

Soluzioni per ottimizzare l'organizzazione delle campagne antinfluenzali nelle aziende sanitarie

Federico Piacentini*

L'articolo analizza come le campagne antinfluenzali promuovano il cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie pubbliche italiane, influenzando in modo significativo l'organizzazione interna e le dinamiche relazionali.

L'analisi utilizza tre riferimenti teorici principali: la teoria della contingenza strutturale, per comprendere come le campagne agiscano da stimolo a riorganizzazioni interne; il modello di Kotter, per guidare il cambiamento in modo strutturato; la *stakeholder theory*, che riconosce il ruolo centrale delle relazioni nel successo delle campagne.

L'articolo ha l'obiettivo di esplorare:

- in che modo le campagne impattino sul funzionamento delle aziende sanitarie;
- il ruolo degli stakeholder nelle dinamiche organizzative e relazionali;
- come le esperienze maturate nel corso delle campagne possano essere capitalizzate.

Parole chiave: campagna antinfluenza, campagna vaccinale, cambiamento organizzativo, teoria della contingenza, stakeholder, modello di Kotter.

* Federico Piacentini, ASST Pavia, SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive.

Strategies to optimize the organization of Influenza vaccination campaigns in healthcare organizations

This article examines how influenza vaccination campaigns serve as catalysts for organizational change within Italian public healthcare organizations, significantly affecting internal organization and relational dynamics.

The analysis draws on three main theoretical frameworks: structural contingency theory, to understand how campaigns stimulate internal reorganization; Kotter's change management model, to provide a structured approach to transformation; and stakeholder theory, which emphasizes the central role of relationships in the success of the campaigns.

The article aims to explore:

- *how the campaigns influence the functioning of healthcare organizations;*
- *the role of stakeholders in organizational and relational dynamics;*
- *how the lessons learned through the campaigns can be capitalized on.*

Keywords: influenza campaign, vaccination campaign, change management, contingency theory, stakeholder, Kotter model.

Articolo sottomesso: 05/08/2025, accettato: 11/11/2025

S O M M A R I O

1. Introduzione: quadro epidemiologico ed evoluzione storica della vaccinazione antinfluenzale
2. L'organizzazione delle campagne antinfluenzali
3. Le campagne vaccinali come picchi di domanda: un approccio teorico
4. Soluzioni organizzative per personale, risorse materiali e spazi
5. La dimensione dei sistemi organizzativi: coordinamento interno e stakeholder management
6. Le campagne vaccinali come fattore di cambiamento organizzativo
7. Conclusioni

1. Introduzione: quadro epidemiologico ed evoluzione storica della vaccinazione antinfluenzale

Le campagne vaccinali rappresentano uno degli strumenti fondamentali di sanità pubblica per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (OMS, 2013). Il loro impatto si rivela particolarmente rilevante nella protezione delle fasce più vulnerabili della popolazione, contribuendo significativamente alla riduzione di morbidità e mortalità. Tuttavia, oltre alla loro rilevanza clinica ed epidemiologica, tali campagne si configurano come operazioni complesse che mettono sotto pressione l'intera macchina organizzativa delle aziende sanitarie.

In particolare, le campagne antinfluenzali agiscono come veri e propri "stress test" del sistema sanitario, coinvolgendo simultaneamente processi decisionali, strutture, tecnologie informative, risorse umane, logistiche e finanziarie. In un arco temporale ristretto, le aziende sanitarie devono rispondere a un picco nella domanda di prestazioni, garantendo la somministrazione di milioni di dosi di vaccino, mantenendo massimi gli standard in materia di sicurezza ed equità.

Tale sforzo organizzativo trova piena giustificazione in considerazione della rilevanza dell'influenza stagionale in termini di diffusione, gravità clinica e tassi di ospedalizzazione.

Ogni anno tra il 4% e il 15% della popolazione italiana viene colpita da sindromi simil-influenzali (Grossi *et al.*, 2021). I picchi si concentrano durante i mesi invernali e coinvolgono con maggiore frequenza i bambini in età prescolare e scolare, che risultano non solo più suscettibili all'infezione, ma vettori principali nella trasmissio-

ne del virus all'interno della comunità (Nayak *et al.*, 2021).

L'influenza stagionale può determinare conseguenze cliniche rilevanti, tra cui complicanze respiratorie e cardiovascolari che, nei casi più gravi, possono portare al ricovero ospedaliero o al decesso. I soggetti maggiormente a rischio sono gli over 65, i bambini e le persone con co-morbidità (Thompson *et al.*, 2009; Fattore *et al.*, 2024).

Numerose evidenze scientifiche confermano che la vaccinazione antinfluenzale è efficace nel ridurre il rischio di ospedalizzazione e mortalità nei soggetti più fragili (Andrew *et al.*, 2023; Crocetti *et al.*, 2001; Frutos *et al.*, 2025), rappresentando il più importante strumento di prevenzione primaria, in grado di contenere significativamente l'impatto clinico ed epidemiologico dell'influenza stagionale.

In Italia, la vaccinazione antinfluenzale ha conosciuto una progressiva evoluzione a partire dalla fine degli anni Sessanta, in risposta alla pandemia da virus H3N2 ("influenza di Hong Kong"), che tra il 1969 e il 1970 causò circa 57.000 decessi (Rizzo *et al.*, 2007). Tuttavia, è solo con il Piano Nazionale Vaccini 1999-2000 che si struttura un'offerta vaccinale con obiettivi di copertura specifici per la popolazione over 65. Nei primi anni Duemila le coperture vaccinali tra gli ultrasessantacinquenni hanno raggiunto valori prossimi al 70%, in linea con le raccomandazioni dell'OMS.

La pandemia influenzale H1N1 del 2009-2010, sebbene inizialmente percepita come una grave minaccia, si rivelò meno impattante del previsto. Questo disallineamento tra percezione e realtà contribuì a generare un allarmismo infondato e a rafforzare la diffidenza nei confronti dei vaccini (Prati *et al.*, 2011).

Negli anni successivi, la percezione del rischio si è ulteriormente affievolita, anche a causa di campagne mediatiche ambigue o apertamente critiche (Signorelli *et al.*, 2015; Manzoli *et al.*, 2018; Panatto *et al.*, 2018). A ciò si aggiunge l'eliminazione, in alcune Regioni, degli incentivi alla vaccinazione per i Medici di Medicina Generale avvenuta nel 2013 (Manzoli *et al.*, 2018). Questi fattori hanno determinato un progressivo calo delle adesioni tra gli ultrasessantacinquenni, culminato nel 48,6% registrato nella stagione 2014-2015.

Durante la pandemia da Covid-19, nella stagione 2020-2021, la campagna antinfluenzale è stata anticipata e potenziata per ridurre il rischio di co-circolazione con il virus SARS-CoV-2. La maggiore sensibilità della popolazione, il rafforzamento dell'offerta vaccinale e l'integrazione tra le campagne anti-Covid e antinfluenzale, hanno contribuito a far registrare, tra gli over 65, il tasso di copertura più alto degli ultimi anni, pari al 65,3%. Tuttavia, questo risultato non si è consolidato nelle stagioni successive: si è infatti assistito a un progressivo e sistematico calo delle coperture vaccinali, fino a raggiungere il 53,3% nella stagione 2023-2024. Diversi studi (per esempio, Caserotti *et al.*, 2022; Su *et al.*, 2022) evidenziano come la comunicazione istituzionale adottata durante il periodo pandemico e l'introduzione del *Green Pass*, pur avendo inizialmente favorito l'aumento della copertura vaccinale contro il Covid-19, abbiano generato una percezione di imposizione che ha finito per riflettersi negativamente anche sull'accettazione di altre vaccinazioni, come quella contro l'influenza stagionale.

In Italia le coperture vaccinali antinfluenzali negli ultrasessantacinquenni restano ben al di sotto degli standard europei e internazionali (Fig. 1). A fronte di un obiettivo minimo del 75% e di un target ottimale del 95%, negli ultimi anni i tassi di adesione si sono fermati poco sopra il 50%, con la sola eccezione della stagione legata alla campagna vaccinale contro il Covid-19. In alcune Regioni le percentuali risultano ancora più basse, ampliando ulteriormente il divario.

Lo scarto persistente tra obiettivi di copertura e risultati effettivamente raggiunti rappresenta un problema concreto di sanità pubblica, perché si traduce in un aumento dei casi di malattia, ospedalizzazioni e costi per il SSN (de Fougerolles *et al.*, 2024). Al tempo stesso, è un indicatore delle difficoltà che le aziende sanitarie incontrano nella programmazione e nell'attuazione delle campagne. Queste iniziative, infatti, si configurano come progetti ad alta complessità, nei quali la domanda di prestazioni cresce in misura straordinaria rispetto all'ordinario. In un orizzonte temporale limitato occorre garantire approvvigionamento e distribuzione delle dosi, assicurare la catena del freddo, organizzare sedute vaccinali in diverse sedi, coordinare l'azione dei diversi attori coinvolti, predisporre sistemi di prenotazione, comunicare in modo mirato ai gruppi target e monitorare in tempo reale l'andamento delle somministrazioni. Per far fronte a queste necessità, le aziende sanitarie attivano meccanismi di adattamento organizzativo, al fine di assorbire l'incremento della domanda straordinaria di prestazioni.

Alla luce di queste considerazioni, la presente analisi ha lo scopo di:

- 1) proporre soluzioni per gestire il picco di domanda vaccinale, applicando la teoria della *surge capacity* e analizzando le quattro dimensioni coinvolte (personale, risorse materiali, spazi e sistemi organizzativi);
- 2) identificare e valutare i fattori che abilitano o ostacolano la collaborazione tra l'azienda sanitaria e tutte le figure che partecipano al raggiungimento degli obiettivi di copertura (MAP, PLS, farmacie, dipendenti, cittadini/associazioni, media, fornitori), mappandone interessi e influenza e proponendo azioni per coinvolgerli attivamente;
- 3) mostrare come la pressione organizzativa generata dalle campagne antinfluenzali attivi processi di adattamento e nuove pratiche operative che, se guidati con una metodologia strutturata come il modello di Kotter, possono essere consolidati e tra-

sformati in un modello replicabile nelle campagne successive.

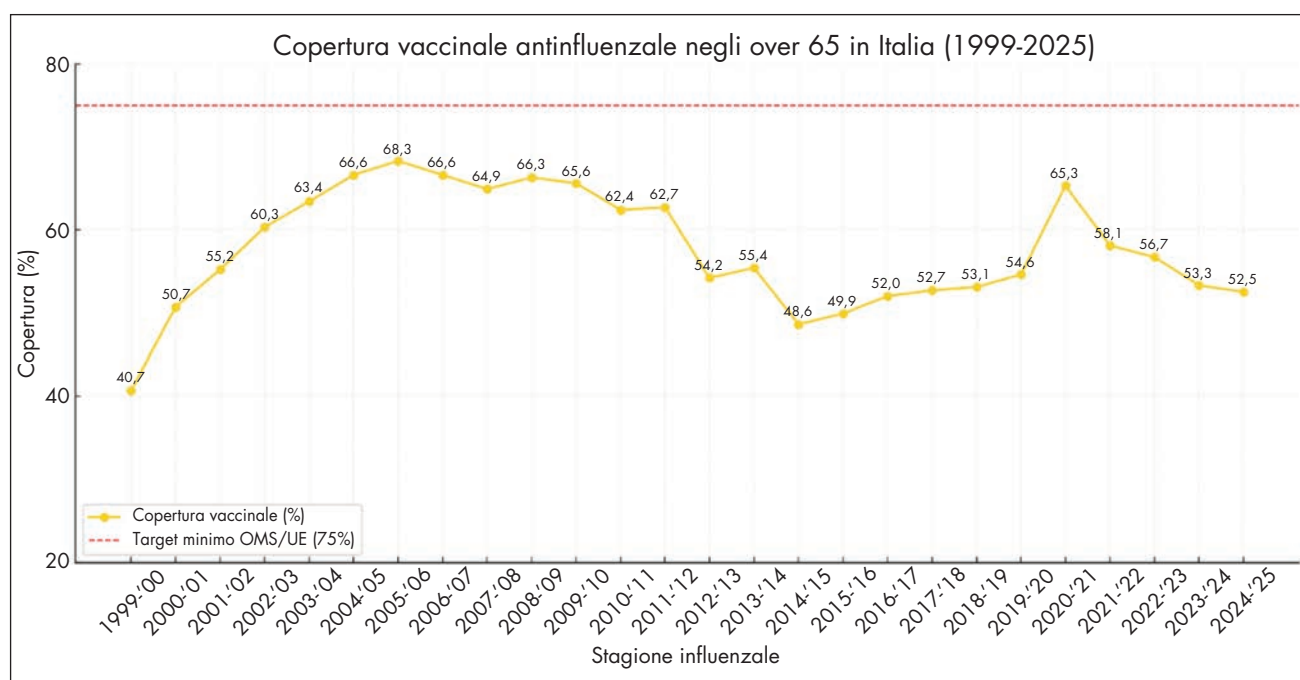
2. L'organizzazione delle campagne antinfluenzali

In Italia, la pianificazione della campagna antinfluenzale si basa su un modello multilivello di tipo top-down, che parte dalle istituzioni centrali per poi declinarsi a livello regionale e, infine, locale. Ogni anno, il Ministero della Salute emette una circolare che fornisce le indicazioni operative per l'intera campagna. Questo documento definisce le priorità strategiche, gli obiettivi di copertura, i gruppi target e le tipologie di vaccino da utilizzare, rappresentando così il riferimento normativo e tecnico per la programmazione attuativa a carico di Regioni e Province Autonome.

In aggiunta a questo, il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV)

Fig. 1

Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età ≥ 65 anni



costituisce il riferimento strategico per tutte le politiche vaccinali in Italia, comprese quelle dedicate alla prevenzione dell'influenza stagionale. Il PNPV individua come gruppi prioritari per la vaccinazione le persone con età pari o superiore a 65 anni, le donne in gravidanza, i bambini e tutte le persone affette da patologie croniche. Inoltre, è fortemente raccomandata la vaccinazione di tutti gli operatori sanitari, per tutelare la loro salute e ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale.

L'approvvigionamento dei vaccini spetta alle Regioni e alle Province Autonome, che stimano il fabbisogno non solo in base alle dosi somministrate negli anni precedenti, ma anche in funzione degli obiettivi di copertura stabiliti per i diversi gruppi target.

Sul piano territoriale, le Aziende Sanitarie Locali (ASL) – o i loro equivalenti regionali, come ASP, ASST, AUSL o altre denominazioni a seconda dell'organizzazione specifica prevista in ciascuna Regione – hanno il compito di tradurre le indicazioni nazionali e regionali in interventi operativi concreti. La governance della campagna a livello locale è affidata ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, che coordinano e supervisionano le attività. Questi operano in collaborazione con una rete estesa di attori, che include Medici di Assistenza Primaria (MAP), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Distretti, Direzioni mediche ospedaliere, medici specialisti, Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), farmacie, strutture di ricovero e lungodegenza, oltre ad associazioni di pazienti, cittadini e professionisti sanitari.

Inoltre, le ASL sono responsabili anche della gestione logistica della campagna, che comprende l'allesti-

mento dei punti di somministrazione, la formazione del personale coinvolto e la promozione di campagne informative mirate.

3. Le campagne vaccinali come picchi di domanda: un approccio teorico

La vaccinazione antinfluenzale, pur inserendosi in un calendario programmabile e ricorrente, richiede alle aziende sanitarie di attivare in tempi brevi un'organizzazione capace di sostenere una domanda concentrata e di vasta scala. Nell'arco di pochi mesi, infatti, il SSN è chiamato a gestire l'accesso di milioni di cittadini, con inevitabili ricadute sulla pianificazione delle risorse umane e strumentali e sul coordinamento delle strutture sanitarie. Questo scenario può essere interpretato alla luce delle teorie economiche sui picchi di domanda, secondo le quali la concentrazione improvvisa di richieste in un arco temporale ristretto determina una pressione significativa sulle capacità produttive standard di un'organizzazione (Kelen & McCarthy, 2006). In questa prospettiva, la campagna antinfluenzale rappresenta un evento capace di incrementare in modo considerevole il carico assistenziale rispetto al livello di base, costringendo l'azienda sanitaria, nel breve periodo, ad ampliare temporaneamente la capacità disponibile o a riconfigurare processi e ruoli operativi per assorbire il picco di domanda (Watson *et al.*, 2013). Queste dinamiche trovano conferma anche nella letteratura, che mette in luce criticità organizzative ricorrenti durante l'implementazione delle campagne vaccinali (González-Block *et al.*, 2022; Mounier-Jack *et al.*, 2020). Tra le principali si segnalano:

- una dotazione insufficiente di personale sanitario, che riduce la capacità operativa e genera sovraccarichi di lavoro;
- la carenza di spazi adeguati per l'allestimento e la gestione dei punti vaccinali;
- un livello di partecipazione del personale non sempre attivo, condizionato dallo stress e dalla pressione generata dall'aumento del carico di lavoro, con possibili ricadute sulla motivazione e sull'allineamento agli obiettivi della campagna.

La *surge capacity* è definita come la capacità di un sistema sanitario di rispondere a un improvviso e massiccio incremento delle necessità assistenziali, che supera la capacità operativa ordinaria dell'organizzazione (Watson *et al.*, 2013). Barbisch e Koenig (2006) evidenziano che, per aumentare la capacità di risposta a un improvviso incremento della domanda, è necessario intervenire su quattro dimensioni fondamentali, le cosiddette "4S": personale (*staff*), risorse materiali (*stuff*), spazi (*structure*) e sistemi organizzativi (*systems*). L'elemento centrale della loro analisi è che l'efficacia complessiva non dipende dalla semplice disponibilità di ciascuna componente, ma dalla loro integrazione dinamica e dal coordinamento delle interdipendenze che le legano. In questa logica, la valutazione delle campagne vaccinali non può limitarsi ai soli dati di copertura, ma deve includere indicatori di performance sulle quattro dimensioni critiche.

Per quanto riguarda le risorse umane, un indicatore significativo può essere rappresentato dalla flessibilità negli orari di lavoro, che misura la capacità dell'organizzazione di adattare turni e

distribuzione del tempo lavorativo in risposta a variazioni improvvise della domanda (Sun, 2025).

Sul piano delle risorse materiali, un esempio è rappresentato dalla tempestività di consegna dei vaccini, che consente di stabilire l'efficienza della distribuzione verso i diversi *setting* coinvolti nella campagna (Velasco *et al.*, 2024).

Un indicatore per valutare l'efficienza dell'utilizzo degli spazi è il livello di saturazione dei centri vaccinali, inteso come rapporto tra prestazioni erogate e capacità massima disponibile, e attraverso i tempi medi di attesa dei cittadini, con particolare attenzione ai gruppi prioritari (Wang *et al.*, 2022).

Infine, i sistemi organizzativi, che comprendono politiche e processi gestionali integrati (Adams, 2009), possono essere valutati sia in termini di conformità, ovvero verificando attraverso meccanismi di *compliance monitoring* se le attività operative rispettano effettivamente le regole e le procedure previste (Ly *et al.*, 2015), sia rispetto alla capacità dell'ente di coinvolgere gli stakeholder nelle dinamiche organizzative e relazionali, con particolare attenzione ai meccanismi di cooperazione e coordinamento interistituzionale (Kumar & Vinati, 2024).

Nei due paragrafi successivi vengono presentate alcune soluzioni che le organizzazioni possono adottare per rafforzare ciascuna di queste quattro dimensioni, così da migliorare la propria capacità di risposta ai picchi di domanda vaccinale.

4. Soluzioni organizzative per personale, risorse materiali e spazi

Una delle criticità più rilevanti associate all'implementazione delle cam-

pagne vaccinali è rappresentata dal fabbisogno straordinario di personale sanitario. In occasione delle campagne antinfluenzali, le aziende sanitarie si trovano a dover gestire un'intensificazione delle attività in un arco temporale limitato, il che comporta un incremento marcato della domanda di risorse umane. Tuttavia, questa esigenza si inserisce in un quadro strutturale già critico per il Servizio Sanitario Nazionale, caratterizzato da una carenza consolidata di professionisti. Le stime più recenti indicano un deficit di oltre 5.500 Medici di Medicina Generale, circa 20.000 medici specialisti e tra 65.000 e 70.000 infermieri (European Observatory on Health Systems and Policies, 2024). In questo contesto, diventa indispensabile attivare strategie alternative per garantire la continuità e l'efficacia operativa.

L'esperienza maturata durante la pandemia di Covid-19 ha evidenziato l'efficacia di un modello organizzativo basato sulla redistribuzione dei compiti, in particolare attraverso la delega di attività non cliniche – quali accoglienza, *triage* e supporto logistico – a personale amministrativo, volontari o figure di supporto. Questo approccio permette di liberare gli operatori sanitari dallo svolgimento di compiti prettamente amministrativi, per consentire loro di concentrarsi sulle funzioni cliniche. Inoltre, il coinvolgimento attivo di personale sanitario in pensione o volontario, di specializzandi e studenti sotto supervisione (Iserson, 2020; Mazzocchi *et al.*, 2023), nonché nel reimpiego di medici e infermieri provenienti da altre aree (Singleton *et al.*, 2021), permette di recuperare importanti risorse da impiegare nella campagna.

Parallelamente, la dimensione logistica riveste un ruolo cruciale. L'efficacia delle campagne vaccinali dipende infatti dalla capacità di garantire alla popolazione un accesso ampio e capillare ai servizi. Tra le strategie più rilevanti figurano l'allestimento di hub ad alta capacità (Hanly *et al.*, 2022), l'estensione degli orari di apertura (de Koning *et al.*, 2024), l'organizzazione di open day vaccinali (Perrone, 2024), l'impiego di unità mobili (de Koning *et al.*, 2024) e l'attivazione di campagne domiciliari per aumentare l'accessibilità ai servizi vaccinali, raggiungendo persone che vivono in aree isolate o che hanno difficoltà a recarsi presso i centri vaccinali (Shukla *et al.*, 2022). Si rivela inoltre strategica la creazione di punti di prossimità sul territorio, che operano secondo un modello hub-spoke per raggiungere capillarmente tutto il bacino di utenza (Xu *et al.*, 2021). A questo si aggiunge l'implementazione di percorsi mirati, come l'intercettazione nei Pronto Soccorso delle persone ad alto rischio (Martin *et al.*, 2008; Parrish *et al.*, 2022) o la creazione di percorsi dedicati a pazienti con specifiche patologie (Poscia *et al.*, 2024).

Queste soluzioni si rivelano particolarmente efficaci quando integrate con strumenti digitali. I sistemi di prenotazione online, per esempio, permettono ai cittadini di fissare in qualsiasi momento il proprio appuntamento vaccinale, riducendo i tempi di attesa e abbattendo il tasso di mancata presentazione (Zhao *et al.*, 2017). Anche interventi più semplici, come l'invio di messaggi testuali poco prima della seduta vaccinale, hanno mostrato un impatto significativo, con un incremento dell'adesione di circa il 10% (Gonzales-Chica *et al.*, 2024).

Relativamente alla dimensione delle risorse materiali, si evidenzia che le aziende sanitarie hanno un margine operativo limitato. La disponibilità dei vaccini e dei materiali di consumo dipende in larga misura da processi esterni di competenza dei fornitori. Per questo motivo, l'analisi delle soluzioni sulla gestione delle risorse materiali viene approfondita nel paragrafo dedicato ai fornitori (par. 5.5), dove si evidenzia come la capacità di garantire la continuità operativa derivi principalmente dalla puntualità delle consegne, dall'affidabilità della distribuzione e dal corretto mantenimento della catena del freddo.

5. La dimensione dei sistemi organizzativi: coordinamento interno e stakeholder management

Nella teoria della *surge capacity*, la dimensione dei sistemi organizzativi riguarda l'insieme di politiche, procedure e meccanismi di coordinamento che collegano tra loro le diverse unità dell'organizzazione e ne integrano le relazioni con gli attori esterni coinvolti nel processo assistenziale (Adams, 2009). Con l'avvio di una campagna antinfluenzale, la moltiplicazione delle comunicazioni e il coordinamento tra diversi attori generano un fabbisogno informativo superiore al normale. Secondo Galbraith (1973), quando la complessità informativa aumenta, l'organizzazione deve potenziare la propria capacità di elaborare e condividere informazioni. Da qui deriva la necessità di introdurre strumenti e modalità operative temporanee che, pur senza modificare in modo permanente la struttura, ne accrescono l'elasticità e la capacità di risposta alle esigenze contingenti.

In questa prospettiva, uno strumento particolarmente efficace è rappresentato dalle task force, organismi interfunzionali a carattere temporaneo che favoriscono la collaborazione trasversale tra dipartimenti o unità diverse, con l'obiettivo di affrontare problemi complessi che richiedono soluzioni rapide e integrate (Gutterman, 2023). A differenza delle strutture gerarchiche permanenti, le task force vengono costituite per uno scopo preciso e si sciolgono una volta raggiunto l'obiettivo o al termine temporale prefissato. Nel contesto di una campagna antinfluenzale, l'applicazione del modello task force deve includere tutti gli attori operativamente coinvolti. Tra questi: rappresentanti della Direzione Sanitaria, del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, dell'area infermieristica, del Dipartimento di Cure Primarie, della logistica, della comunicazione e dei sistemi informativi. Inoltre, ove previsto dall'organizzazione regionale, possono essere coinvolte anche le farmacie.

La complessità gestionale che deriva dalla campagna antinfluenzale necessita di una leadership capace non solo di definire una visione strategica, ma anche di tradurla in azioni concrete e coordinate. In questo senso, i *middle manager* – come i Direttori di unità operativa, i coordinatori infermieristici o i medici responsabili – rappresentano il punto di snodo tra le decisioni strategiche e la loro concreta attuazione, fungendo da agenti del cambiamento (Balogun, 2003). Queste figure assumono il ruolo di "cerniera" tra strategia e operatività, coordinano risorse umane e strumentali, garantiscono l'allineamento ai protocolli, risolvono criticità logistiche e man-

tengono alta la motivazione del personale nei momenti di maggiore pressione (Balogun & Johnson, 2004). Questa posizione li espone a una duplice responsabilità: da un lato, devono garantire l'attuazione delle strategie aziendali, dall'altro, farsi interpreti delle istanze e delle eventuali resistenze espresse dal personale. Huy (2002), definisce questi attori "stabilizzatori dinamici" in quanto indispensabili per gestire le emozioni e facilitare il superamento delle opposizioni al cambiamento.

Tuttavia, la dimensione dei sistemi organizzativi non riguarda soltanto i processi interni all'azienda, ma include anche la gestione delle relazioni con una pluralità di interlocutori esterni (Adams, 2009; Barbisch & Koenig, 2006). Questo ambito può essere efficacemente analizzato attraverso il paradigma della *stakeholder theory*, secondo cui un'organizzazione non opera mai in isolamento, ma è inserita in un sistema complesso di relazioni con individui o gruppi – gli stakeholder – che possono influenzare o essere influenzati dal raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione (Freeman, 1984). I dati della campagna 2023-2024 evidenziano chiaramente questa interdipendenza: le aziende sanitarie hanno somministrato solo una quota minoritaria delle dosi (circa 800.000 su oltre 10,5 milioni complessivi), mentre la maggior parte è stata erogata da MAP, PLS e farmacie. Ne consegue che il raggiungimento delle coperture non dipende esclusivamente dai centri vaccinali della ASL, ma dalla capacità di attivare, coinvolgere e coordinare in modo efficace tutti gli attori coinvolti sul territorio. Il concetto di *stakeholder management* assume quindi un ruolo centrale:

secondo Freeman e McVea (2001), i manager devono sviluppare processi che tengano conto degli interessi dei gruppi rilevanti per l'organizzazione, puntando a gestire attivamente le relazioni e a favorire obiettivi comuni. Ciò implica, innanzitutto, l'identificazione degli stakeholder chiave, la comprensione delle loro aspettative e la valutazione del loro potenziale impatto sull'organizzazione (Mitchell, Agle & Wood, 1997; Bryson & Humphrey, 2003). In secondo luogo, è necessario calibrare le modalità di interazione con ciascuno di essi, adottando strategie comunicative e decisionali proporzionate al loro grado di influenza e interesse. Harrison e St. John (1996) suggeriscono come criterio prioritario l'impatto che gli stakeholder hanno sull'incertezza affrontata dall'organizzazione, trasformando la costruzione di relazioni stabili in una strategia di mitigazione del rischio. Paul C. Nutt (2002) evidenzia come il mancato coinvolgimento degli stakeholder sia una delle cause principali di insuccesso delle aziende: ignorare informazioni e preoccupazioni degli attori coinvolti compromette la qualità delle decisioni e aumenta il rischio di resistenze, conflitti e fallimenti operativi.

Al fine di identificare e gestire efficacemente gli stakeholder, risulta particolarmente utile la metodologia proposta da Bryson (1995). Questo approccio consente un'analisi sistematica degli attori coinvolti, favorendo una comprensione approfondita dei loro interessi e delle aspettative che nutrono nei confronti dell'organizzazione. Il modello originale prevede la compilazione di una scheda dettagliata per ciascuno stakeholder. Tuttavia, per rendere l'analisi più rapida e confrontabile, è stato adattato il metodo

costruendo una matrice sintetica che riunisce in un unico strumento tutte le informazioni essenziali.

La matrice include le seguenti dimensioni:

- *stakeholder*: soggetti o gruppi rilevanti per l'organizzazione;
- *aspettative*: richieste, bisogni e interessi espressi dallo stakeholder;
- *giudizio percepito*: valutazione degli stakeholder sull'operato dell'organizzazione, sulla base delle aspettative espresse (es. buono, discreto, pessimo);
- *azioni immediate*: interventi attuabili nel breve periodo per soddisfare le aspettative;
- *questioni a lungo termine*: criticità strutturali o sfide strategiche da affrontare in prospettiva;
- *influenza sull'organizzazione*: grado di impatto che lo stakeholder esercita sulle attività e sugli esiti della campagna;
- *richieste dell'organizzazione nei confronti dello stakeholder*: risorse, comportamenti o condizioni che l'organizzazione si aspetta dallo stakeholder.

La Tab. 1 sintetizza l'analisi svolta, offrendo una visione d'insieme dei principali stakeholder coinvolti nella campagna antinfluenzale e delle relative dinamiche.

Una strategia orientata agli stakeholder non si limita a gestire la reputazione aziendale né si riduce a un semplice esercizio di redistribuzione dei benefici organizzativi tra i vari gruppi di interesse. Tale strategia rappresenta piuttosto una leva fondamentale per la creazione di un valore economico-sociale ampio, condiviso e sostenibile nel lungo termine (Argandoña, 2011). In particolare, Hazazi Abdulrahman

Yahya *et al.* (2023) sottolineano come il rafforzamento della comunicazione e della cooperazione tra i diversi attori coinvolti migliori in modo significativo l'efficacia tanto della pianificazione quanto dell'implementazione delle campagne vaccinali. In quest'ottica, l'adozione di un'analisi sistematica degli stakeholder assume un ruolo centrale. Questo processo consente infatti di mappare con precisione interessi, aspettative e influenze, contribuendo così a ridurre l'incertezza ambientale, aumentare l'affidabilità e la flessibilità dell'organizzazione (Liu & Yin, 2020). Harrison e St. John (1996) ribadiscono l'importanza per le organizzazioni di sviluppare modalità proattive di partnership strategica, capaci di trasformare la gestione delle relazioni interorganizzative in uno strumento concreto di controllo dell'instabilità e di promozione della flessibilità strutturale.

Di seguito, si analizzano in dettaglio i principali gruppi coinvolti nelle campagne antinfluenzali, evidenziandone il contributo specifico, le modalità di coinvolgimento e, per ciascuno, un indicatore utile a misurarne l'effettiva incidenza sugli obiettivi della campagna.

5.1. I Medici di Assistenza Primaria (MAP) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS)

Il ruolo dei MAP e dei PLS si estende lungo l'intero percorso vaccinale, dalla promozione e informazione rivolte agli assistiti fino alla somministrazione vera e propria del vaccino, rappresentando un ponte tra il sistema sanitario e la popolazione. La loro funzione, dunque, non è solo operativa, ma anche comunicativa, con un impatto diretto sulla fiducia e sull'adesione dei cittadini. Grazie alla loro

Tab. 1 – Modello di Bryson (1995) applicato alla campagna antinfluenzale

Stakeholder	Aspettative	Giudizio percepito	Azioni immediate	Questioni a lungo termine	Influenza sull'organizzazione	Richieste dell'organizzazione nei confronti dello stakeholder
MAP e PLS	Approvvigionamento vaccini efficiente; supporto infermieristico, logistico e amministrativo.	Discreto (es.)	Incontri periodici, tavoli tecnici e canali di comunicazione bidirezionali; disponibilità di ambulatori e personale di supporto; formazione.	Coinvolgimento continuo.	Influenza diretta su adesione della popolazione.	Supporto alla promozione vaccinale e gestione dell'esitanza vaccinale.
Dipendenti	Coinvolgimento nei processi decisionali; modalità flessibili d'accesso alla vaccinazione.	Discreto (es.)	Consultazione continua; vaccinazioni on site; gestione della cultura organizzativa.	Senso di appartenenza, motivazione, adesione alla campagna.	Impatto su operatività, qualità percepita dai cittadini e sul raggiungimento delle coperture vaccinali tra i dipendenti.	Collaborazione attiva nella somministrazione e promozione vaccinale.
Cittadini e associazioni	Accesso agevole al vaccino; informazioni trasparenti; coinvolgimento nei processi decisionali; risposte a esigenze specifiche.	Discreto (es.)	Campagne informative; attivazione di punti di somministrazione di prossimità; tempi brevi per la vaccinazione; percorsi di co-progettazione.	Fiducia e adesione stabili e durature nel tempo.	Raggiungimento degli obiettivi della campagna.	Partecipazione attiva.
Media	Accesso a fonti autorevoli; dati aggiornati; dichiarazioni tempestive.	Discreto (es.)	Briefing e comunicati stampa regolari; strategie di contrasto alla disinformazione.	Narrazione autorevole e basata su evidenze scientifiche.	Amplificatore della percezione pubblica.	Comunicazione mediatica a favore della vaccinazione.
Fornitori	Previsioni domanda di vaccini accurate; contratti vincolanti; burocrazia semplificata.	Discreto (es.)	Stima corretta del fabbisogno vaccinale; comunicazione costante e bidirezionale.	Regolarità e affidabilità nell'approvvigionamento.	Disponibilità del vaccino.	Fornitura regolare e affidabile.
Farmacie	Formazione adeguata; integrazione nel sistema vaccinale; supporto logistico e informativo.	Discreto (es.)	Forniture adeguate di vaccini.	Consolidamento come punto vaccinale stabile.	Aumento dell'adesione dei soggetti meno propensi ad accedere ai circuiti vaccinali istituzionali.	Supporto attivo nella somministrazione e promozione vaccinale.

presenza capillare sul territorio riescono a intercettare anche quelle fasce di popolazione che tendono a rimanere escluse dai canali vaccinali istituzionali. Evidenze empiriche ne confermano l'importanza: le probabilità di eseguire la vaccinazione risultano maggiori nelle aree con una più ampia disponibilità di MAP; in particolare, un incremento di un MAP ogni 1.000 abitanti è stato associato a un aumento del 58% della probabilità di vaccinarsi (Gai & Gu, 2014).

Secondo i dati del Ministero della Salute, nella stagione 2023-2024 i MAP hanno somministrato circa l'82% delle dosi totali e i PLS il 5,7%, su un totale di oltre 10,5 milioni di vaccinazioni. Questa distribuzione conferma la centralità delle cure primarie nel conseguimento delle coperture (Domnich *et al.*, 2024). I PLS, in particolare, sono strategici perché intercettano gran parte delle vaccinazioni in età pediatrica. I MAP e i PLS, infatti, sono percepiti come figure di riferimento per l'assistito e la sua famiglia, rappresentando il primo punto di contatto con il sistema sanitario. In virtù del rapporto fiduciario che si instaura nel tempo, il paziente tende a riconoscere nel proprio medico la fonte principale di informazione, rassicurazione e raccomandazione vaccinale. Questa fiducia si traduce in una capacità concreta di incidere sull'adesione alla vaccinazione. Come confermato da Capodici *et al.* (2024), ricevere un invito alla vaccinazione da parte di un medico di fiducia – in particolare il medico di famiglia – si configura come un predittore significativo dell'adesione, con un incremento osservato di oltre 20 punti percentuali. Oltre all'impatto sull'adesione, il coinvolgimento dei MAP e dei PLS consente un uso più efficiente

delle risorse disponibili, attraverso la condivisione di spazi ambulatoriali e personale di supporto (Poscia *et al.*, 2024).

Tuttavia, il contributo di questi attori alla copertura antinfluenzale dipende anche dalle loro condizioni organizzative. Un recente studio mostra che, laddove il carico di lavoro dei medici di base è più elevato, le coperture vaccinali tendono a ridursi (Domnich *et al.*, 2024). Un'indagine condotta tra i medici di medicina generale in Italia (Levi *et al.*, 2018) ha messo in luce diverse criticità che ostacolano il loro ruolo nelle campagne antinfluenzali: tra i principali problemi segnalati emergono la mancanza di autonomia nella scelta del vaccino da somministrare, una comunicazione istituzionale spesso inadeguata e la necessità di una formazione più mirata sulle vaccinazioni. Pertanto, per garantire il loro coinvolgimento attivo, è necessario strutturare modalità continuative di interazione, quali incontri periodici, tavoli tecnici e canali di comunicazione bidirezionali. Il loro ruolo nella gestione dell'incertezza è determinante: opinioni disinformate o esitanti possono compromettere la fiducia dei pazienti e ridurre l'adesione alla vaccinazione (Dubé *et al.*, 2015).

Un indicatore con cui l'azienda sanitaria può valutare quanto MAP e PLS incidano sulle coperture vaccinali è il rapporto tra le dosi da loro somministrate ai diversi gruppi target e il totale delle dosi effettuate durante la campagna.

5.2. I dipendenti

I dipendenti delle aziende sanitarie rappresentano stakeholder interni di importanza strategica, poiché operano quotidianamente nel cuore del sistema

e ne influenzano tanto la funzionalità quanto la percezione pubblica.

Da un lato, il personale partecipa direttamente alle campagne vaccinali svolgendo funzioni operative lungo l'intero processo. Quando adeguatamente motivati e coinvolti, gli operatori contribuiscono a migliorare l'efficienza organizzativa, ridurre gli errori e aumentare la qualità percepita dai pazienti (Wee & Lai, 2022). I dipendenti costituiscono il principale punto di contatto quotidiano con i cittadini: attraverso le loro parole, comportamenti e atteggiamenti veicolano messaggi che condizionano la fiducia dell'utenza nei confronti dell'intero sistema sanitario (Chang *et al.*, 2013; Varga *et al.*, 2025).

Dall'altro lato, i dipendenti sono essi stessi un target prioritario della campagna. In questo senso, la cultura organizzativa si configura come un elemento determinante, capace di influenzare in modo significativo il livello di partecipazione. Per cultura organizzativa, s'intende l'insieme condiviso di valori, norme, convinzioni e comportamenti che guidano l'agire quotidiano nei contesti di lavoro (Scott *et al.*, 2003), che influenza direttamente le attitudini dei dipendenti verso la vaccinazione. A ciò si aggiunge la presenza di sottoculture interne, legate a specifici reparti, ruoli professionali o background etnici, che possono condizionare in modo significativo l'adesione vaccinale, specialmente quando non vengono riconosciute né gestite adeguatamente dal management (Mounier-Jack *et al.*, 2020).

In questo quadro, il ruolo del management intermedio – come i direttori delle unità operative e i coordinatori infermieristici – è particolarmente

rilevante. Secondo Mounier-Jack *et al.* (2020), queste figure hanno una capacità diretta di influenzare i comportamenti dei loro team, per esempio raccomandando la vaccinazione, organizzando sessioni dedicate, garantendo orari flessibili o coinvolgendo colleghi vaccinatori per promuovere un clima di fiducia e dialogo, anche attraverso iniziative svolte direttamente nei reparti, dove gli operatori si vaccinano tra loro in qualsiasi momento della giornata, adattandosi alle esigenze organizzative e favorendo una maggiore adesione. Tuttavia, per essere efficaci, queste iniziative non devono essere isolate né percepite come un'imposizione (Mounier-Jack *et al.*, 2020). Devono invece inserirsi in una strategia più ampia di benessere organizzativo, basata su fiducia reciproca, condivisione degli obiettivi e riconoscimento del valore professionale dei dipendenti (Lowe, 2012).

Inoltre, l'adesione dei dipendenti alla vaccinazione assume una valenza simbolica e sociale: gli operatori sanitari, in quanto figure di riferimento per la popolazione, agiscono da modelli comportamentali. Come evidenziato da Fotiadis *et al.* (2021), nelle aree in cui una percentuale più elevata di operatori risultava vaccinata o intenzionata a vaccinarsi, si è osservata una maggiore copertura vaccinale anche tra i cittadini. Questo dato suggerisce un effetto di emulazione o fiducia indotta, in linea con l'ipotesi che i professionisti sanitari possano favorire indirettamente l'adesione vaccinale generale.

L'azienda sanitaria può valutare quanto i dipendenti incidano sul raggiungimento degli obiettivi di copertura monitorando le coperture vaccinali per profilo professionale.

Sul tema del raggiungimento degli obiettivi di copertura degli operatori sanitari, i medici competenti delle ASL rivestono un ruolo centrale. Grazie al rapporto fiduciario instaurato con i lavoratori, sono in una posizione privilegiata per individuare i gruppi a rischio, contrastare l'esitazione vaccinale, monitorare le coperture e pianificare interventi mirati (Gualano *et al.*, 2022).

5.3. I cittadini e le associazioni

I cittadini rappresentano lo stakeholder più importante nelle campagne antinfluenzali, in quanto il successo di queste iniziative dipende direttamente dalla loro adesione. Per questo motivo, intercettare i bisogni della popolazione e facilitare l'accesso alla vaccinazione costituisce una priorità strategica. Una prima esperienza positiva tende ad aumentare la probabilità di adesione nelle stagioni successive, contribuendo alla trasformazione dell'atto vaccinale da evento occasionale a comportamento routinario (Amicizia *et al.*, 2025).

Uno dei primi ambiti di intervento riguarda la promozione di atteggiamenti favorevoli alla vaccinazione. L'esitazione vaccinale continua a rappresentare uno dei principali ostacoli al raggiungimento degli obiettivi di copertura (Whitehead *et al.*, 2022). In questo contesto, le campagne informative e promozionali svolgono un ruolo determinante. Dubé *et al.* (2015) evidenziano l'efficacia degli interventi educativi, in particolare quelli rivolti a giovani e studenti, che si configurano come investimenti a lungo termine, in grado di alimentare una cultura della prevenzione e di promuovere scelte consapevoli in età adulta. Anche i

colloqui informativi promossi all'interno degli studi dei medici di famiglia si sono rivelati utili per rafforzare la copertura tra la popolazione adulta (Wheeler *et al.*, 2025).

Un altro fattore chiave è rappresentato dall'accessibilità territoriale dei servizi. La distribuzione geografica dei centri vaccinali, soprattutto nelle aree rurali o periferiche, ha un impatto diretto sulla probabilità di adesione. Ceccarelli *et al.* (2024) hanno dimostrato che l'attivazione di punti vaccinali in zone meno urbanizzate può aumentare la partecipazione del 53% rispetto alle aree non servite o a quelle urbane già dotate di strutture, con un effetto particolarmente marcato tra le persone anziane.

All'interno delle strutture sanitarie, un ulteriore ostacolo è costituito dai tempi di attesa durante le sedute vaccinali. Migliorare la gestione dei flussi organizzativi e ridurre i tempi di attesa risulta quindi fondamentale per incentivare l'adesione e garantire un'esperienza positiva (Eilers *et al.*, 2024).

Il coinvolgimento delle associazioni di pazienti, dei caregiver e delle realtà del volontariato rappresenta un ulteriore elemento strategico. Questi attori agiscono come intermediari tra il sistema sanitario e le fasce più vulnerabili della popolazione, contribuendo a rendere i percorsi vaccinali più accessibili, comprensibili e centrati sui bisogni reali. Il loro coinvolgimento attivo nei processi decisionali e progettuali – per esempio attraverso percorsi di co-progettazione – rafforza l'efficacia complessiva delle campagne. Poscia *et al.* (2024) sottolineano il valore del terzo settore nel supporto alla gestione dei pazienti, promuovendo un modello integrato di collaborazione tra operatori sanitari e non sanitari.

Infine, il coinvolgimento diretto della comunità locale emerge come una leva decisiva per il successo delle campagne. Come mostrato da Xie *et al.* (2024), l'adozione di strategie di reclutamento attivo ha portato a un aumento della copertura vaccinale del 34%, evidenziando l'efficacia di approcci partecipativi radicati nel contesto territoriale.

L'impatto delle iniziative per cittadini e associazioni si osserva monitorando l'aumento delle coperture nelle aree meno accessibili e la quota di prime adesioni, indicatori della capacità dell'organizzazione di raggiungere nuovi segmenti di popolazione.

5.4. I media

I media giocano un ruolo decisivo nella costruzione dell'opinione pubblica, specialmente in ambito sanitario. La loro capacità di influenzare percezioni, atteggiamenti e comportamenti individuali li rende attori centrali nella promozione – o nell'ostacolo – delle campagne di vaccinazione. Numerose ricerche evidenziano come l'esposizione ai media tradizionali possa incidere in modo significativo sui comportamenti legati alla salute, inclusa la propensione ad accedere ai servizi sanitari (Grilli *et al.*, 2002). In particolare, l'informazione veicolata da giornali e televisioni si è rivelata efficace nell'aumentare l'adesione alle vaccinazioni stagionali. Uno studio condotto negli Stati Uniti ha evidenziato una correlazione positiva tra la copertura mediatica sull'influenza – sia televisiva sia giornalistica – e l'incremento dei tassi di vaccinazione antinfluenzale tra gli over 65, nelle settimane immediatamente successive alla diffusione delle notizie (Yoo *et al.*, 2010). Un'ulteriore conferma di que-

sto effetto viene da uno studio successivo, che ha rilevato come un aumento della quantità di articoli sull'influenza pubblicati nel mese di ottobre – pari a circa tre notizie in più al giorno – sia associato a un incremento nei tassi di vaccinazione tra gli anziani (Chen & Stoecker, 2019).

Tuttavia, il quadro si complica quando si passa dai media tradizionali ai social media. Le piattaforme digitali, pur offrendo accesso rapido e capillare all'informazione, si sono dimostrate anche terreno fertile per la disinformazione. L'utilizzo di questi canali come principale fonte di notizie è stato associato a una minore propensione a vaccinarsi (Nicholls *et al.*, 2024). Le fake news, in particolare, sono state identificate come una delle cause principali del calo dei tassi di immunizzazione a livello globale (Carrieri *et al.*, 2019). I contenuti allarmistici, le teorie del complotto e le distorsioni pseudoscientifiche trovano spazio e amplificazione sui social network, spesso rafforzati da influencer, bot e account anonimi. McKinley *et al.* (2023) descrivono i social media come un "arma a doppio taglio": strumenti a basso costo per diffondere informazioni sanitarie, ma anche veicoli di narrazioni distorte che mettono a rischio la salute pubblica. Lo stesso studio evidenzia come gli individui più diffidenti verso le istituzioni tendono a cercare conferme alla propria sfiducia proprio sui social, dove trovano contenuti che ne rafforzano le convinzioni.

Per queste ragioni, la gestione del rapporto tra istituzioni sanitarie e media è un aspetto strategico. L'azienda sanitaria può valutare il contributo dei media monitorando la tempestività delle comunicazioni istituzionali, la coerenza dei messaggi diffusi e la

capacità di contrastare rapidamente le disinformazioni. Migliorare la percezione delle istituzioni, attraverso comunicazioni trasparenti e facilmente comprensibili, è una delle strategie più efficaci per favorire l'adesione vaccinale, rafforzare la fiducia pubblica e ridurre comportamenti oppositivi (Nicholls *et al.*, 2024).

5.5. I fornitori

I fornitori, in particolare le aziende farmaceutiche e i distributori, svolgono un ruolo fondamentale per il successo logistico della campagna. Essi si occupano della produzione e consegna del vaccino antinfluenzale con largo anticipo rispetto alla stagione epidemica: la maggior parte dei contratti di acquisto viene conclusa già a gennaio per garantire la disponibilità delle dosi in tempo utile per l'inizio della campagna, prevista in genere per ottobre (Dai *et al.*, 2016). I fornitori sono inoltre responsabili della qualità, stabilità e tracciabilità del prodotto, garantita attraverso l'integrità della catena del freddo e della distribuzione sincrona su tutto il territorio nazionale (Congressional Research Service, 2004).

Secondo Wang e Jie (2019), le aziende farmaceutiche e i loro fornitori sono esposti a due principali categorie di incertezza. La prima è interna e comprende errori decisionali, problemi tecnici, guasti agli impianti, costi imprevisti e rischi di natura finanziaria. La seconda è esterna e include ritardi nelle consegne, ordini errati, concorrenza, cambiamenti normativi, sociali e tecnologici, e instabilità nella domanda o nell'approvvigionamento. Operando in un contesto di forte incertezza, possono potenzialmente verificarsi gravi con-

seguenze sulla campagna. Per esempio, durante la stagione influenzale 2000-2001, negli Stati Uniti, difficoltà produttive causarono ritardi di sei-otto settimane nella distribuzione, con una conseguente riduzione della copertura vaccinale del 16% rispetto all'anno precedente. Un altro caso significativo si è verificato nella stagione 2014-2015, dove ritardi nelle spedizioni portarono a carenze proprio nel picco della domanda, generando il più alto tasso di ricoveri e decessi rispetto alle cinque stagioni precedenti (Lin *et al.*, 2021).

Alla luce di queste criticità, i fornitori richiedono alle aziende sanitarie condizioni operative chiare e stabili: previsioni affidabili e anticipate (spesso già entro febbraio-marzo), contratti vincolanti con volumi garantiti, comunicazione costante e bidirezionale e una burocrazia semplificata. Il mancato soddisfacimento di queste condizioni compromette la buona riuscita della campagna, generando ritardi, carenze o sprechi, e aumentando il livello generale di incertezza sull'effettiva disponibilità del vaccino e sulla capacità di rispettare le tempistiche previste.

Il contributo dei fornitori può essere valutato monitorando la puntualità delle consegne e il rispetto della catena del freddo.

5.6. Le farmacie

Le farmacie rappresentano uno stakeholder emergente nel contesto delle campagne antinfluenzali, in seguito all'introduzione della possibilità di somministrare il vaccino a partire dalla stagione 2021-2022. Nello specifico, le farmacie possono vaccinare i soggetti di età pari o superiore a 18 anni, purché abbiano già ricevuto lo

stesso tipo di vaccino e non abbiano avuto gravi reazioni allergiche ai suoi componenti.

Durante la campagna 2023-2024, le farmacie hanno somministrato circa 500.000 dosi di vaccino antinfluenzale a livello nazionale, pari a circa il 5% del totale, con picchi del 17% registrati in Lombardia (Signorelli *et al.*, 2025).

Le farmacie, grazie alla loro capillarità sul territorio e alla facilità d'accesso, costituiscono un canale strategico per intercettare ampie fasce di popolazione, inclusi i soggetti meno propensi ad accedere ai circuiti vaccinali istituzionali, favorendo l'adesione e contribuendo alla costruzione di un rapporto fiduciario all'interno di un contesto professionale ma percepito come familiare (Pennisi *et al.*, 2024). Questo scenario rende auspicabile una loro ulteriore valorizzazione nelle future campagne, subordinata però alla presenza di condizioni necessarie quali formazione, coordinamento e integrazione nei flussi informativi e logistici del sistema vaccinale.

Le organizzazioni possono valutare il contributo delle farmacie alla campagna misurando il numero di dosi somministrate rispetto al totale, indicatore della loro capacità di intercettare cittadini che non accedono ai canali vaccinali tradizionali.

6. Le campagne vaccinali come fattore di cambiamento organizzativo

Come discusso nei paragrafi precedenti, l'avvio di una campagna antinfluenzale genera una pressione tale da ridefinire, anche solo in via temporanea, l'operatività delle aziende sanitarie. È proprio questa pressione a innescare un processo di adattamento organizzativo, in cui vengono speri-

mentate soluzioni nuove e modalità operative diverse dalla routine. Se adeguatamente riconosciute e valorizzate, tali esperienze possono tradursi in competenze e pratiche capaci di rafforzare la capacità di risposta dell'organizzazione. In questa prospettiva, le campagne antinfluenzali non vanno intese soltanto come interventi di sanità pubblica, ma come occasioni di apprendimento e innovazione, pienamente riconducibili al paradigma del cambiamento organizzativo. È importante sottolineare che questo cambiamento non si esaurisce con l'introduzione di un'innovazione, ma si completa solo quando essa viene integrata stabilmente nelle pratiche quotidiane, trasformandosi da eccezione a norma operativa consolidata (Thompson, 2010).

In questo contesto, la pianificazione strategica diviene uno strumento fondamentale per guidare il cambiamento organizzativo (Bryson, 1988). A tale proposito, il modello elaborato da John P. Kotter (1996) offre una cornice di riferimento utile per interpretare e guidare il cambiamento in modo strutturato anche nell'ambito delle campagne antinfluenzali, sfruttando tali occasioni come leve per promuovere processi di trasformazione organizzativa all'interno delle aziende sanitarie.

Di seguito si propone una rilettura delle otto fasi del modello di Kotter alla luce delle esperienze maturate nella gestione delle campagne antinfluenzali, evidenziando per ciascuna fase i principali snodi critici e le relative implicazioni operative.

6.1. Creare senso di urgenza

Il Dipartimento di Prevenzione stimola la consapevolezza di agire tempestiva-

mente attraverso la presentazione di dati epidemiologici aggiornati e il richiamo alle disposizioni normative vigenti, incluse circolari nazionali e regionali che guidano le modalità d'intervento. Un elemento cruciale da sottolineare è il crescente divario tra obiettivi e risultati: a fronte di un target di copertura compreso tra il 75% e il 95%, le stagioni passate non hanno mai registrato valori vicini a tali livelli. Questi messaggi contribuiscono a generare un clima organizzativo orientato all'impegno attivo e alla mobilitazione del personale su obiettivi comuni.

6.2. Costruire una coalizione guida

Viene costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare (per esempio una task force), composto da rappresentanti del Dipartimento di Prevenzione, del Servizio d'Igiene e Sanità Pubblica, dei Distretti, delle Cure Primarie, del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, nonché delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, della Farmacia aziendale e, ove rilevante, di altri ambiti aziendali come i servizi informativi, la logistica e la comunicazione. La coalizione guida ha il compito di garantire l'integrazione tra le diverse componenti e definire le priorità strategiche.

6.3. Sviluppare una visione e una strategia

La coalizione guida elabora una visione condivisa finalizzata a raggiungere gli obiettivi di copertura vaccinale nei gruppi target prioritari (ultrasessantacinquenni, soggetti fragili, operatori sanitari). La strategia viene declinata in obiettivi concreti e misurabili. A supporto, possono essere adottate le strategie operative illustrate nei paragrafi precedenti.

6.4. Comunicare la visione del cambiamento

La visione viene comunicata a tutti gli attori coinvolti attraverso diversi canali: comunicazioni interne, riunioni, newsletter, *briefing* periodici ecc. La comunicazione è bidirezionale e prevede momenti di confronto.

6.5. Rimuovere gli ostacoli

Vengono individuate e affrontate le principali criticità organizzative e logistiche. Per superarle sono previsti interventi di semplificazione, riorganizzazione e supporto.

6.6. Creare vittorie a breve termine

Il conseguimento anticipato di alcuni obiettivi – come per esempio il raggiungimento degli obiettivi di copertura degli ospiti delle RSA o del personale sanitario – viene comunicato come prova dell'efficacia delle azioni intraprese. Questi successi alimentano la motivazione del team.

6.7. Consolidare i successi e produrre ulteriore cambiamento

I risultati ottenuti vengono utilizzati come leva per stimolare ulteriori miglioramenti. Le esperienze maturate sul campo alimentano un processo continuo di apprendimento organizzativo.

6.8. Rendere il cambiamento permanente

Le innovazioni introdotte vengono formalizzate all'interno di documenti strategici, procedure aziendali e protocolli operativi e monitorate mediante specifici indicatori di performance (si vedano gli esempi riportati nel paragrafo 3). L'esperienza maturata durante la campagna diventa un modello replicabile per le future campagne.

L'efficacia del modello di Kotter nella gestione del cambiamento organizzativo in ambito sanitario è stata documentata in numerosi contesti internazionali (Walji *et al.*, 2024; Carman *et al.*, 2019; Harrison *et al.*, 2021; Hu *et al.* (2024). I modelli classici di gestione del cambiamento, come quelli proposti da Kotter e da Lewin, hanno offerto ai professionisti dei punti di riferimento per guidare le trasformazioni, strutturando il percorso in fasi riconoscibili, utili per monitorare i progressi, creare momenti di riflessione e celebrare i risultati raggiunti (Harrison *et al.*, 2021). Tuttavia, la letteratura evidenzia come l'effettivo consolidamento del cambiamento richieda un coinvolgimento attivo e partecipato di tutti gli attori coinvolti, in particolare dei professionisti sanitari (Szeto *et al.*, 2025). È in questa prospettiva che si inserisce la co-progettazione, intesa come approccio partecipativo che coinvolge gli stakeholder – clinici, pazienti e caregiver – in tutte le fasi del cambiamento, dalla definizione del problema alla costruzione delle soluzioni (Vargas *et al.*, 2022; Sañudo *et al.*, 2025).

7. Conclusioni

Dall'analisi svolta emerge con chiarezza che le campagne vaccinali antinfluenzali non possono essere considerate solamente interventi di prevenzione, bensì vere e proprie piattaforme di apprendimento per il sistema sanitario. Esse mettono in luce criticità strutturali, dinamiche relazionali complesse e, al tempo stesso, offrono spazi significativi di innovazione. Nel corso dell'approfondimento si è evidenziato come tali campagne incidano sul funzionamento delle aziende sanitarie, sollecitino nuove forme di cooperazione tra sta-

keholder e favoriscano opportunità di apprendimento organizzativo che, se adeguatamente capitalizzate, possono rafforzare la capacità di risposta dell'organizzazione. Su queste basi si fondano le riflessioni conclusive.

Innanzitutto, le campagne antinfluenzali rendono evidenti alcune criticità croniche del Servizio Sanitario Nazionale come per esempio carenza di personale, spazi insufficienti e scarsa efficacia della comunicazione istituzionale (de Belvis *et al.*, 2022). Al tempo stesso, offrono l'opportunità di testare soluzioni in grado di ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi. In tal senso, l'esperienza maturata durante la pandemia da Covid-19 ha generato *transfer* positivi significativi per le campagne antinfluenzali. L'organizzazione di open day vaccinali, l'attivazione di hub territoriali, l'impiego di unità mobili e vaccinazioni domiciliari, insieme all'estensione degli orari e all'integrazione con le farmacie territoriali, hanno consentito di raggiungere quei cittadini scarsamente serviti dai servizi vaccinali, con un impatto concreto sulle coperture vaccinali di anziani, popolazione generale e personale sanitario (Hanly *et al.*, 2022; Perrone, 2024; de Koning *et al.*, 2024; Shukla *et al.*, 2022). Tuttavia, i progressi ottenuti non si sono consolidati nel tempo: da un lato, a causa del calo della percezione del rischio e della cosiddetta *vaccine fatigue* (Pascucci *et al.*, 2025); dall'altro, perché molte delle innovazioni introdotte, pur implementate con successo dalle direzioni aziendali e dalle istituzioni, hanno incontrato difficoltà a essere legittimate e integrate stabilmente nei processi ordinari delle aziende sanitarie, rimanendo in larga misura soluzioni emergenziali (Cavicchi *et al.*, 2025).

Per garantire un'offerta vaccinale su larga scala è necessario il coinvolgimento coordinato di una molteplicità di attori interni ed esterni alle aziende sanitarie. Le campagne, infatti, si fondano su relazioni di interdipendenza con stakeholder esterni, il cui comportamento può incidere in maniera determinante sul raggiungimento degli obiettivi vaccinali. In questo scenario, la gestione del rischio coincide con la gestione delle relazioni e trova fondamento nei principi della *stakeholder theory* (Freeman, 1984): solo attraverso relazioni stabili, corresponsabilità e co-progettazione è possibile rafforzare la fiducia reciproca e governare l'incertezza. Le campagne vaccinali possono quindi essere interpretate come veri e propri esercizi di governance collaborativa, nei quali gli attori coinvolti condividono decisioni e responsabilità in un processo inclusivo e orientato al consenso (Ansell & Gash, 2008).

Per rendere questo approccio realmente efficace è necessario ricorrere a strumenti operativi mirati. Un passaggio cruciale consiste nella mappatura sistematica degli stakeholder a ogni stagione influenzale, così da individuare i soggetti chiave, valutarne il grado di influenza e interesse, e aggiornare il quadro in base a cambiamenti organizzativi o di contesto. In questa direzione risulta particolarmente utile la metodologia proposta da Bryson (1995), che consente un'analisi sistematica degli attori e la definizione di strategie personalizzate.

Affinché il cambiamento generato da una campagna possa consolidarsi, l'analisi propone di adottare un percorso ispirato ai modelli di *change management*. Kotter (1996), per esempio, individua otto fasi che devono essere seguite per guidare il cambiamento in modo strutturato. L'ultimo stadio di questo modello sottolinea in particolare l'importanza di ancorare i nuovi approcci alla cultura organizzativa. In particolare, due fattori risultano decisivi per istituzionalizzare il cambiamento: dimostrare concretamente ai dipendenti che grazie alle nuove pratiche sono stati ottenuti miglioramenti di performance e assicurare che la nuova generazione di leader porti avanti l'approccio innovativo (Appelbaum *et al.*, 2012). Un percorso scandito in fasi e sostenuto dalla leadership consente dunque alle innovazioni emerse dalle campagne di diventare parte integrante della cultura aziendale e non semplici fenomeni transitori. Inoltre, come sottolineato da de Kok *et al.* (2023), la capacità di un'organizzazione sanitaria di trasformare ogni esperienza in un'opportunità di apprendimento continuo dipende anche da specifici attributi interni quali il sostegno visibile della leadership, una cultura aperta al confronto, lo sviluppo e la motivazione dei team, l'uso sistematico di dati e feedback per monitorare i progressi e un focus costante sul paziente.

BIBLIOGRAFIA

Adams L.M. (2009). Exploring the Concept of Surge Capacity. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. DOI: 10.3912/OJIN.Vol14No02PPT03.

Amicizia D., Allegretti S., Grammatico F., Astengo M., Marchini F., Battaglini A., Schenone I., Schiavetti I., Sticchi C., Rebesco B. *et al.* (2025). Determinants of accepting or rejecting influenza vaccination - Results of a survey among Ligurian pharmacy visitors during the 2023/2024 vaccination campaign. *Vaccines*, 13(6), 580. DOI: 10.3390/vaccines13060580.

Andrew M. K., Pott H., Staadegaard L., Paget J., Chaves S. S., Ortiz J. R., McCauley J., Bresee J., Nunes M. C., Baumeister E., Raboni S. M., Giamberardino H. I. G., McNeil S. A., Gomez D., Zhang T., Vanhems P., Koul P. A., Coulibaly D., Otieno N. A., Dbaibo G., Guerrero Almeida M. L., Laguna-Torres V. A., Drăgănescu A. C., Burtseva E., Sominina A., Danilenko D., Medić S., Diez-Domingo J., Lina B., & GIHSN Investigators (2023). Age differences in comorbidities, presenting symptoms, and outcomes of influenza illness requiring hospitalization: A worldwide perspective from the Global Influenza Hospital Surveillance Network. *Open Forum Infectious Diseases*, 10(6), ofad244. DOI: 10.1093/ofid/ofad244.

Ansell C., & Gash A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4): 543-571. DOI: 10.1093/jopart/mum032.

Appelbaum S. H., Habashy S., Malo J.-L., & Shafiq H. (2012). Back to the future: Revisiting Kotter's 1996 change model. *Journal of Management Development*, 31(8):764-782. DOI: 10.1108/02621711211253231.

Argandoña A. (2011). *Stakeholder theory and value creation* (IESE Business School Working Paper No. 922). DOI: 10.2139/ssrn.1947317.

Balogun J. (2003). From Blaming the Middle to Harnessing its Potential: Creating Change Intermediaries. *British Journal of Management*, 14: 69-83. DOI: 10.1111/1467-8551.00266.

Balogun J., & Johnson G. (2004). Organizational Restructuring and Middle Manager Sensemaking. *The Academy of Management Journal*, 47(4), 523-549. DOI: 10.2307/20159600.

Barbisch D. F., & Koenig K. L. (2006). Understanding surge capacity: essential elements. *Academic emergency medicine: official journal of the*

Society for Academic Emergency Medicine, 13(11): 1098-1102. DOI: 10.1197/j.aem.2006.06.041.

Bonazzi G. (1989). *Storia del pensiero organizzativo*. Milano: FrancoAngeli.

Bryson J. M. (1988). A strategic planning process for public and non-profit organizations. *Long Range Planning*, 21(1): 73-81. DOI: 10.1016/0024-6301(88)90061-1.

Bryson J. M. (1995). *Strategic planning for public and non-profit organizations* (pp. 71-75). Jossey-Bass.

Bryson J.M., & Humphrey H.H. (2003). *What To Do When Stakeholders Matter: A Guide to Stakeholder Identification and Analysis Techniques*.

Capodici A., Salussolia A., La Fauci G., Di Valerio Z., Montalti M., Odone A., Costantino C., Larson H. J., Leask J., Lenzi J. *et al.* (2024). Influenza vaccine uptake in Italy - The 2022-2023 seasonal influenza vaccination campaign in Italy: An update from the OBVIOUS project. *Vaccines*, 12(3), 297. DOI: 10.3390/vaccines12030297.

Carman A. L., Vanderpool R. C., Stradtman L. R., & Edmiston E. A. (2019). A change-management approach to closing care gaps in a federally qualified health center: A rural Kentucky case study. *Preventing Chronic Disease*, 16, E28. DOI: 10.5888/pcd16.180589.

Carrieri V., Madio L., & Principe F. (2019). Vaccine hesitancy and (fake) news: Quasi-experimental evidence from Italy. *Health economics*, 28(11): 1377-1382. DOI: 10.1002/hec.3937.

Caserotti M., Gavaruzzi T., Girardi P., Sellarò R., Rubaltelli E., Tasso A., & Lotto L. (2022). People's perspectives about COVID-19 vaccination certificate: Findings from a representative Italian sample. *Vaccines*, 40(51): 7406-7414. DOI: 10.1016/j.vaccine.2022.08.016.

Cavicchi C., Romiti A., Vagnoni E., & Del Vecchio M. (2025). Innovation as a robust response to crises in public healthcare organizations: Evidence from Italy. *Public Money & Management*, 1-12. DOI: 10.1080/09540962.2025.2484589.

Ceccarelli A., Soro G., Reali C., Biguzzi E., Farneti R., Frassinetti V., Angelini R., Belloli G. L., Gori D., & Montalti M. (2024). The influence of altitude, urbanization, and local vaccination centers on vaccine uptake within an Italian health district: An

- analysis of 15,000 individuals eligible for vaccination. *Vaccines*, 12(8), 875. DOI: 10.3390/vaccines12080875.
- Chang CS., Chen SY. & Lan YT. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Serv Res*, 13, 22. DOI: 10.1186/1472-6963-13-22.
- Chen W., & Stoecker C. (2020). Mass media coverage and influenza vaccine uptake. *Vaccines*, 38(2): 271-277. DOI: 10.1016/j.vaccine.2019.10.019.
- Crocetti E., Arniani S., Bordoni F., Maciocco G., Zappa M., & Buiatti E. (2001). Effectiveness of influenza vaccination in the elderly in a community in Italy. *European journal of epidemiology*, 17(2): 163-168. DOI: 10.1023/a:1017978420601.
- Dai T., Cho S.-H., & Zhang F. (2016). Contracting for on-time delivery in the U.S. influenza vaccine supply chain. *Manufacturing & Service Operations Management*, 18(3): 332-346. DOI: 10.1287/msom.2015.0574.
- de Belvis A., Merzaglia M., Morsella A., Adduci A., Perilli A., Cascini F., Solipaca A., Fattore G., Ricciardi W., Maresso A., & Scarpetti G. (2022). Italy: Health System Review. *Health systems in transition*, 24(4): 1-236.
- de Fougerolles T.R., Baïssas T., Perquier G. *et al.* (2024). Public health and economic benefits of seasonal influenza vaccination in risk groups in France, Italy, Spain and the UK: state of play and perspectives. *BMC Public Health*, 24, 1222. DOI: 10.1186/s12889-024-18694-5.
- de Kok K., van der Scheer W., Ketelaars C. *et al.* (2023). Organizational attributes that contribute to the learning & improvement capabilities of healthcare organizations: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 23, 585. DOI: 10.1186/s12913-023-09562-w.
- de Koning R., Gonzalez Utrilla M., Spanaus E., Moore M., & Lomazzi M. (2024). Strategies used to improve vaccine uptake among healthcare providers: A systematic review. *Vaccines*, X(19), 100519. DOI: 10.1016/j.jvacx.2024.100519.
- Domnich A., Lapi F., Orsi A. *et al.* (2024). Declining number of general practitioners can impair influenza vaccination uptake among Italian older adults: Results from a panel analysis. *BMC Health Serv Res*, 24, 950. DOI: 10.1186/s12913-024-11443-9.
- Dubé E., Gagnon D., & MacDonald N. E. (2015). Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccines*, 33(34): 4191-4203. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.04.041.
- Eilers R., Krabbe P. F. M., & de Melker H. E. (2014). Factors affecting the uptake of vaccination by the elderly in Western society. *Preventive Medicine*, 69: 224-234. DOI: 10.1016/j.ypmed.2014.10.017.
- Fattore G., Pongiglione B. & Vezzosi L. (2024). Excess hospitalizations and in-hospital mortality associated with seasonal influenza in Italy: a 11-year retrospective study. *BMC Infect Dis*, 24, 227. DOI: 10.1186/s12879-024-09071-z.
- Fotiadis K., Dadouli K., Avakian I., Bogogiannidou Z., Mouchtouri V. A., Gogosis K., Speletas M., Koureas M., Lagoudaki E., Kokkini S. *et al.* (2021). Factors associated with healthcare workers' (HCWs) acceptance of COVID-19 vaccinations and indications of a role model towards population vaccinations from a cross-sectional survey in Greece, May 2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10558. DOI: 10.3390/ijerph181910558.
- Freeman R. E. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Pitman Publishing Inc.
- Freeman R. E., & McVea J. (2001). *A stakeholder approach to strategic management*. Social Science Research Network. DOI: 10.2139/ssrn.263511.
- Frutos A. M., Tenforde M. W., Sundaresan D., Naleway A. L., Irving S. A., DeSilva M. B., Kharbanda A. B., Ong T. C., Rao S., Zheng K., Gohil S. K., Ball S. W., Fink R. V., Reed C., Garg S., & Bozio C. H. (2025). Influenza-associated hospitalization rates by underlying conditions, 2016-17 to 2019-20: A retrospective cohort study. *The Journal of infectious diseases*, jiaf164. Advance online publication. DOI: 10.1093/infdis/jiaf164.
- Gai Y., & Gu N. Y. (2014). Relationship between local family physician supply and influenza vaccination after controlling for individual and neighborhood effects. *American journal of infection control*, 42(5): 500-505. DOI: 10.1016/j.ajic.2013.12.006.
- Galbraith J. (1973). *Designing Complex Organizations*. Addison-Wesley, Boston.
- González-Block M. Á., Díaz Portillo S. P., Arroyo Laguna J., & *et al.* (2022). Barriers and facilitators to influenza vaccination observed by officers of national immunization programs in South America countries with contrasting coverage rates. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(3), e00045721. DOI: 10.1590/0102-311X00045721.
- Gonzalez-Chica D., Frank O., Edwards J., Hoon E., de Oliveira Bernardo C., Knieriemen A., & Stocks N. (2024). Effectiveness of patient reminders on influenza vaccination coverage among adults with chronic conditions: A feasibility study in Australian general practices. *Preventive Medicine*, 184, 107983. DOI: 10.1016/j.ypmed.2024.107983.
- Grilli R., Ramsay C., & Minozzi S. (2002). Mass media interventions: Effects on health services utilisation. *Cochrane Database of Systematic*

- Reviews, (1), CD000389. DOI: 10.1002/14651858.CD000389.
- Grossi A., Bella A., Caraglia A., Maraglino F., & Rizzo C. (2021). La copertura vaccinale antinfluenzale in Italia: andamento nella popolazione generale e ultrasessantatrenne, dal 1999-2000 al 2019-2020. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 2(1): 1-7. DOI: 10.53225/BEN_008.
- Gualano M. R., Santoro P. E., Borrelli I., Rossi M. F., Amantea C., Tumminello A., Daniele A., Beccia F., & Moscato U. (2022). Employee participation in workplace vaccination campaigns: A systematic review and meta-analysis. *Vaccines*, 10(11), 1898. DOI: 10.3390/vaccines10111898.
- Gutterman A. (2023). Designing the organizational structure. DOI: 10.2139/ssrn.4548234.
- Hanly M., Churches T., Fitzgerald O. et al. (2022). Modelling vaccination capacity at mass vaccination hubs and general practice clinics: a simulation study. *BMC Health Serv Res*, 22, 1059. DOI: 10.1186/s12913-022-08447-8.
- Harrison J. S., & St. John C. H. (1996). Managing and partnering with external stakeholders. *The Academy of Management Executive*, 10(2): 46-60. DOI: 10.5465/AME.1996.9606161554.
- Harrison R., Fischer S., Walpola R. L., Chauhan A., Babalola T., Mears S., & Le-Dao H. (2021). Where Do Models for Change Management, Improvement and Implementation Meet? A Systematic Review of the Applications of Change Management Models in Healthcare. *Journal of healthcare leadership*, 13: 85-108. DOI: 10.2147/JHL.S289176.
- Hazazi A. Y., Al Ahmadi A. M., Al Enizy F. F., Al Sharif M. S., Al Sobhi A. A., Al Mutairi M. H., & Al Anazi M. S. (2023). Managing Seasonal Vaccination Campaigns: A Comprehensive Critical Review. *International Journal of Development Research*, 13(11): 28734-28737. DOI: 10.37118/ijdr.28734.11.2023.
- Hu Y., Wang Y., Cao R., Hu C., Feng B., Li J., Ding X., Ma J., Li H., Wang P., Xu Y., Xu D., Pei J., Zhu X., Chen J., Liang K., Peng Z., Kashani K., Hu B., & Yuan Y. (2025). Kotter's 8-step change model to improve hand hygiene compliance in intensive care unit: A 41-month prospective longitudinal quality improvement study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 87, 103877. DOI: 10.1016/j.iccn.2024.103877.
- Huy Q. N. (2002). Emotional Balancing of Organizational Continuity and Radical Change: The Contribution of Middle Managers. *Administrative Science Quarterly*, 47(1): 31-69. DOI: 10.2307/3094890.
- Iseron K. V. (2020). Augmenting the Disaster Healthcare Workforce. *The western journal of emergency medicine*, 21(3): 490-496. DOI: 10.5811/westjem.2020.4.47553.
- Kelen G.D. & McCarthy M.L. (2006). The Science of Surge. *Academic Emergency Medicine*, 13: 1089-1094. DOI: 10.1197/j.aem.2006.07.016.
- Kotter J.P. (1996) *Leading Change*. Harvard Business School Press, Boston.
- Kumar M., & Vinati V. (2024). Stakeholder Engagement and Collaboration in Health Policy Implementation: Lessons Learned. *South Eastern European Journal of Public Health*, 104-119. DOI: 10.70135/seejph.vi.491.
- Levi M., Bonanni P., Biffino M., Conversano M., Corongiu M., Morato P., & Maio T. (2018). Influenza vaccination 2014-2015: Results of a survey conducted among general practitioners in Italy. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 14(6): 1342-1350. DOI: 10.1080/21645515.2018.1430543.
- Lin Q., Zhao Q., & Lev B. (2021). Influenza vaccine supply chain coordination under uncertain supply and demand. *European Journal of Operational Research*. DOI: 10.1016/j.ejor.2021.05.025.
- Liu Y., & Yin J. (2020). Stakeholder relationships and organizational resilience. *Management and Organization Review*, 16(5): 986-990. DOI: 10.1017/mor.2020.58.
- Lowe G. (2012). How employee engagement matters for hospital performance. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 15(2): 29-39. DOI: 10.12927/hcq.2012.22915.
- Ly L. T., Maggi F. M., Montali M., Rinderle-Ma S., & van der Aalst W. M. (2015). Compliance monitoring in business processes: Functionalities, application, and tool-support. *Information systems*, 54: 209-234. DOI: 10.1016/j.is.2015.02.007.
- Manzoli L., Gabutti G., Siliquini R., Flacco M. E., Villari P., & Ricciardi W. (2018). Association between vaccination coverage decline and influenza incidence rise among Italian elderly. *European journal of public health*, 28(4): 740-742. DOI: 10.1093/eurpub/cky053.
- Martin D. R., Brauner M. E., & Plouffe J. F. (2008). Influenza and pneumococcal vaccinations in the emergency department. *Emergency medicine clinics of North America*, 26(2): 549-xi. DOI: 10.1016/j.emc.2008.02.004.
- Mazzochi K., Aldridge E., Hackett L., Miller J., Leach D., Lukins J., Jordan P., & Buntine P. (2023). Medical student deployment to a single metropolitan hospital during the COVID-19 pandemic: A mixed methods analysis. *Emergency medicine Australasia: EMA*, 35(6): 960-967. DOI: 10.1111/1742-6723.14273.
- McKinley C. J., Olivier E., & Ward J. K. (2023). The influence of social media and institutional

- trust on vaccine hesitancy in France: Examining direct and mediating processes. *Vaccines*, 11(8), 1319. DOI: 10.3390/vaccines11081319.
- Mitchell R. K., Agle B. R., & Wood D. J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management Review*, 22(4): 853-886. DOI: 10.2307/259247.
- Mounier-Jack S., Bell S., Chantler T., Edwards A., Yarwood J., Gilbert D., & Paterson P. (2020). Organisational factors affecting performance in delivering influenza vaccination to staff in NHS Acute Hospital Trusts in England: A qualitative study. *Vaccines*, 38(15): 3079-3085. DOI: 10.1016/j.vaccine.2020.02.077.
- Nayak J., Hoy G., & Gordon A. (2021). Influenza in Children. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 11(1), a038430. DOI: 10.1101/cshperspect.a038430.
- Nicholls N., Pleace M., & Yitbarek E. (2024). Trust in government, social media and willingness to vaccinate. *Social Science & Medicine*, 360, 117302. DOI: 10.1016/j.socscimed.2024.117302.
- Nutt P. C. (2002). *Why decisions fail: Avoiding the blunders and traps that lead to debacles*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Panatto D., Amicizia D., Arata L., Lai P. L., & Gasparini R. (2018). A comprehensive analysis of Italian web pages mentioning squalene-based influenza vaccine adjuvants reveals a high prevalence of misinformation. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(4): 969-977. DOI: 10.1080/21645515.2017.1407483.
- Parrish C., Phares C. A., Fredrickson T., Lynch J. B., Whiteside L. K., & Duber H. C. (2022). Evaluation of an Emergency Department Influenza Vaccination Program: Uptake Factors and Opportunities. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 23(5). DOI: 10.5811/westjem.2022.5.55227.
- Parsons T. (1951). *The social system*. Free Press.
- Pascucci D., Lontano A., Marziali E., Vetrugno G., Moscato U., Vaccination Team of Hospital Hygiene Unit, Laurenti, P., & Group authorship (2025). *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 21(1), 2493027. DOI: 10.1080/21645515.2025.2493027.
- Pennisi F., Mastrangelo M., De Ponti E., Cuciniello R., Mandelli A., Vaia F., & Signorelli C. (2024). The role of pharmacies in the implementation of vaccination coverage in Italy. Insights from the preliminary data of the Lombardy Region. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, 36(3): 363-369. DOI: 10.7416/ai.2024.2611.
- Perrone P. M., Scarioni S., Astorri E., Marrocu C., Tiwana N., Letzgus M., Borriello C., & Castaldi S. (2024). Vaccination open day: A cross-sectional study on the 2023 experience in Lombardy Region, Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21, 685. DOI: 10.3390/ijerph21060685.
- Poscia A., Paolorossi G., Collamati A., Costantino C., Fiacchini D., Angelini C., Bernabei R., Cimmini D., Icardi G., Siddu A., Silenzi A., Spadea A., & Vetrano D. L. (2024). Enhancing routine immunization efforts for older adults and frail individuals: Good practices during the SARS-CoV-2 pandemic in Italy. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 20(1), 2330152. DOI: 10.1080/21645515.2024.2330152.
- Prati G., Pietrantoni L., & Zani B. (2011). A social-cognitive model of pandemic influenza H1N1 risk perception and recommended behaviors in Italy. *Risk analysis: an official publication of the Society for Risk Analysis*, 31(4): 645-656. DOI: 10.1111/j.1539-6924.2010.01529.x.
- Rizzo C., Bella A., Viboud C., Simonsen L., Miller M. A., Rota M. C., Salmaso S., & Ciofi degli Atti M. L. (2007). Trends for influenza-related deaths during pandemic and epidemic seasons, Italy, 1969-2001. *Emerging infectious diseases*, 13(5): 694-699. DOI: 10.3201/eid1305.061309.
- Sañudo Y., Akoglu C., Rietjens J. A. C., Snelders D., Stiggelbout A. M., & Sierra-Pérez J. (2025). The implementation of design methodologies for supporting shared decision making in healthcare services: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 131, 108551. DOI: 10.1016/j.pec.2024.108551.
- Scott T., Mannion R., Davies H. T., & Marshall M. N. (2003). Implementing culture change in health care: theory and practice. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 15(2): 111-118. DOI: 10.1093/intqhc/mzg021.
- Shukla S., Fressin F., Un M., Coetzer H., & Chaguturu S. K. (2022). Optimizing vaccine distribution via mobile clinics: A case study on COVID-19 vaccine distribution to long-term care facilities. *Vaccines*, 40(5): 734-741. DOI: 10.1016/j.vaccine.2021.12.049.
- Signorelli C., Odone A., Conversano M., & Bonanni P. (2015). Deaths after Fluad flu vaccine and the epidemic of panic in Italy. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h116. DOI: 10.1136/bmj.h116.
- Signorelli C., Pennisi F., D'Amelio A. C., Conversano M., Cinquetti S., Blandi L., & Rezza G. (2024). Vaccinating in Different Settings: Best Practices from Italian Regions. *Vaccines*, 13(1), 16. DOI: 10.3390/vaccines13010016.
- Singleton G., Dowrick A., Manby L., Fillmore H., Syverson A., Lewis-Jackson S., Uddin I., Sumray K., Bautista-González E., Johnson G. and Vindro-

- la-Padros C. (2022). UK Healthcare Workers' Experiences of Major System Change in Elective Surgery During the COVID-19 Pandemic: Reflections on Rapid Service Adaptation. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(10): 2072-2082. DOI: 10.34172/ijhpm.2021.101.
- Su Z., Cheshmehzangi A., McDonnell D., da Veiga C. P., & Xiang Y. T. (2022). Mind the "vaccine fatigue". *Frontiers in Immunology*, 13, 839433. DOI: 10.3389/fimmu.2022.839433.
- Sun Z. (2025). Determining human resource management key indicators and their impact on organizational performance using deep reinforcement learning. *Sci Rep*, 15, 5690. DOI: 10.1038/s41598-025-86910-2.
- Szeto K., Davis A., Arnold J., Gwilt I., Forrest A., Heyne I., Hewitt A., Diestel-Feddersen P., Edwards D., Singh B., & Maher C. (2025). Stepping toward implementation using codesign: Development of hospital protocols and resources for using wearable activity trackers in a hospital service. *Frontiers in Digital Health*, 7, 1520991. DOI: 10.3389/fdgth.2025.1520991.
- Thompson J. M. (2010). Understanding and managing organizational change: implications for public health management. *Journal of public health management and practice: JPHMP*, 16(2): 167-173. DOI: 10.1097/PHH.0b013e3181c8cb51.
- Thompson W. W., Weintraub E., Dhankhar P., Cheng P. Y., Brammer L., Meltzer M. I., Bresee J. S., & Shay D. K. (2009). Estimates of US influenza-associated deaths made using four different methods. *Influenza and other respiratory viruses*, 3(1): 37-49. DOI: 10.1111/j.1750-2659.2009.00073.x.
- Varga A.I., Spehar I., Veggeland F. et al. (2025). Factors influencing trust among colleagues in hospital settings: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 25, 16. DOI: 10.1186/s12913-024-12159-6.
- Vargas C., Whelan J., Brimblecombe J., & Allender S. (2022). Co-creation, co-design, co-production for public health - a perspective on definition and distinctions. *Public health research & practice*, 32(2), 3222211. DOI: 10.17061/phrp3222211.
- Velasco N., Herrera A., Trujillo-Diaz J. et al. (2024). Design of logistics indicators for monitoring the COVID-19 vaccination process in Colombia. *BMC Health Serv Res*, 24, 1397. DOI: 10.1186/s12913-024-11843-x.
- Walji H. D., Martin E., Brookes T., Ellis S. A., Kolokotroni M., Hernandez L., & Martin-Ucar A. (2024). Using an organizational change model to improve lung cancer surgery services over five years. *Journal of thoracic disease*, 16(8): 5042-5049. DOI: 10.21037/jtd-23-1537.
- Wang M., & Jie F. (2019). Managing supply chain uncertainty and risk in the pharmaceutical industry. *Health Services Management Research*, 33(3): 156-164. DOI: 10.1177/0951484819845305.
- Wang X., Pan J., Liu Z., & Wang W. (2022). Optimization of Vaccination Clinics to Improve Staffing Decisions for COVID-19: A Time-Motion Study. *Vaccines*, 10(12), 2045. DOI: 10.3390/vaccines10122045.
- Watson S. K., Rudge J. W., & Coker R. (2013). Health systems' "surge capacity": state of the art and priorities for future research. *The Milbank quarterly*, 91(1): 78-122. DOI: 10.1111/milq.12003.
- Wee K. Z., & Lai A. Y. (2022). Work Engagement and Patient Quality of Care: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Medical care research and review: MCRR*, 79(3):345-358.DOI:10.1177/10775587211030388.
- Wheeler S. G., Beste L. A., Overland M. K., & Wander P. L. (2025). Interventions in primary care to increase uptake of adult vaccines: a systematic review. *Journal of Public Health*, 47(2): 222-231. DOI: 10.1093/pubmed/fdaf008.
- Whitehead H. S., French C. E., Caldwell D. M., Letley L., & Mounier-Jack S. (2023). A systematic review of communication interventions for countering vaccine misinformation. *Vaccines*, 41(5): 1018-1034. DOI: 10.1016/j.vaccine.2022.12.059.
- Xie Y. J., Liao X., Lin M., Yang L., Cheung K., Zhang Q., Li Y., Hao C., Wang H. H., Gao Y., Zhang D., Molassiotis A., Siu G. K. H., & Leung A. Y. M. (2024). Community Engagement in Vaccination Promotion: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR public health and surveillance*, 10, e49695. DOI: 10.2196/49695.
- Xu X., Rodgers M. D., & Guo W. (G.). (2021). A hub-and-spoke design for ultra-cold COVID-19 vaccine distribution. *Vaccines*, 39(41): 6127-6136. DOI: 10.1016/j.vaccine.2021.08.069.
- Yoo B. K., Holland M. L., Bhattacharya J., Phelps C. E., & Szilagyi, P. G. (2010). Effects of mass media coverage on timing and annual receipt of influenza vaccination among Medicare elderly. *Health services research*, 45(5 Pt 1): 1287-1309. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01127.x.
- Zhao P., Yoo I., Lavoie J., Lavoie B. J., & Simoes E. (2017). Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 19(4), e134. DOI: 10.2196/jmir.6747.

Sitografia

Congressional Research Service (2004), Influenza Vaccine Shortages and Implications, CRS Report for Congress, Order Code RL32655, <https://www.everycrsreport.com/reports/RL32655.html> (consultato il 01/08/2025).

European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). Challenges for the Italian National Health Service in 2024: How to plan the future health workforce. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/italy-2023/challenges-for-the-italian-national-health-service-in-2024-how-to-plan-the-future-health-workforce> (consultato il 01/08/2025).

Istituto Superiore della Sanità – Coperture della vaccinazione antinfluenzale in Italia <https://www.epicentro.iss.it/influenza/coperture-vaccinali> (consultato il 01/08/2025).

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2013) Global Vaccine Action Plan 2011-2020. <https://>

www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/ (consultato il 01/08/2025).

Normativa

Decreto Legge n. 105 del 23 luglio 2021, convertito con Legge n. 126 del 16 settembre 2021.

Ministero della Salute – Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2024-2025.

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025.

Piano Nazionale Vaccini 1999-2000.