione dei contatti con gli assistiti.

**ricorda che i vaccini, come antipneumococco ed antiZoster, non vanno in vacanza.*

SETTEMBRE

Eleggibili per dTpa

Popolazione
Adulti

Vaccino
dTpa

Azione
Verificare lo stato vaccinale e recuperare i richiami dTpa non effettuati secondo le indicazioni vigenti.

(Il richiamo decennale può essere considerato come informazione).

OTTOBRE – NOVEMBRE – DICEMBRE

Influenza (stagionale) e COVID e altre opportunità vaccinali

Popolazione
≥60 anni e soggetti per i quali la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata

Vaccino
Influenza (stagionale) e COVID

Altre opportunità vaccinali
Valutare, quando indicato, la ***co-somministrazione*** con altre vaccinazioni raccomandate:
- **Pneumococco**
- **Herpes Zoster**
- **RSV – secondo indicazioni/ offerta regionale**

Azione
Avviare la campagna antinfluenzale e utilizzare l'occasione per verificare le altre vaccinazioni indicate.

L'Agenda vaccinale del Medico di Medicina Generale rappresenta uno strumento organizzativo che ha come obiettivo quello di promuovere e semplificare l'attività vaccinale nell'ambulatorio del medico di famiglia. Ciascun medico può decidere di utilizzare come guida operativa nella propria pratica clinica in modo flessibile e personalizzabile per promuovere le vaccinazioni in modo più efficiente e favorire le coperture vaccinali. Il modello può essere supportato da sistemi di reminding basati su indicatori di performance aggiornati su base mensile finalizzati a richiamare l'attenzione del medico sulle specifiche popolazioni vaccinabili e sulle immunizzazioni da considerare nel periodo di riferimento.
I periodi e le popolazioni riportati sono indicativi e possono essere adattati in base alle normative locali, all'offerta vaccinale regionale e alle caratteristiche della popolazione assistita.
La figura non sostituisce il calendario vaccinale nazionale.

Condizioni di rischio *Da valutare in base al tipo di vaccinazione*
- Patologie croniche cardiovascolari (es. cardiopatie, scompenso)
- Diabete mellito e altre endocrinopatie
- Patologie respiratorie croniche (es. BPCO, asma grave)
- Patologie renali croniche
- Patologie epatiche croniche
- Immunodepressione (patologie o terapie immunosoppressive)
- Neoplasie e emopatie
- Gravidanza
- Altre condizioni di rischio indicate nel PNPV

Aspetti pratici

A seguito di quanto discusso in precedenza è necessario inquadrare un percorso implementativo dell'Agenda vaccinale nella popolazione adulta. In questo contesto, come sopramenzionato, strumenti informatici di governo clinico, compatibili con il gestionale del medico di famiglia potrebbero rendere operativa l'Agenda stessa, trasformando le raccomandazioni in popolazioni immediatamente identificabili, ossia liste di lavoro generate da indicatori di performance. Età, patologie, terapie, immunodepressione e vaccinazioni registrate consentirebbero di classificare automaticamente gli assistiti come vaccinati, eleggibili, da richiamare o con vaccinazione incompleta, visualizzando per ciascun indicatore, numeratore, denominatore, copertura e pazienti eleggibili. In **Figura 2** sono riportati esempi dell'utilizzo operativo degli indicatori, costruiti su dati simulati a esclusivo scopo esemplificativo. Gli indicatori consentono di quantificare, per ciascuna popolazione eleggibile, i soggetti con vaccinazione registrata e quelli da recuperare. A titolo di esempio, nell'indicatore relativo alla vaccinazione antinfluenzale dei soggetti ≥60 anni, 530 assistiti risultano vaccinati su 548 eleggibili (96,72%), quindi 18 risultano da recuperare. Analogamente, per l'Herpes Zoster, 576 soggetti ≥65 anni presentano un ciclo completo su 600 eleggibili (96,00%), con 24 assistiti da recuperare. Gli stessi indicatori possono evidenziare aree nelle quali il margine di recupero è maggiore, come nell'esempio simulato dei soggetti a rischio di 18–49 anni per Herpes Zoster, nel quale 18 assistiti su 90 presentano un ciclo completo (20,00%).

I criteri di eleggibilità devono essere specifici per ciascuna vaccinazione e coerenti con le raccomandazioni vigenti e, ove applicabile, con l'offerta vaccinale regionale. Le liste generate dallo strumento informatico, sulla base dei criteri definiti dal clinico, possono quindi supportare sistemi di *reminding* in cartella, così da favorire un ciclo virtuoso che contempli attività di *recall*, contatti telefonici e/o digitali e campagne programmate (**Figura 3**).

Figura 2. Esempi di indicatori di copertura vaccinale nella popolazione adulta.

Rappresentazione su dati simulati di indicatori per il monitoraggio delle coperture vaccinali, con evidenza delle popolazioni eleggibili, dei soggetti vaccinati e delle opportunità di recupero.

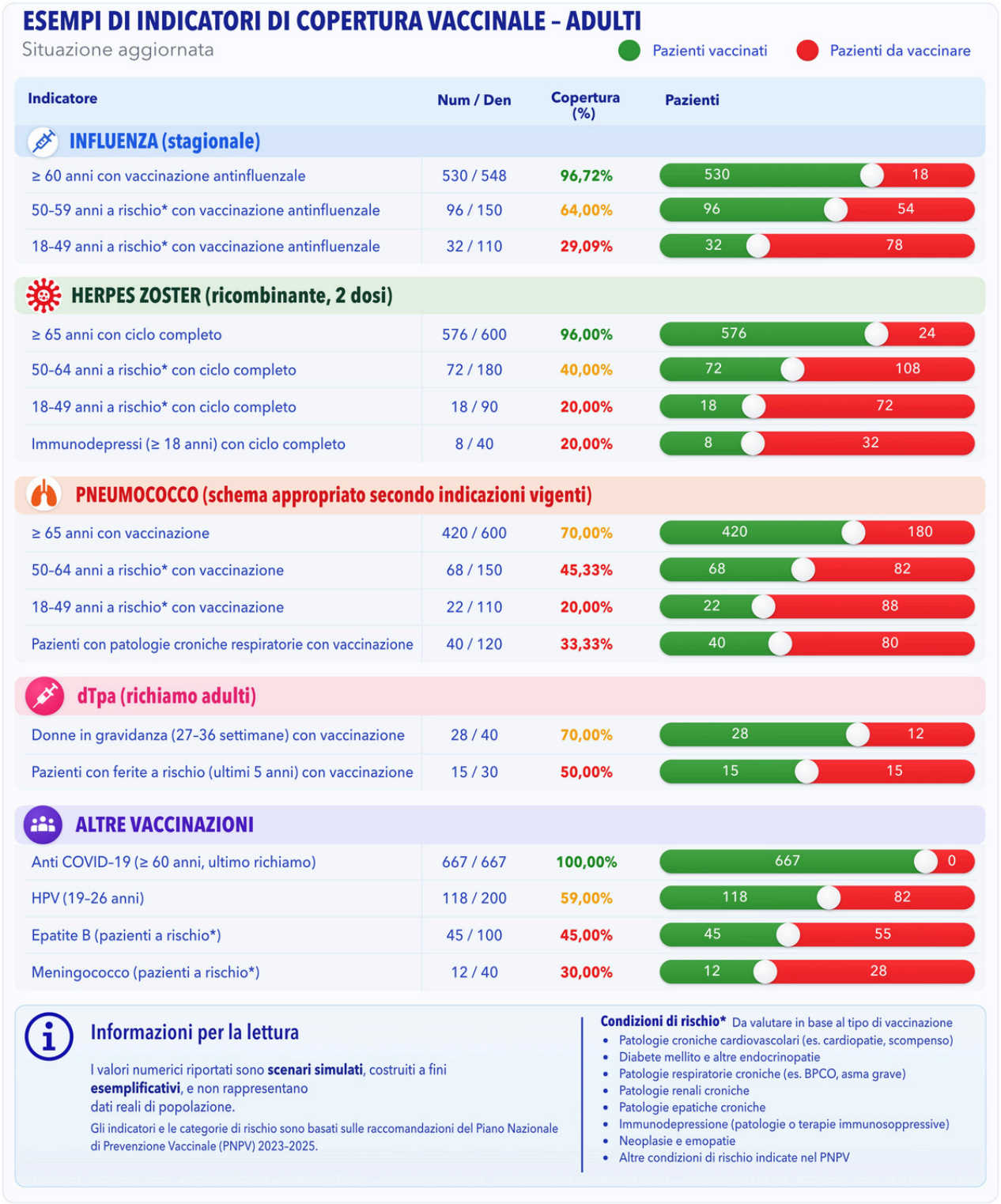
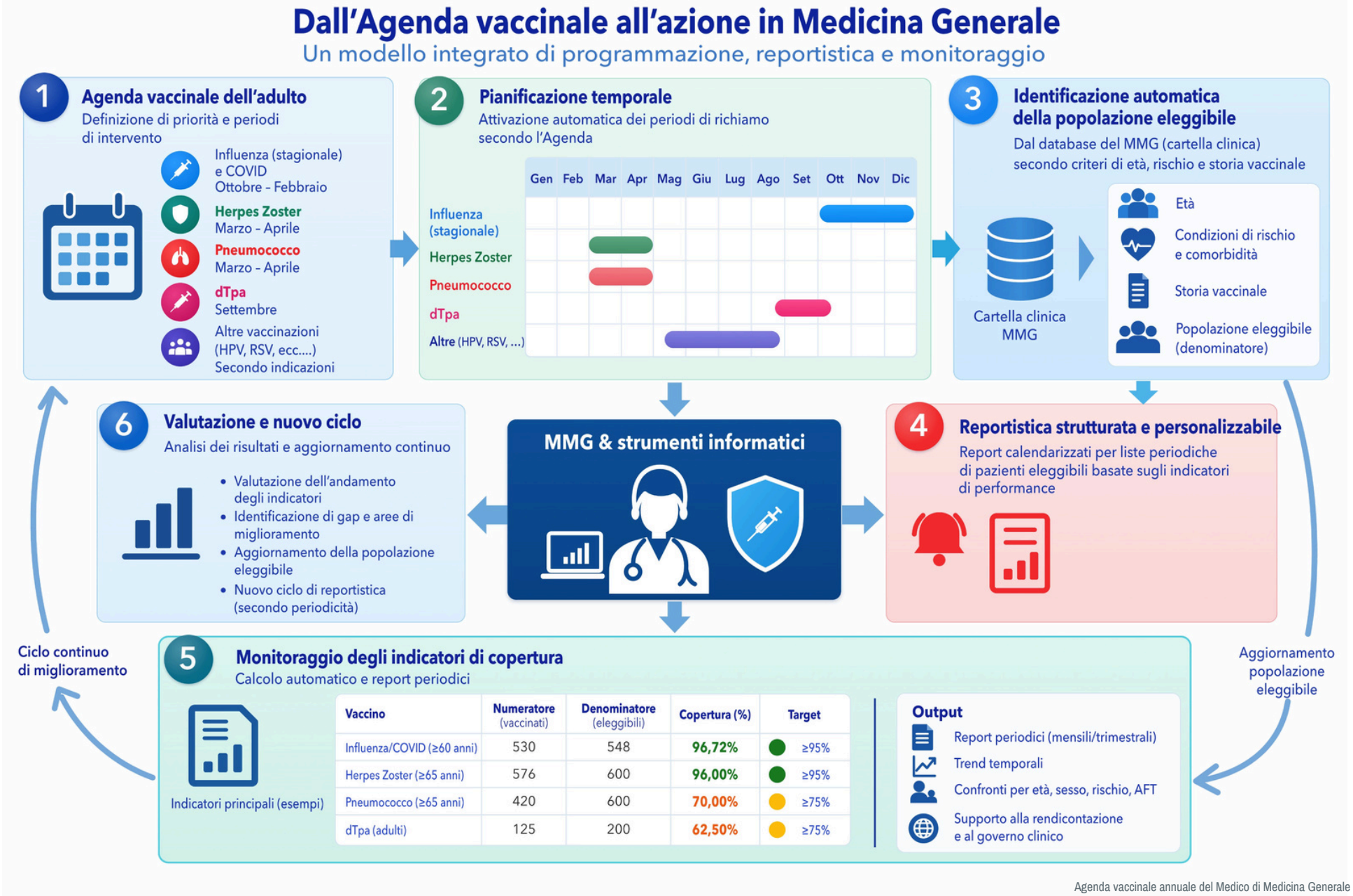


Figura 3. Dall'Agenda vaccinale all'azione in Medicina Generale.

Modello operativo integrato che collega programmazione annuale, identificazione automatizzata degli eleggibili, reportistica periodica e monitoraggio delle coperture, favorendo un processo continuo di valutazione e miglioramento delle attività vaccinali.



Riferimenti bibliografici

Wallace AS, et al. Leaving no one behind: Defining and implementing an integrated life course approach to vaccination across the next decade as part of the Immunization Agenda 2030. Vaccine. 2024;42(Suppl 1):S54-S63. doi:10.1016/j.vaccine.2022.11.039.

Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2026-2027. https://www.epicentro.iss.it/influenza/raccomandazioni-ministero

Ministero della Salute. Indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2026/2027 anti COVID-19. Circolare prot. n. 4398 del 1° ottobre 2026. https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-10/Circolare%20COVID%202026-2027.pdf

Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025. Prorogato per il 2026, intesa n. 243/CSR
https://www.epicentro.iss.it/vaccini/piano-nazionale-vaccini-2023-2025

Del Riccio M, et al. Advancing Vaccination Strategies for Older Adults: Insights of the Adult Immunization Board Meeting. Drugs Aging. 2026;43(3):223-237. doi:10.1007/s40266-026- 01284-y.

Lal H, et al. Efficacy of an Adjuvanted Herpes Zoster Subunit Vaccine in Older Adults. N Engl J Med. 2015;372(22):2087-2096. doi:10.1056/NEJMoa1501184.

Cunningham AL, et al. Efficacy of the Herpes Zoster Subunit Vaccine in Adults 70 Years of Age or Older. N Engl J Med. 2016;375(11):1019-1032. doi:10.1056/NEJMoa1603800.

Ferdinands JM, et al. Protection against influenza hospitalizations from enhanced influenza vaccines among older adults: A systematic review and network meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2024;72(12):3875-3889. doi:10.1111/jgs.19176.

Papi A, et al. Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Protein Vaccine in Older Adults. N Engl J Med. 2023;388(7):595-608. doi:10.1056/NEJMoa2209604.

Bonten MJM, et al. Polysaccharide Conjugate Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults. N Engl J Med. 2015;372(12):1114-1125. doi:10.1056/NEJMoa1408544.

Bonanni P, et al. Vaccine co-administration in adults: an effective way to improve vaccination coverage. Hum Vaccin Immunother. 2023;19(1):2195786. doi:10.1080/21645515.2023.2195786.

Jacobson Vann JC, et al. Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. Cochrane Database Syst Rev. 2018;1:CD003941. doi:10.1002/14651858.CD003941.pub3.

Wheeler SG, et al. Interventions in primary care to increase uptake of adult vaccines: a systematic review. J Public Health (Oxf). 2025;47(2):222-231. doi:10.1093/pubmed/fdaf008.



Con il contributo non condizionante di
GlaxoSmithKline & CSL Seqirus



S.I.M.G.

Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Via Del Sansovino 179, 50142 Firenze (FI)

Telefono: 055 70.00.27 - 055 73.99.199

Segreteria: segreteria@simg.it | PEC: simg@pec.it