



# VaxGazette Milano

Il nuovo Gazzettino delle vaccinazioni di Milano

χαλεπά τὰ καλά

(Le cose belle sono difficili – Aforisma greco)

## Campagne vaccinali d'autunno e allergie

### Editoriale

#### "Guarire" di Kitty O'Meara

E la gente rimase a casa  
E lesse libri e ascoltò  
E si riposò e fece esercizi  
E fece arte e giocò  
E imparò nuovi modi di essere  
E si fermò  
E ascoltò più in profondità  
Qualcuno meditava, qualcuno pregava  
Qualcuno ballava  
Qualcuno incontrò la sua ombra  
E la gente cominciò a pensare diversamente  
E la gente guarì  
E in assenza di gente che viveva  
In modi ignoranti,  
Pericolosi, senza senso e senza cuore,  
Anche la terra cominciò a guarire  
E quando il pericolo finì  
E la gente si ritrovò  
Si addolorò per i morti  
E fece nuove scelte  
E sognò nuove visioni  
E creò nuovi modi di vivere  
E guarì la terra completamente  
Così come erano guariti loro.

Per questo editoriale abbiamo scelto una poesia, scritta da Kitty O'Meara, un'insegnante in pensione di Madison, Wisconsin, nel marzo 2020.

Per non dimenticare  
Buona lettura a tutti e Buon Inverno!

### Sommario

Le allergie e i vaccini .....	2
Il Bambino Immunodepresso: Come e quando vaccinarlo .....	3
Immunodepressione e vaccini: il paziente con HIV, tempi e vaccini specifici .....	5
Emisfero sud 2025: l'anteprima di un inverno influenzale che cambia le regole .....	6
RSV: com'è andata la campagna 2024/25 .....	9
Pronti, partenza, via! Campagna vaccinale antinfluenzale 2025 .....	10
La Struttura Complessa Vaccinazioni dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda si presenta! .....	11

#### Comitato di redazione tecnico

Catia Rosanna Borriello (Direttore)  
Alessandro Baldissera  
Daria Bucci  
Cristiana Caprio  
Sara Cataldi  
Giovanni Cicconi  
Andrea Cinnirella  
Marilena D'Amico  
Francesca Grosso  
Roberta Lattanzio  
Maria Paula Manuele  
Patrizia Masia  
Anna Maria Nanni  
Simona Scarioni  
Claudio Sichenze  
Sudwaric Sharma

Segreteria di redazione:  
Elisabetta Baroni

## Le allergie e i vaccini

Intervista all'esperto: dr. Jan Schroeder

a cura di S. Cataldi



**Nel suo ambito clinico, quale valor ha la vaccinazione nella protezione dei pazienti con condizioni allergiche complesse, e**

**quali situazioni rappresentano una reale controindicazione alla somministrazione?**

Nell'ambito allergo-immunologico trattiamo molti pazienti con patologie respiratorie come oculorinite allergica a pollini e acari della polvere e asma sia allergico sia non allergico eosinofilo. I pazienti asmatici presentano spesso delle riacutizzazioni scatenate da fonti infettive come virus e batteri. Questi eventi possono talvolta richiedere accessi al PS oppure allo studio del MMG per potenziare la terapia anti-asmatica inalatoria oppure introdurre trattamento con corticosteroidi e antibiotico per via sistemica. Le vaccinazioni offrono uno strumento insostituibile nella protezione e riducono notevolmente le infezioni virali in questi pazienti fragili contribuendo a una migliore qualità di vita.

Le vere controindicazioni alla vaccinazione sono rarissime e sono generalmente rappresentate dalle pregresse reazioni avverse sistemiche da vaccinazione. Inoltre, possono essere a maggior rischio le persone con condizioni cliniche non controllate come asma non controllato, Orticaria e Angioedema recidivante, Anafilassi idiopatiche e la Mastocitosi sistemica.

**Quando è utile fare una visita allergologica prima del vaccino?**

Nei casi di condizioni cliniche non stabili come asma non controllato oppure orticarie recidivanti, è opportuno intraprendere una terapia che possa stabilizzare il quadro clinico e in questo modo evitare un eventuale peggioramento causato dalla vaccinazione.

**Quali sostanze contenute nei vaccini possono dare problemi in chi ha una predisposizione allergica, e quanto è davvero frequente che accada?**

Generalmente le reazioni allergiche sono causate dal principio attivo e solo in un'esigua minoranza dei pazienti dagli eccipienti, cioè quelle sostanze utilizzate per la formulazione o la stabilizzazione del prodotto medicinale. Trattasi in genere di gelatina, Polietilenglicole (PEG), polisorbato 80, che inducono rarissime reazioni avverse. Proprio nel periodo della vaccinazione anti-Covid sono stati eseguiti molti studi per verificare il ruolo degli eccipienti nella relazione causale delle reazioni, correlazione che non ha trovato conferma.

**Se un paziente è allergico a farmaci, alimenti o sostanze particolari, può vaccinarsi in sicurezza? Come viene gestito il rischio?**

Absolutamente sì. Le allergie a farmaci, alimenti, pollini, acari e le reazioni da contatto, come quelle da nickel, non predispongono ad un maggiore rischio rispetto alle vaccinazioni. I soggetti con tali condizioni possono essere vaccinati presentando lo stesso rischio delle persone non allergiche. Nei pazienti con condizioni cliniche non stabilizzate o con quadri clinici non chiari conviene interpellare l'Allergologo. Nei casi con documentate pregresse reazioni allergiche a vaccini si consiglia di scegliere un

percorso vaccinale in ambiente protetto (Ospedale Niguarda).

5) Quali strategie comunicative risultano più efficaci nei pazienti con allergie, alla luce della sua esperienza clinica?

È importante coinvolgere a livello ambulatoriale direttamente i pazienti con allergie spiegando loro in modo semplice e chiaro i meccanismi d'azione dei vaccini e la non correlazione con altre forme di allergia. Illustrare loro i dati reali di incidenza delle reazioni allergiche alle vaccinazioni e comunicare che le infezioni virali possono essere molto più pericolose. Sono utili anche brevi spot sui canali social da parte dei professionisti e dei pazienti.

## Il Bambino Immunodepresso: Come e quando vaccinarlo

a cura di C. Caprio

I vaccini sono un metodo di profilassi fondamentale per tutti, soprattutto in età pediatrica. I soggetti che hanno un'immunodeficienza sono tra quelli che ne traggono il beneficio più grande, perché il loro difetto nel sistema di difesa li espone maggiormente agli agenti infettivi. D'altra parte, per la stessa ragione non è detto che questi soggetti siano in grado di rispondere all'agente immunizzante, e, addirittura, alcuni vaccini - quelli costituiti dal batterio o virus vivo - possono rappresentare un rischio, in quanto in grado di indurre la malattia stessa. Quindi, come comportarci? Facciamo chiarezza!

**Cosa si intende per immunodeficienza?**

L'immunodeficienza è quella condizione nella quale l'organismo è immunodepresso, cioè meno efficace nell'affrontare i possibili rischi di aggressioni esterne: in questa condizione, infatti, è più difficile difendersi da microrganismi ambientali che causano malattie, come virus, batteri e funghi.

Si possono distinguere due diverse forme di immunodeficienze (ID): le immunodeficienze primitive (IDP) e le immunodeficienze secondarie (IDS).

Le IDP sono un gruppo eterogeneo di **malattie genetiche, che colpiscono i geni** che controllano la risposta immunitaria. Ad oggi sono state identificate più di 400 forme di IDP, nelle quali la condizione di immunodeficienza si manifesta con una **suscettibilità alle infezioni superiore alla norma. Nell'ambito delle IDP, distinguiamo difetti dell'immunità umorale, difetti maggiori dei linfociti T, difetti specifici dell'immunità innata e del sistema del complemento, oltre alle immunodeficienze sindromiche.**

Le IDS, invece, dipendono da **modificazioni reversibili o irreversibili del sistema immunitario** che originano da cause esterne allo stesso sistema immunitario e che ne riducono la funzionalità. Si possono distinguere IDS causate da condizioni di malattia (es: infezioni virali come quelle da HIV, EBV, virus del morbillo e della varicella, condizioni associate a malnutrizione come tumori, perdite intestinali o renali di proteine, lesioni della barriera cutanea e mucosa, assenza o ipoplasia congenita della milza) e immunodeficienze secondarie iatrogene, cioè causate dalle terapie (es:

farmaci immunosoppressori, splenectomia).

### Quali vaccini nelle immunodeficienze?

Nelle IDP sono importanti tutti i vaccini previsti dal calendario vaccinale, laddove sono efficaci e soprattutto sicuri. È compito dello specialista dare indicazioni su quali possono essere eseguiti. In generale si può affermare che tutti i vaccini costituiti dal germe ucciso/inattivato o ricombinanti non possono mai recare danno in un soggetto con immunodeficit; potrà invece accadere che non generino alcuna risposta a causa del difetto immunologico e quindi non siano efficaci. Anche i vaccini a virus vivi previsti dal calendario dell'infanzia sono tutti importanti, tuttavia è bene sempre consultare lo specialista prima di somministrarli, perché in alcuni tipi di immunodeficit, in cui mancano o non funzionano le cellule T deputate alla risposta al virus, possono essere molto pericolosi.

Nelle IDS, sia l'immunità innata sia quella adattiva possono essere compromesse con un diverso grado di intensità e a vari stadi, portando conseguentemente ad una suscettibilità aumentata ad infezioni causate da diversi patogeni. Numerosi studi mostrano chiaramente che la somministrazione di vaccini inattivati può essere considerata sicura ed efficace e può ridurre i costi relativi di assistenza sanitaria. Tuttavia, per ogni vaccino, compresi quelli a virus vivi attenuati, devono essere considerati il rapporto rischio/beneficio e il timing più appropriato per evitare complicanze vaccinali e garantire al contempo un'adeguata risposta anticorpale.

### E per chi non può essere vaccinato o non risponde adeguatamente ai vaccini?

In generale, è fondamentale che i contatti stretti di un soggetto affetto da ID siano protetti il più possibile dalle malattie prevenibili con i vaccini. Infatti nelle condizioni in cui nessun vaccino può essere somministrato, il fatto che i familiari siano coperti rappresenta l'unico mezzo di protezione del paziente stesso. È bene quindi verificare che questi siano tutti vaccinati: se non già coperti, possono ricevere tutti i vaccini uccisi/inattivati/ricombinanti, compreso quello anti-influenzale inattivato nella stagione a rischio. Vaccini a virus vivo, come anti-morbillo, parotite, rosolia e varicella possono essere somministrati in quanto il rischio di trasmissione del virus vaccinale e quindi dello sviluppo della malattia nel soggetto con immunosoppressione grave è molto raro. Anche il vaccino vivo anti-rotavirus può essere somministrato ai contatti, in quanto il vantaggio della protezione indiretta dalla malattia da virus selvaggio supera di gran lunga il minimo rischio di trasmettere il virus vaccinale. Sarà comunque sempre lo specialista a fornire indicazioni in merito.

Per proteggere davvero i soggetti immunodepressi sarebbe auspicabile raggiungere la massima copertura vaccinale non solo nei contatti, ma nella popolazione generale, dato che i soggetti affetti da ID devono essere inseriti in comunità ed in particolare i bambini devono poter frequentare l'asilo, la scuola e tutti gli altri luoghi di

aggregazione, come i loro coetanei non affetti.

**In conclusione**, la decisione di vaccinare un paziente con immunodeficienza primitiva o secondaria e il relativo programma vaccinale devono prevedere una precisa valutazione dei rischi e dei benefici, che tenga in considerazione la malattia di base, il livello di immunocompromissione, il tipo di vaccino da somministrare e l'eventuale stato vaccinale

del singolo paziente, al fine di garantire la massima protezione ed evitare eventi avversi. La vaccinazione dei contatti è fondamentale, poichè spesso, per questi pazienti, essa rappresenta l'unica possibilità di protezione verso le malattie infettive prevenibili dai vaccini.

Per approfondire l'argomento:

Martire B, Azzari C, Badolato R, et al.  
 Le vaccinazioni nel soggetto con difetto della risposta immunitaria:  
 raccomandazioni della Rete Italiana delle  
 Immunodeficienze Primitive (IPINET).  
 Rivista di Immunologia e Allergologia  
 Pediatrica 2020;34:17-35.

## Immunodepressione e vaccini: il paziente con HIV, tempi e vaccini specifici

a cura di R. Lattanzio, ML. Neri, C. Vespucci, C. Sichenze

L'HIV è un virus a RNA appartenente ai Retrovirus che sono caratterizzati da un meccanismo replicativo peculiare: una volta penetrati nella cellula ospite, tramite l'enzima trascrittasi inversa, l'RNA virale viene trascritto in DNA che si

integra nel genoma cellulare e viene trascritto in mRNA con produzione di nuove particelle virali. Con la progressione della malattia il virus compromette il sistema immunitario, favorendo l'insorgenza di infezioni opportunistiche e tumori, condizioni che segnano il passaggio dall'infezione asintomatica all'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita). In Italia, nel 2023 sono state segnalate 2.349 nuove diagnosi di infezione da HIV (4 casi per 100.000 abitanti). Nello stesso anno le nuove diagnosi di AIDS sono state 532 (0,9 casi per 100.000 abitanti), con un aumento del 28% rispetto al 2020. Nel 77,2% la diagnosi di AIDS si è avuta in pazienti che non sapevano di aver contratto l'infezione da HIV.

La maggioranza dei contagi è attribuibile a rapporti sessuali (86,3%), con prevalenza nei rapporti tra uomini (38,6%).

Grazie ai progressi terapeutici, oggi l'infezione da HIV non ha più una prognosi infausta, ma la prevenzione delle infezioni opportunistiche resta fondamentale. In questo contesto le vaccinazioni rappresentano una strategia efficace e sicura e andrebbero eseguite quando, con una terapia antiretrovirale efficace (HAART, Highly Active Antiretroviral Therapy), si è ottenuta la soppressione della carica virale (<50 cp/mL) e la conta dei CD4 è  $\geq 200$  cellule/ $\mu$ L.

Le indicazioni del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale 2024-2025 comprendono vaccinazioni contro herpes zoster (2 dosi a distanza di 2-6 mesi con vaccino ricombinante), pneumococco (vaccino coniugato 20-valente in singola dose), meningococco B (2 dosi) e ACW135Y (1 dose con richiamo ogni 5 anni), Haemophilus influenzae B (una sola dose nell'adulto), epatite A (2 dosi) ed epatite B (3 dosi o 3 combinate in caso di



vaccino A+B), papillomavirus (3 dosi) e vaccinazioni annuali contro Covid-19 e influenza. Rimane raccomandato anche il richiamo decennale contro tetano, difterite, pertosse e poliomielite, insieme alla protezione contro morbillo, parotite, rosolia e varicella, da somministrare nei pazienti con carica virale soppressa e CD4  $\geq$ 200 cellule/ $\mu$ L.

I vaccini a virus vivi attenuati devono essere riservati esclusivamente a quest'ultima categoria di pazienti, con la sola eccezione del vaccino anti-Mpox che, pur essendo a virus vivo, non è replicante.

Una strategia aggiuntiva di prevenzione è la vaccinazione dei conviventi, che riduce il rischio di trasmissione di patogeni e contribuisce a tutelare la salute dei soggetti sieropositivi.

Ad oggi non esiste un vaccino in grado di prevenire l'infezione da HIV né una cura definitiva. Le terapie antiretrovirali consentono tuttavia di raggiungere la soppressione virologica, condizione in cui la carica virale è così bassa da risultare non rilevabile nei test di laboratorio e non trasmissibile durante i rapporti sessuali (Undetectable = Untransmittable, U=U). Per i soggetti HIV-negativi ma con comportamenti a rischio è, inoltre, disponibile la profilassi pre-esposizione (PrEP), basata sull'assunzione di emtricitabina e tenofovir disoproxil.

In conclusione, la gestione del paziente con HIV passa non solo attraverso la terapia antiretrovirale, ma anche tramite un'attenta strategia vaccinale mirata a ridurre il rischio di infezioni opportunistiche e complicanze. La corretta tempistica delle vaccinazioni, insieme alla vaccinazione dei conviventi, rappresenta un tassello fondamentale per garantire una migliore qualità di vita, ridurre la

morbilità e rafforzare l'efficacia complessiva della presa in carico clinica.

## Emisfero sud 2025: l'anteprima di un inverno influenzale che cambia le regole

a cura di D. Bucci e A. Cinnirella

**Dall'Australia al Brasile, la stagione appena conclusa rivela sorprese epidemiologiche che ridefiniscono le nostre strategie per l'inverno 2025-2026**

Mentre il nostro emisfero si prepara all'inverno, nell'altro si conclude una stagione influenzale che ha sfidato le normali previsioni. Otto paesi, oltre 44.000 pazienti monitorati, e risultati che imporranno gli epidemiologi a rivedere i propri modelli predittivi: i dati emersi dall'emisfero sud 2025 raccontano una storia di cambiamenti nella circolazione virale, con implicazioni immediate per la nostra preparazione invernale.[1][2]

Chi avrebbe scommesso su A(H1N1)pdm09? Dopo anni di predominio A(H3N2), la stagione 2025 ha testimoniato un rovesciamento epidemiologico che ha colto di sorpresa i modelli predittivi. In Sud America, H1N1pdm09 ha dominato con il 58,7% dei casi tipizzati, mentre l'anno precedente A(H3N2) regnava incontrastato.[3][4][1]

Ma la geografia virale si è rivelata più complessa di una semplice inversione di tendenza. Mentre H1N1pdm09 conquistava Centro e Sud America, A(H3N2) manteneva il controllo in Africa australe, suggerendo che i virus influenzali seguano logiche di diffusione più articolate di quanto immaginassimo. Per l'Australia, sentinella avanzata dell'emisfero sud, la sorpresa è arrivata anche dal timing: l'attività influenzale ha mostrato

un inizio ritardato rispetto alle previsioni, raggiungendo 4.120 ospedalizzazioni al 10 agosto 2025.[4][5][6][3]

### L'efficacia del vaccino

In un'epoca di crescente scetticismo vaccinale, i numeri dell'emisfero sud 2025 parlano chiaro: 50,4% di efficacia per le visite ambulatoriali, 49,7% per le ospedalizzazioni. Non sono percentuali da sottovalutare in un mondo dove ogni ricovero evitato significa risorse salvate e vite protette.[7][1]

L'efficacia contro H1N1pdm09, il protagonista inatteso della stagione, si è attestata al 41,6% per le ospedalizzazioni. Ma il dato che dovrebbe far riflettere ogni pediatra è l'efficacia del 51,3% nei bambini piccoli, contro il 37,7% negli anziani. Un reminder che l'influenza colpisce diversamente le età della vita, e che le nostre strategie devono essere altrettanto specifiche.[1]

### La scienza della corrispondenza perfetta

Raramente nella storia della vaccinazione influenzale abbiamo assistito a una corrispondenza genetica così precisa tra ceppi vaccinali e virus circolanti. Il 94,5% dei virus A(H1N1)pdm09 apparteneva al clade 5a.2a.1, identico al ceppo vaccinale A/Victoria/4897/2022-like. Una precisione quasi chirurgica chesi è riflessa nell'efficacia documentata.[8][1] Per A(H3N2), la corrispondenza è stata addirittura perfetta: 100% dei virus nel clade 2a.3a.1, matching perfetto con A/Croatia/10136RV/2023-like. Questi numeri rappresentano un trionfo della sorveglianza globale GISRS dell'OMS, ma anche un monito: quando la corrispondenza è così precisa, l'efficacia vola; quando manca, le conseguenze si misurano in ricoveri e decessi.[1]

### I numeri: Australia in prima linea

I 193.093 casi notificati dall'Australia al 13 luglio 2025 raccontano solo una parte della storia. Il vero segnale d'allarme è arrivato dalle ospedalizzazioni pediatriche: +53,4% nel periodo giugno-luglio rispetto all'anno precedente. Un incremento che ha messo sotto stress i reparti di pediatria e che potrebbe ripetersi nel nostro inverno.[5]

Nei paesi andini - Ecuador, Perù, Paraguay, Uruguay - i livelli di sindromi respiratorie acute gravi sono stati classificati come "molto alti". Non si tratta di semplici statistiche: dietro questi numeri ci sono sistemi sanitari sotto pressione e famiglie in difficoltà. Studi accademici quantificano il burden regionale in 323.000-490.000 ospedalizzazioni annue e 22.000-47.000 decessi.[9][10][11][3]

### Geografia virale

L'Argentina e il Paraguay hanno visto un inizio precoce della stagione influenzale, mentre Australia e Brasile hanno registrato un avvio tardivo. Questa eterogeneità temporale non è un dettaglio tecnico: potrebbe anticipare pattern simili nel nostro emisfero, con implicazioni dirette per la preparazione ospedaliera.[12][3]

Il quadro si complica ulteriormente considerando la co-circolazione di virus respiratorio sinciziale (RSV) e i livelli bassi ma persistenti di SARS-CoV-2. La sindemia respiratoria non è più un'ipotesi teorica: è una realtà clinica con cui confrontarsi quotidianamente.[4][9]

### Emisfero nord 2025-2026: cosa aspettarsi

La decisione dell'OMS di mantenere invariata la composizione vaccinale per l'emisfero nord 2025-2026 si basa proprio sui successi documentati al sud. Una scelta strategica che promette efficacia

elevata, a patto che i ceppi circolanti rimangano stabili.[13][7]

Tuttavia, l'orizzonte non è privo di nubi: per il 2026 nell'emisfero sud sono già stati raccomandati aggiornamenti per H1N1 (A/Missouri/11/2025) e H3N2 (A/Singapore/GP20238/2024). Nuove varianti antigeniche si stanno affacciando, preparando le sfide future.[14][13]

### Strategie pratiche per l'inverno italiano

Per i professionisti sanitari italiani, questi dati si traducono in strategie come il potenziamento delle campagne vaccinali: l'efficacia del 50% documentata nell'emisfero sud fornisce argomenti scientifici robusti per promuovere la vaccinazione, soprattutto nelle popolazioni fragili. Non solo: preparazione pediatrica, perché l'incremento delle ospedalizzazioni nei bambini osservato in Australia dovrebbe guidare l'allocazione delle risorse nei reparti pediatrici.

### Verso una medicina predittiva

L'esperienza 2025 dell'emisfero sud dimostra che la sorveglianza virologica moderna può trasformarsi in autentica medicina predittiva. La combinazione di epidemiologia, caratterizzazione genetica in tempo reale e monitoraggio dell'efficacia vaccinale offre strumenti senza precedenti per anticipare e mitigare le epidemie.

Ma la tecnologia da sola non basta. Servono decisioni cliniche informate, comunicazione efficace con i pazienti, e la capacità di tradurre dati complessi in azioni semplici ma efficaci. L'influenza rimane un avversario formidabile, capace di sorprendere anche i sistemi di sorveglianza più sofisticati.

I dati dall'emisfero sud 2025 consegnano un messaggio chiaro: questo inverno sarà diverso. Diverso nei ceppi predominanti, nei timing di circolazione, nelle

popolazioni più colpite. Ma per la prima volta da anni, abbiamo in mano strumenti predittivi affidabili e vaccini con efficacia documentata.

La sfida ora è organizzativa e comunicativa: trasformare insight scientifici in salute pubblica, dati epidemiologici in protezione concreta per i nostri pazienti. L'emisfero sud ha fatto la sua parte, fornendoci una mappa dettagliata di quello che ci aspetta.

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/wr/mm7436a3.htm>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40996960/>

<https://www.cdc.gov/flu/whats-new/2025-2026-influenza-activity.html>

<https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates/current-influenza-update>

<https://www.health.gov.au/sites/default/files/2025-07/australian-respiratory-surveillance-report-30-june-to-13-july-2025.pdf>

<https://www.health.gov.au/sites/default/files/2025-09/australian-respiratory-surveillance-report-11-august-to-24-august-2025.pdf>

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/wr/mm7436a3.htm>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12463193>

<https://www.paho.org/sites/default/files/2025-04/2025-april-17-phe-epialert-influenza-orv-south-enfinal.pdf>

[https://academic.oup.com/jid/article/231/Supplement\\_2/S123/7994551](https://academic.oup.com/jid/article/231/Supplement_2/S123/7994551)

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11892003/>

<https://www.cidrap.umn.edu/influenza-general/southern-hemisphere-flu-season-similar-past-years-high-levels-some-countries>

<https://www.who.int/news/item/26-09-2025-recommendations-announced-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2026-southern-hemisphere-influenza-season>

<https://globalbiodefense.com/2025/09/26/who-2026-southern-hemisphere-flu-vaccine-recommendations/>



## RSV: com'è andata la campagna 2024/25

a cura di C. Caprio e A. Nanni

Nel 2023, in Lombardia, i ricoveri associati a virus respiratorio sinciziale (VRS) per la popolazione 0-2 anni sono stati 3763, il 10% degli accessi in ambulatorio dei MMG/PLS per sindrome respiratoria è stata causata da RSV e, purtroppo, nella stagione autunno invernale 2023/24 sono deceduti due bambini di 2 mesi per infezione da RSV, confermata dal laboratorio di riferimento regionale di IRCCS Pavia San Matteo.

Già nell'inverno 2023/24, Francia, Spagna e Lussemburgo hanno introdotto la profilassi con Nirsevimab, anticorpo monoclonale a lunga emivita inibente la proteina di fusione del Virus del Respirio Sinciziale, a tutti i nuovi nati, con una notevole riduzione dei tassi di ospedalizzazione per bronchiolite da VRS. Nella stessa stagione, anche la Valle d'Aosta ha promosso la profilassi universale con Nirsevimab per tutti i nati tra il 1 maggio 2023 ed il 15 febbraio 2024: dei 369 bambini trattati sui 556 nati totali (con un'adesione quindi del 69%) nessuno è stato ricoverato per bronchiolite.

Sulla base dell'esperienza europea raccolta nella stagione precedente, nella stagione 2024/25 Regione Lombardia, ha avviato una campagna di immunizzazione gratuita con il Nirsevimab per tutti i neonati e i bambini nati dal 1° gennaio 2024 al 31 Marzo 2025.

Nella somministrazione sono stati coinvolti Punti Nascita, Pediatri di Libera Scelta e Centri Vaccinali. I Punti Nascita hanno somministrato l'anticorpo a tutti i nati tra il 1 novembre 2024 e il 31 marzo

2025 subito dopo la nascita, prima della dimissione, garantendo così una copertura immediata per VRS. Molti Pediatri di Libera Scelta, fortemente sensibilizzati su questa patologia, hanno aderito attivamente alla campagna di immunizzazione, somministrando l'anticorpo monoclonale ai loro assistiti nati nel 2024, partendo dai più piccoli. Altri Pediatri di Libera Scelta, impossibilitati a partecipare in forma attiva, si sono prodigati, sensibilizzando i genitori ed invitandoli ad aderire all'offerta presso i Centri Vaccinali Territoriali, che hanno fatto un grande lavoro di raccordo.

I risultati? Mentre nelle stagioni invernali 2022/23 e 2023/24 si registravano circa 5.800 accessi in Pronto Soccorso per bronchiolite nei neonati, il periodo tra settembre 2024 e gennaio 2025 ha visto un calo drastico a soli 1.500 casi. Anche i ricoveri sono diminuiti, passando da oltre 2.350 a meno di 600, confermando l'efficacia dell'immunoprofilassi con l'anticorpo monoclonale Nirsevimab.

Questa innovativa strategia, che ha protetto oltre 52.000 bambini - rappresentando circa l'80% di tutti i nati nel 2024 - non solo ha migliorato la salute dei neonati, ma ha anche alleggerito il carico sulle strutture sanitarie, dimostrando un impatto positivo che supera quello osservato in altri Paesi.

Forte di questi risultati, Regione Lombardia ha riproposto anche per la stagione 2025/2026 la campagna di immunizzazione anti-RSV, per i nati dal 1/4/2025 al 31/03/2026.

Seguendo il modello dell'anno precedente, anche quest'anno Nirsevimab sarà somministrato gratuitamente presso il Punto Nascita ospedaliero ai neonati che nascono dal 01/10/2025 al 31/03/2026, mentre i bambini nati dal

Numero 4/2025 (ottobre 2025)

01/04/2025 al 30/9/2025 verranno immunizzati dai Pediatri di Libera Scelta oppure presso i Centri Vaccinali, qualora il Pediatra di libera Scelta fosse impossibilitato ad effettuare le somministrazioni in autonomia.

Investire nella prevenzione è essenziale per garantire il benessere della comunità e per rispondere con successo alle sfide sanitarie attuali, quindi... Buona prevenzione a tutti!

## Pronti, partenza, via! Campagna vaccinale antinfluenzale 2025

a cura di S. Scarioni

Con l'arrivo dell'autunno, tornano le foglie gialle, le tisane calde... e la campagna vaccinale contro l'influenza!

La vaccinazione antinfluenzale sarà disponibile dal 1° ottobre 2025 per tutte le categorie a rischio, tra cui:

- Persone dai 60 anni in su
- Bambini e ragazzi da 6 mesi a 17 anni
- Donne in gravidanza
- Operatori sanitari
- Persone con patologie croniche o a rischio per motivi professionali

A partire dal 13 ottobre 2025, la vaccinazione sarà offerta gratuitamente a tutta la popolazione, indipendentemente da età o condizioni di salute. Perché? Perché vaccinarsi è un gesto di prevenzione fondamentale, per tutti: giovani, anziani, sani o con patologie.

Per la stagione 2025/2026 sono disponibili cinque vaccini trivalenti, come raccomandato dall'OMS (<https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2025-2026-nh-influenza-season>):

- Trivalente inattivato ad alte dosi → indicato per persone a partire dai 75 anni
- Trivalente inattivato adiuvato → indicato per persone a partire dai 60 anni e per soggetti 50-59 anni con patologie croniche
- Trivalente vivo attenuato spray nasale → indicato per bambini e ragazzi da 2 a 17 anni
- Trivalente inattivato su colture cellulari → indicato per operatori sanitari
- Trivalente inattivato standard → somministrabile dai 6 mesi di vita

La vaccinazione antinfluenzale potrà essere erogata:

- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta → dal 1° ottobre
- Farmacie di comunità → dal 13 ottobre (per cittadini dai 18 anni in su)
- Centri vaccinali → dal 13 ottobre per bambini e ragazzi da 6 mesi a 17 anni e dal 20 ottobre per tutta la popolazione

Per prenotare la vaccinazione in Farmacia o nei centri vaccinali è possibile prenotare collegandosi a <https://prenota-salute.regione.lombardia.it/prenotaonline/>

Oltre alla vaccinazione antinfluenzale è possibile prenotare anche:

- Vaccino anti-COVID-19 → per tutta la popolazione, in farmacie e centri vaccinali
- Vaccino anti-pneumococco → per persone dai 65 anni, in farmacie e centri vaccinali

- Vaccino anti-herpes zoster → per persone dai 65 anni, solo nei centri vaccinali

Per i neonati e bambini piccoli, è disponibile l'anticorpo monoclonale contro il virus respiratorio sinciziale (RSV), che sarà offerto:

- Presso i punti nascita: a partire dal 01/10/2025, per l'immunizzazione dei nuovi nati
- Presso i PLS e i Centri vaccinali: a partire dal 01/10/2025 per l'immunizzazione dei bambini nati dal 01/04/2025 al 30/09/2025.
- È possibile offrire l'anticorpo monoclonale anche ai bambini nati tra il 01/01/2025 e il 31/03/2025 non immunizzati nella campagna precedente, in caso di richiesta attiva da parte del genitore o di condizioni di rischio.

Ed infine...  
La famiglia del  
Vaxgazette si allarga!

### La Struttura Complessa Vaccinazioni dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda si presenta!

Prevenzione, vicinanza e sicurezza: anche a Niguarda le vaccinazioni sono un impegno quotidiano per adulti, bambini e soggetti a rischio.

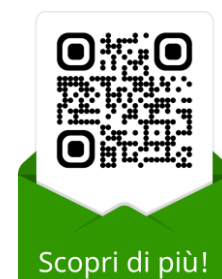
Dove siamo:

- 👉 Centro Vaccinale di via Cherasco 7 → punto di riferimento per i residenti del Municipio 9
- 👉 Case di Comunità del territorio → ambulatori dedicati ai soggetti a rischio:
  - Via Livigno → tutti i lunedì
  - Villa Marelli → tutti i giovedì
- 👉 Consultorio di via Cherasco → ogni giovedì mattina, vaccinazioni dedicate a donne in gravidanza e partner

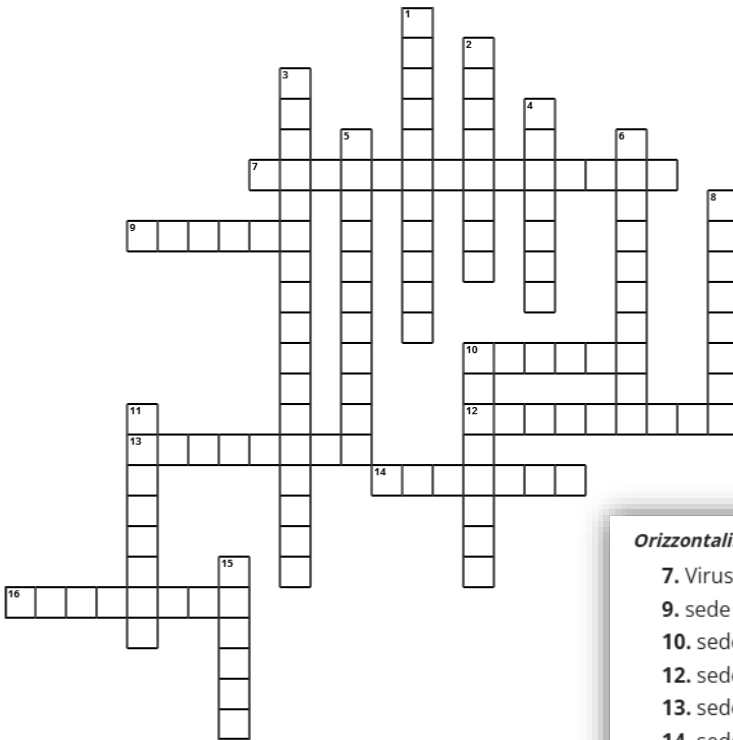
Offriamo anche giornate dedicate alle vaccinazioni in co-pagamento.

Ogni appuntamento vaccinale è anche un'occasione di counseling, per chiarire dubbi e garantire sicurezza.

Per tutte le informazioni aggiornate basta scansionare il QR code!



## Il cemento del medico della prevenzione



### Orizzontali:

- 7. Virus discreto: arriva, colora le guance e se ne va
- 9. sede del centro vaccinale del municipio 4
- 10. sede del centro vaccinale del municipio 2
- 12. sede del centro vaccinale del municipio 1
- 13. sede del centro vaccinale del municipio 9
- 14. sede del centro vaccinale del municipio 3
- 16. Macchie rosse e febbre: non è un quadro, è virale!

### Verticali:

- 1. Malattia che veste i bambini di rosso, ma non è carnevale
- 2. quella influenzale inizia in ottobre, quella vera è la meta di gite fuori porta
- 3. Quando il sistema immunitario smette di fare il supereroe
- 4. sede del centro vaccinale del viaggiatore internazionale
- 5. il cocco delle polmoniti
- 6. così è detto il virus respiratorio delle bronchioliti nei neonati
- 8. Starnuti, pruriti e occhi rossi: non è una commedia romantica
- 10. la malattia della tosse asinina
- 11. sede del centro vaccinale del municipio 8
- 15. l'herpes dell'adulto

## Soluzione

