

«Ahead of Epub» (Bollettino dell'UFSP)

Raccomandazione per la vaccinazione anti-COVID-19: aggiornamento 2026

Ufficio federale della sanità pubblica e
Commissione federale per le vaccinazioni

Stato al 28.09.2026

Le modifiche di carattere sostanziale rispetto alla versione precedente del 16 settembre 2024 sono indicate in blu.



Versione del	Versione precedente	Modifiche rispetto alla versione precedente
28.09.2026	16.09.2024	• Periodo raccomandato per la vaccinazione stagionale (dose singola): finora si raccomandava di effettuare la vaccinazione in autunno/inverno (preferibilmente tra metà ottobre e dicembre); a seguito degli sviluppi epidemiologici la somministrazione è ora consigliata in autunno (da settembre). Se non si è ancora stati vaccinati, la vaccinazione può essere recuperata durante la stagione epidemica. • Donne incinte senza patologie sottostanti: la vaccinazione anti-COVID-19 non è più raccomandata sistematicamente. Per le donne appartenenti a questo gruppo la vaccinazione è raccomandata solo se è ritenuta clinicamente indicata a seguito di una valutazione individuale del rapporto rischi-benefici. • Donne incinte con una patologia sottostante: per le donne incinte vale la definizione dell'OMS delle patologie sottostanti che aumentano il rischio di decorso grave di COVID-19. • Persone di età < 16 anni con grave immunodeficienza (non ancora vaccinate o sottoposte a un trapianto di cellule staminali): ora l'immunizzazione di base non è più raccomandata.

Indice

Indice	2
1 Raccomandazione per la vaccinazione anti-COVID-19 – In breve	3
1.1 Sviluppo epidemiologico dalla stagione 2024/2025	3
1.2 Gruppi target	3
1.3 Tempistiche, schema di vaccinazione e vaccini raccomandati	3
2 Contesto e situazione epidemiologica attuale	4
2.1 Obiettivi prioritari della vaccinazione anti-COVID-19	4
2.2 Situazione immunitaria della popolazione svizzera	4
2.3 Sviluppo epidemiologico dalla stagione 2024/2025	5
2.4 Motivazioni alla base di una vaccinazione anti-COVID-19.....	5
3 Vaccini anti-COVID-19 a mRNA	6
3.1 Vaccini raccomandati e omologati.....	6
3.2 Immunogenicità ed efficacia	7
3.3 Effetti indesiderati della vaccinazione (EIV) e sicurezza	8
3.4 Controindicazioni e misure precauzionali	8
4 Gruppi target per la vaccinazione anti-COVID-19	9
4.1 Persone di età ≥ 65 anni	9
4.2 Persone con un rischio elevato di decorso grave di COVID-19	10
4.3 Donne incinte	10
4.4 Parere senza raccomandazione: personale sanitario e viaggiatori.....	11
5 Raccomandazioni per le persone con grave immunodeficienza	12
5.1 Persone con grave immunodeficienza (senza TCSE)	12
5.2 Anticorpi monoclonali per l'immunizzazione passiva di persone con grave immunodeficienza.....	13
5.3 Persone che hanno subito un trapianto di cellule staminali	13
6 Riferimenti	15
Allegato 1. Elenco delle categorie: persone con un rischio elevato di decorso grave di COVID-19 a causa di una patologia sottostante	20
Sigla editoriale	22

1 Raccomandazione per la vaccinazione anti-COVID-19 – In breve

1.1 Sviluppo epidemiologico dalla stagione 2024/2025

Il virus SARS-CoV-2 continua a circolare e causerà anche in futuro infezioni e casi di malattia di COVID-19, con rischio di complicanze e di decorso grave in alcune persone. Negli ultimi due anni, in Svizzera, la circolazione del SARS-CoV-2 ha seguito un andamento stagionale, con un aumento a partire dalla fine dell'estate e un picco nel tardo autunno (2024) e verso fine anno (2025) (v. i rapporti dell'UFSP sui virus respiratori disponibili in francese e tedesco «Rapport annuel sur les virus respiratoires 2024/2025» [1] e «Rapport annuel sur les virus respiratoires 2025/2026» [2]; quest'ultimo sarà pubblicato a breve). In Germania, nel 2024 e nel 2025 il picco stagionale di ospedalizzazioni per COVID-19 si è verificato rispettivamente a ottobre e a metà dicembre [3]. Non è ancora noto quando in Svizzera si sia verificato il picco dei ricoveri negli anni 2024 e 2025. Non sono disponibili dati aggiornati sui ricoveri per Covid-19 relativi agli ultimi due anni. Si presume che il picco si sia verificato in un arco di tempo simile a quello registrato di recente in Germania. Di conseguenza, ora si raccomanda di effettuare la vaccinazione in autunno, a partire da settembre (in precedenza si consigliava in autunno/inverno, preferibilmente tra metà ottobre e dicembre), si veda il capitolo 1.3.

1.2 Gruppi target

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la Commissione federale per le vaccinazioni (CFV) raccomandano la vaccinazione per i gruppi di persone indicati di seguito.

- **Tutte le persone di età ≥ 65 anni**, come vaccinazione complementare a scopo di protezione individuale dal rischio elevato di decorso grave di COVID-19 dovuto all'età.
- **Persone di età ≥ 16 anni con un rischio elevato** di decorso grave di COVID-19 a causa di una patologia sottostante (v. elenco delle categorie, allegato 1)¹ o perché affette da trisomia 21.
- **Donne incinte con una patologia sottostante** secondo la definizione dell'OMS² che aumenta il rischio di decorso grave di COVID-19.
- **Donne incinte senza patologie sottostanti**, solo se la vaccinazione è ritenuta clinicamente indicata a seguito di una valutazione individuale del rapporto rischi-benefici.

Per tutte le altre persone non sussiste una raccomandazione a vaccinarsi contro la COVID-19, in quanto per le persone senza fattori di rischio la probabilità di ammalarsi gravemente è pressoché nulla. Il personale sanitario può farsi vaccinare contro la malattia senza che l'UFSP e la CFV formulino una raccomandazione specifica per questo gruppo di persone.

1.3 Tempistiche, schema di vaccinazione e vaccini raccomandati

- Si raccomanda una vaccinazione stagionale con una dose, da effettuare **in autunno (da settembre)**. Se non si è ancora stati vaccinati, la vaccinazione può essere recuperata durante la stagione epidemica.
- Per la vaccinazione stagionale in persone di età ≥ 16 anni con grave immunodeficienza sono previste raccomandazioni speciali, riguardanti anche le tempistiche consigliate (v. cap. 5.1).

¹ Per le persone di età < 16 anni con grave immunodeficienza che non sono ancora state vaccinate contro la COVID-19 o che sono state sottoposte a un trapianto di cellule staminali, ora la vaccinazione anti-COVID-19 (immunizzazione di base) non è più raccomandata.

² Malattie cardiovascolari croniche, malattie respiratorie croniche, malattie renali croniche, malattie epatiche croniche, diabete mellito, obesità, malattie neurologiche e malattie che indeboliscono il sistema immunitario [4].

- La vaccinazione annuale è raccomandata indipendentemente dal numero di dosi di vaccino anti-COVID-19 già ricevute e dal numero di infezioni da SARS-CoV-2 pregresse.
- Va tuttavia rispettato un intervallo di sei mesi dall'ultima dose di vaccino anti-COVID-19 ricevuta o dall'ultima infezione da SARS-CoV-2 accertata.
- Per la vaccinazione stagionale (dose singola), si raccomanda di preferire un vaccino a mRNA adattato alle varianti del virus SARS-CoV-2 in circolazione. I vaccini anti-COVID-19 a mRNA attualmente disponibili, *Comirnaty*[®] e *Spikevax*[®], sono raccomandati in modo equivalente.
- Schema di vaccinazione speciale per persone di età ≥ 16 anni sottoposte a un trapianto di cellule staminali (TCSE): indipendentemente dallo stato immunitario, dopo un TCSE si raccomanda un'immunizzazione di base con uno schema di vaccinazione a 4 dosi («3+1») (per i dettagli, v. cap. 5.3). I vaccini a mRNA attualmente disponibili sono raccomandati in modo equivalente, tranne per il gruppo di persone tra i 16 e i 19 anni sottoposte a un TCSE (si continua a raccomandare *Comirnaty*[®]).

2 Contesto e situazione epidemiologica attuale

Dopo il primo caso di COVID-19 a dicembre 2019, la sindrome respiratoria acuta grave causata dal coronavirus di tipo 2 (SARS-CoV-2) ha dominato l'andamento delle infezioni a livello internazionale negli anni successivi e provocato diverse ondate pandemiche dovute allo sviluppo di nuove varianti. Dopo oltre tre anni di pandemia, il 5 maggio 2023 l'OMS ha dichiarato la fine dell'emergenza sanitaria internazionale legata alla COVID-19 [5]. Durante la pandemia, in Svizzera l'approvvigionamento dei vaccini e la fatturazione delle vaccinazioni anti-COVID-19 sono stati gestiti da Confederazione e Cantoni. Dal 1° luglio 2024 sono invece garantiti dalle strutture ordinarie per le vaccinazioni: i vaccini sono reperibili tramite i titolari delle omologazioni e i relativi partner commerciali, mentre il finanziamento è regolato in base all'elenco delle specialità e all'ordinanza sulle prestazioni. Nonostante il netto miglioramento della situazione epidemiologica in Svizzera (v. cap. 2.3), il SARS-CoV-2 continua a circolare e causerà anche in futuro infezioni e casi di COVID-19, con un rischio di complicanze e decorsi gravi nei soggetti più vulnerabili.

2.1 Obiettivi prioritari della vaccinazione anti-COVID-19

Conformemente alla «strategia di vaccinazione anti-COVID-19» [6] della Svizzera, l'obiettivo prioritario della raccomandazione di vaccinazione continua ad essere la riduzione del carico di malattia, in particolare dei decorsi gravi e letali di COVID-19. Vanno protette soprattutto le persone che, a causa dell'età, di una patologia sottostante o di altre circostanze, presentano un rischio elevato di decorso grave o di complicanze in caso di infezione da SARS-CoV-2.

2.2 Situazione immunitaria della popolazione svizzera

Secondo i dati sulla sieroprevalenza di Corona Immunitas, in primavera ed estate 2022 – dopo la vaccinazione della maggioranza della popolazione e varie ondate pandemiche – più del 98 per cento della popolazione svizzera presentava anticorpi contro il SARS-CoV-2 [7, 8]. Ciò significa che quasi tutte le persone sono state vaccinate e/o hanno contratto la COVID-19 e che il loro sistema immunitario è quindi stato esposto al SARS-CoV-2. A causa della variabilità genetica del SARS-CoV-2, si osserva la comparsa di nuove varianti del virus. Poiché la protezione vaccinale si riduce sia con l'aumentare del tempo trascorso dalle vaccinazioni precedenti sia a causa delle differenze tra la variante del virus presente nel vaccino e quella in circolazione in un momento dato, per le persone con un rischio elevato di decorso grave le vaccinazioni di richiamo con il vaccino adattato continuano ad essere considerate utili.

2.3 Sviluppo epidemiologico dalla stagione 2024/2025

Stagionalità: negli ultimi due anni, in Svizzera, la circolazione del SARS-CoV-2 ha seguito un andamento stagionale, con un aumento a partire dalla fine dell'estate e un picco nel tardo autunno (2024) e verso fine anno (2025) (v. i rapporti sui virus respiratori disponibili in francese e tedesco «Rapport annuel sur les virus respiratoires 2024/2025» [1] e «Rapport annuel sur les virus respiratoires 2025/2026» [2]). In Germania, nel 2024 e nel 2025 il picco stagionale di ospedalizzazioni per COVID-19 si è verificato rispettivamente a ottobre e a metà dicembre [3]. Non è ancora noto quando in Svizzera si sia verificato il picco dei ricoveri negli anni 2024 e 2025. Non sono disponibili dati aggiornati sui ricoveri per Covid-19 relativi agli ultimi due anni. Si presume che il picco si sia verificato in un arco di tempo simile a quello registrato di recente in Germania.

Si raccomanda dunque di effettuare la vaccinazione stagionale anti-COVID-19 in autunno (da settembre).

Carico di malattia: nella stagione 2025/2026, in Svizzera i tassi di positività al SARS-CoV-2 rilevati nelle consultazioni ambulatoriali per infezioni respiratorie acute (ARI) o sindromi simil-influenzali (ILI) (Sentinella) e il tasso delle dichiarazioni effettuate da laboratori per il SARS-CoV-2 sono diminuiti rispetto agli anni precedenti (v. «Rapport annuel sur les virus respiratoires 2025/2026» [2]). Anche a livello internazionale (ad es. in Germania [3]) negli ultimi anni si è osservata una diminuzione del numero e dell'incidenza delle ospedalizzazioni per COVID-19 tra le stagioni 2023/2024 e 2025/2026, una tendenza che ha riguardato tutte le fasce d'età.

Varianti in circolazione: nella stagione 2025/2026, in Svizzera, nell'ambito del monitoraggio delle acque reflue è stata individuata soprattutto la variante del virus SARS-CoV-2 XFG, emersa dalla ricombinazione di due precedenti sottovarianti di Omicron: L.F.7 e LP.8.1.2. L'OMS classifica XFG come variante sotto monitoraggio (*variant under monitoring*, VUM), ma stima che il rischio di evasione immunitaria sia basso e comparabile a quello di JN.1 [9]. Verso la fine della stagione è circolata anche la variante BA.3.2, pure classificata come VUM e caratterizzata da una maggiore capacità di evasione immunitaria rispetto alle altre varianti presenti nello stesso periodo [10]. In percentuale minore sono state rilevate altresì le varianti KP.2, KP.3, LP.8, NB.1.8.1 e XEC. Infine, in rari casi, il sistema di dichiarazione Sentinella (campioni clinici) ha ancora rilevato la variante JN.1. Non vi sono evidenze che le infezioni da XFG o BA.3.2 presentino una gravità maggiore rispetto a quelle causate da precedenti sottovarianti di Omicron [9, 11].

La variante XFG è stata selezionata come antigene vaccinale per i vaccini anti-COVID-19 della stagione 2026/2027 (v. cap. 3.1).

2.4 Motivazioni alla base di una vaccinazione anti-COVID-19

La diffusa esposizione immunologica ad antigeni di SARS-CoV-2, insieme alla comparsa di varianti di SARS-CoV-2 che tendono a causare infezioni più lievi rispetto a quelle precedenti [12], ha determinato una riduzione generale del carico di malattia anche in Svizzera [2, 13]. Il contesto attuale è quindi molto diverso rispetto agli anni pandemici 2020 e 2021: per le persone senza fattori di rischio la probabilità di ammalarsi gravemente è diventata molto bassa.

Rispetto alla popolazione generale, determinati gruppi di persone continuano tuttavia a presentare un rischio decisamente maggiore di ammalarsi gravemente di COVID-19, per motivi di età o per altri fattori di rischio clinici. Inoltre, come per altre vaccinazioni, in questi soggetti la protezione vaccinale contro le forme gravi può essere meno efficace e, a seconda del fattore di rischio (ad es. con l'aumentare dell'età), diminuire più rapidamente. In questi casi la vaccinazione migliora la protezione dalle forme gravi, comprese le ospedalizzazioni, per circa sei mesi [14–17]. Le persone di età < 65 anni senza fattori di rischio sono invece protette dai decorsi gravi, comprese le ospedalizzazioni, grazie all'immunità ibrida esistente (v. cap. 2.2) e, pertanto, in questo gruppo di popolazione la vaccinazione non ha praticamente alcun influsso sul carico di malattia.

La vaccinazione offre una buona protezione dai decorsi gravi, ma protegge poco dall'infezione stessa e da una forma sintomatica lieve della malattia. Inoltre, la protezione dall'infezione o da un decorso lieve dura molto meno rispetto a quella dai decorsi gravi [14].

La maggior parte degli studi disponibili sulla trasmissione del virus da parte di persone vaccinate evidenziano che il vaccino ha un'efficacia limitata nel prevenire la trasmissione [18–20].

Per questi motivi e sulla base della situazione iniziale descritta al capitolo 2.2, l'UFSP e la CFV raccomandano la vaccinazione anti-COVID-19 soltanto ai gruppi di persone indicati al capitolo 4 che presentano un rischio elevato di decorso grave.

3 Vaccini anti-COVID-19 a mRNA

3.1 Vaccini raccomandati e omologati

La CFV e l'UFSP raccomandano di somministrare **preferibilmente un vaccino a mRNA adattato alle varianti stagionali del virus**, così da garantire la migliore protezione possibile contro i decorsi gravi di COVID-19 nella stagione in corso.

Si prevede che, ogni autunno, i vaccini vengano adattati alle varianti o sottovarianti di SARS-CoV-2 che si presume saranno dominanti in Svizzera.

In base alle informazioni disponibili sulle proprietà dei vaccini (v. cap. 3.2 e 3.3) e **tenendo conto dell'età e del numero di dosi previste, si raccomandano i vaccini a mRNA** indicati di seguito.

- **Dose singola stagionale** (tutte le persone ≥ 16 anni): *Spikevax*[®] o *Comirnaty*[®] (raccomandati in modo equivalente).
- **Immunizzazione di base** (schema di vaccinazione «3+1») **dopo un trapianto di cellule staminali**:
 - persone di età ≥ 30 anni: *Spikevax*[®] o *Comirnaty*[®] (raccomandati in modo equivalente);
 - persone di età 16–29 anni: *Comirnaty*[®].

Per la stagione epidemica 2026/2027, diverse autorità sanitarie internazionali [21–23] hanno raccomandato la variante di SARS-CoV-2 XFG come antigene per i vaccini anti-COVID-19. Durante la stagione 2025/2026, in Svizzera, nell'ambito del monitoraggio delle acque reflue sono stati rilevati prevalentemente virus SARS-CoV-2 appartenenti a questa variante [2]. Per ulteriori informazioni sui virus in circolazione si veda il capitolo 2.3.

Di seguito sono riportate informazioni sui vaccini omologati disponibili in Svizzera al momento della pubblicazione (25.09.2026) per l'immunizzazione attiva ai fini della prevenzione della COVID-19. A partire dal 1° luglio 2024, con il passaggio alle strutture ordinarie, i vaccini anti-COVID-19 sono reperibili tramite i titolari delle omologazioni e i relativi partner commerciali. Per le omologazioni fanno stato le informazioni fornite da Swissmedic (<https://swissmedicinfo-pro.ch>).

A **settembre 2026**, in Svizzera sono omologati e (ancora) disponibili i seguenti vaccini anti-COVID-19 a mRNA:

- ***Comirnaty*[®] XFG (omologato da settembre 2026)**: ogni dose di questo vaccino contiene 30 µg di mRNA modificato a livello dei nucleosidi per la codifica della glicoproteina Spike della sottovariante del virus SARS-CoV-2 XFG. Il vaccino è stato omologato da Swissmedic per il **ciclo di vaccinazione primaria (immunizzazione di base) con due dosi** e per la vaccinazione di richiamo (almeno sei mesi dopo l'ultima dose di vaccino anti-COVID-19) a partire dai 12 anni. **Alle persone di età ≥ 12 anni con grave immunodeficienza possono essere somministrate ulteriori dosi di Comirnaty XFG in conformità con le raccomandazioni nazionali.**
- ***Spikevax*[®] XFG (omologato dall'estate 2026)**: ogni dose di questo vaccino contiene 50 µg di mRNA modificato a livello dei nucleosidi per la codifica della glicoproteina Spike della sottovariante del virus SARS-CoV-2 XFG. Swissmedic ha omologato una dose di vaccino (almeno tre mesi dopo l'ultima dose di un vaccino anti-COVID-19) per le persone di età ≥ 12 anni con o senza vaccinazione precedente. Per le persone con immunodeficienza di età $\geq$

12 anni (con o senza vaccinazione precedente), la vaccinazione di richiamo con una o più dosi è omologata dopo almeno due mesi dall'ultima dose di vaccino anti-COVID-19.

- **Comirnaty® LP.8.1** (omologato da agosto 2025, disponibile solo ancora per poco tempo): ogni dose di questo vaccino contiene 30 µg di mRNA modificato a livello dei nucleosidi per la codifica della glicoproteina Spike della sottovariante del virus SARS-CoV-2 LP.8.1 (variante antigenica per la stagione 2025/2026). Per informazioni sull'omologazione, si veda sopra.

Attualmente in Svizzera non esistono vaccini anti-COVID-19 omologati per i bambini di età < 12 anni.

3.2 Immunogenicità ed efficacia

Negli studi di omologazione e in numerosi studi di osservazione, i vaccini anti-COVID-19 utilizzati in Svizzera hanno dimostrato in generale un'ottima immunogenicità ed efficacia contro il SARS-CoV-2 originario (wild type) [24].

In seguito allo sviluppo e alla diffusione delle sottovarianti di Omicron, sono stati messi a punto vaccini adattati che hanno dimostrato una protezione migliore contro le nuove varianti rispetto ai vaccini originali. L'omologazione dei nuovi vaccini adattati si basa sull'efficacia osservata della precedente formulazione del vaccino e sui dati preclinici sulla formazione di anticorpi che neutralizzano il virus.

In diversi studi di osservazione, dopo una dose i vaccini adattati a LP.8.1 per la stagione di SARS-CoV-2 2025/2026 hanno mostrato una risposta neutralizzante degli anticorpi contro LP.8.1 e contro uno spettro di varianti, tra cui XFG (antigene vaccinale scelto per la stagione 2026/2027) [25, 26]. Dati provenienti da modelli animali indicano che un vaccino anti-COVID-19 adattato a XFG ha indotto una forte risposta immunitaria nei confronti delle varianti di SARS-CoV-2 attualmente circolanti, tra cui XFG, XFG.1.1 e NB.1.8.1 [27].

La protezione vaccinale contro l'infezione, per lo più lieve, è garantita principalmente da anticorpi neutralizzanti e dipende pertanto, più di quanto avvenga per la protezione dai decorsi gravi, dalla corrispondenza tra la variante del virus contenuta nel vaccino e quella in circolazione. La protezione dai decorsi gravi, così come quella dalle ospedalizzazioni, è infatti essenzialmente riconducibile alla risposta dei linfociti T e alla riattivazione della memoria immunologica, che garantiscono una protezione incrociata tra le varianti.

Protezione dai decorsi gravi: i dati emersi dagli studi di osservazione condotti in numerosi Paesi mostrano che durante l'autunno 2025 la vaccinazione ha ancora una volta aumentato il livello di protezione dai decorsi gravi di COVID-19, comprese le ospedalizzazioni, negli anziani e nelle persone con patologie sottostanti [15, 16, 28, 29]. Nella maggior parte degli studi si è riscontrata una protezione da un decorso grave della COVID-19 superiore del 40–60 per cento (*incremental vaccine efficacy*) rispetto a chi non aveva ricevuto una dose aggiuntiva di vaccino. L'incremento della protezione dovuta a un'ulteriore vaccinazione dipende dal tempo trascorso dall'ultima somministrazione: più quest'ultimo aumenta, maggiore è la protezione supplementare garantita da un'ulteriore dose [30]. Ciò è dovuto al calo, nel corso del tempo, della protezione immunitaria derivante da una vaccinazione o un'infezione. Sulla base dei dati disponibili, si può presumere che la vaccinazione protegga dai decorsi gravi per sei mesi, anche se questa protezione è significativamente più elevata nei primi tre mesi dopo la vaccinazione rispetto a quelli successivi [15, 29], soprattutto per le persone con immunodeficienza.

Condizione post-COVID-19: una vaccinazione può anche ridurre il rischio di condizione post-COVID-19. I dati raccolti in Svizzera tra agosto 2020 e febbraio 2022 mostrano che le persone vaccinate che hanno contratto la variante Omicron presentano un rischio di condizione post-COVID-19 significativamente inferiore rispetto alle persone non vaccinate contagiate dal virus originario (wild type) [31]. Lo studio in questione ha mostrato che, nelle persone non vaccinate, il rischio di sviluppare tale condizione in seguito a un'infezione da Omicron è elevato quanto quello successivo a un'infezione da una variante Delta o da SARS-CoV-2 originario (wild type).

Tuttavia, altri studi internazionali rilevano un rischio di condizione post-COVID-19 nettamente inferiore dopo un'infezione da Omicron rispetto a quello osservato con le varianti precedenti [32, 33]. La vaccinazione conferisce una certa protezione contro la comparsa di sintomi associati alla condizione post-COVID-19 a seguito di un'infezione da sottovarianti di Omicron: una revisione sistematica e una meta-analisi del 2025 evidenziano, a seconda allo studio, una riduzione del rischio del 20–30 per cento [34].

Per maggiori spiegazioni sull'immunogenicità e sull'efficacia dei vaccini anti-COVID-19 [dall'inizio delle vaccinazioni fino a ottobre 2023](#), si veda il documento «Linee guida e raccomandazioni di vaccinazione anti-COVID-19» [35].

3.3 Effetti indesiderati della vaccinazione (EIV) e sicurezza

La sicurezza e la tollerabilità dei vaccini anti-COVID-19 a mRNA [disponibili in Svizzera tra il 2020 e il 2025](#) sono state documentate in studi di omologazione e/o in numerosi studi di osservazione condotti su adulti [24, 36] e adolescenti [36–40]. Secondo gli studi di osservazione, negli adulti il tasso di effetti indesiderati associato ai [vaccini adattati disponibili in Svizzera negli ultimi anni](#) (XBB.1.5 [41], JN.1 [43], LP.8.1 [26]) [non è aumentato](#).

I sistemi di sorveglianza conseguenti all'introduzione dei vaccini a mRNA a fine 2020 hanno rilevato un aumento del rischio di miocardite e pericardite dopo una delle prime tre dosi di vaccini a mRNA [24, 36]. Tuttavia, per queste due patologie il rischio relativo dopo la vaccinazione è risultato significativamente inferiore rispetto a quello associato a un'infezione da SARS-CoV-2. I fattori di rischio rilevati sono il sesso maschile, la giovane età (12–29 anni), un intervallo breve tra la prima e la seconda dose (< 30 giorni) e il dosaggio antigenico più elevato di *Spikevax*[®] (100 µg) rispetto a *Comirnaty*[®] per l'immunizzazione di base. Dopo la prima dose di richiamo, negli adulti non è più stata osservata alcuna differenza nei tassi di miocardite tra i vaccini a mRNA [24, 36]. I motivi possono essere ricondotti al maggior intervallo di tempo tra le dosi e al dosaggio ridotto (50 µg) per la vaccinazione di richiamo con *Spikevax*[®].

[Per i vaccini adattati alle varianti Spikevax[®] e Comirnaty[®] della stagione 2023/2024 \(XBB.1.5 \[41\]\) e 2024/2025 \(JN.1, \[42\]\) è stato dimostrato che una singola dose non aumenta il rischio di miocardite negli adulti. Nei giovani adulti non è invece chiaro se l'impiego di *Spikevax*[®] da 50 µg \(adattato alle varianti\) per l'immunizzazione di base secondo uno schema vaccinale a quattro dosi \(«3+1»\) comporti un rischio di miocardite più elevato rispetto a *Comirnaty*[®].](#)

3.4 Controindicazioni e misure precauzionali

Controindicazioni

- Anafilassi o reazione allergica generalizzata: un'ipersensibilità immediata nota o presunta a componenti del vaccino quali glicole polietilenico (PEG, macrogol) o trometamina/trometamolo (TRIS) rappresenta **almeno una controindicazione** relativa alla somministrazione del vaccino (per informazioni sui componenti v. la relativa [informazione professionale](#)). Alle persone con un'anamnesi di questo tipo o un'ipersensibilità presunta nonché alle persone con anafilassi grave (grado III/IV) a un allergene non chiaro o non ancora accertato o con anafilassi idiopatica, si raccomandano un accertamento e una consulenza da parte di uno specialista in allergologia e immunologia clinica.

Misure precauzionali

- Miocarditi/pericarditi dopo una dose di vaccino: in questo caso, gli esperti raccomandano di rimandare le ulteriori dosi [43]. Un'ulteriore vaccinazione può essere valutata solo previa consulenza specialistica e un'attenta ponderazione individuale del rapporto rischi-benefici, che consideri anche il rischio personale di infezione grave e acuta di COVID-19 e del rischio di esposizione al SARS-CoV-2.
- In caso di stato febbrile acuto, la vaccinazione deve essere rimandata.

- Per l'eventualità di una reazione allergica occorre prevedere personale sanitario formato con accesso diretto a un kit di pronto soccorso, adrenalina compresa, e almeno 15 minuti di osservazione sul posto dopo la somministrazione. Se la prima dose è stata ben tollerata, dopo le ulteriori dosi sono sufficienti cinque minuti di osservazione.
- Prima della prima dose: in caso di persone con anafilassi nota ad altri vaccini, gravi allergie acute o mastocitosi cutanea o sistemica nell'anamnesi, procedere ad accertamenti preliminari secondo il capitolo 6 del documento «Linee guida e raccomandazioni di vaccinazione anti-COVID-19» (stato: 02.10.2023) [35].
- Prima delle ulteriori dosi: accertare attivamente se dopo dosi precedenti si sono verificati EIV.
- Come per tutti i vaccini non vivi, non occorre rispettare un intervallo minimo tra la vaccinazione anti-COVID-19 e la somministrazione di altri vaccini. È quindi possibile somministrare contemporaneamente anche il vaccino contro l'influenza.

4 Gruppi target per la vaccinazione anti-COVID-19

La vaccinazione anti-COVID-19 è tuttora raccomandata alle persone che presentano un rischio elevato di decorso grave della malattia.

Per queste persone vulnerabili, le raccomandazioni prevedono vaccinazioni complementari per chi, a causa dell'età, necessita della copertura vaccinale per ottenere una protezione individuale sufficiente dalle forme gravi, nonché per i gruppi a rischio che presentano una probabilità di complicanze più elevata rispetto alla popolazione generale della stessa età.

La vaccinazione anti-COVID-19 è dunque raccomandata come vaccinazione complementare alle persone di età ≥ 65 anni e come vaccinazione per gruppi a rischio a persone di età ≥ 16 anni con patologie sottostanti secondo l'elenco delle categorie di cui all'allegato 1, a persone di età ≥ 16 anni affette da trisomia 21 e a donne incinte con patologie sottostanti secondo la definizione dell'OMS (v. cap. 4.3).

4.1 Persone di età ≥ 65 anni

La vaccinazione stagionale anti-COVID-19 con una dose è raccomandata a tutte le persone di età ≥ 65 anni come vaccinazione complementare a scopo di protezione individuale dal rischio di decorso grave. La somministrazione va effettuata rispettando un intervallo di sei mesi dall'ultima vaccinazione anti-COVID-19 o dall'ultima infezione accertata della malattia. Per motivi di età, a partire dai 65 anni sussiste infatti un rischio elevato di decorso grave della malattia.

Come negli anni precedenti, nella stagione 2025/2026 i casi positivi di SARS-CoV-2 dichiarati dai laboratori riguardavano più frequentemente il gruppo di età ≥ 65 [2]. Tuttavia, il tasso di notifica in questo gruppo di popolazione è risultato in calo rispetto agli anni precedenti. Per la stagione 2024/2025 non sono attualmente ancora disponibili dati sulle ospedalizzazioni per COVID-19 in Svizzera. I dati internazionali più recenti indicano che, dal 2024, il carico di malattia associato alla COVID-19 si è ulteriormente ridotto grazie all'immunità della popolazione, ma che le persone anziane continuano a essere quelle più colpite dalle ospedalizzazioni e dalle forme gravi della malattia [3, 4].

4.2 Persone con un rischio elevato di decorso grave di COVID-19

Le persone che presentano un rischio elevato di decorso grave di COVID-19 rispetto alla popolazione generale della stessa età sono:

- le persone **di età ≥ 16 anni** con
 - **una o più patologie sottostanti** secondo l'elenco delle categorie all'allegato 1 oppure
 - **trisomia 21;**
- le **donne incinte con una patologia sottostante** [secondo la definizione dell'OMS \(\[4\], v. cap. 4.3\);](#)
- le **donne incinte senza patologie sottostanti**, [solo se la vaccinazione è ritenuta clinicamente indicata a seguito di una valutazione individuale del rapporto rischi-benefici.](#)

La vaccinazione stagionale (dose singola) con un vaccino a mRNA adattato alle varianti è raccomandata per tutte le persone a rischio dai 16 anni in su, indipendentemente dal numero di dosi di vaccino anti-COVID-19 già ricevute o dal numero di infezioni da SARS-CoV-2 accertate. La somministrazione va effettuata rispettando un intervallo di sei mesi dall'ultima vaccinazione anti-COVID-19 o dall'ultima infezione accertata della malattia.

Donne incinte: per informazioni dettagliate sulla vaccinazione anti-COVID-19, si veda il capitolo 4.3.

Per la vaccinazione stagionale in persone di età ≥ 16 anni con grave immunodeficienza sono previste raccomandazioni speciali, riguardanti anche le tempistiche consigliate (v. cap. 5.1).

Dopo un trapianto di cellule staminali, per le persone di età ≥ 16 anni è raccomandata un'immunizzazione di base con 4 dosi (schema «3+1»). Per informazioni dettagliate sulla vaccinazione anti-COVID-19 dopo un TCSE, si veda il capitolo 5.3.

4.3 Donne incinte

Alcuni studi mostrano che le donne incinte presentano un rischio elevato di decorso grave della malattia e di complicanze della gravidanza [4, 44, 45]; ciò valeva in particolare per la variante del virus SARS-CoV-2 Delta [46–48]: con la comparsa delle sottovarianti di Omicron, questo rischio rimane accresciuto [45–47], sebbene risulti inferiore rispetto a quello associato alle varianti precedenti – come confermato anche da uno studio di coorte prospettivo franco-svizzero [48]. Le donne incinte con comorbidità continuano ad essere particolarmente a rischio [4, 44, 45, 49, 50].

[Con la comparsa della variante Omicron, gli studi hanno mostrato che una vaccinazione adattata effettuata durante la gravidanza riduce il rischio di forme gravi di COVID-19 nella madre e di complicanze della gravidanza \[51–54\]. Numerosi studi hanno dimostrato che vaccinarsi durante la gravidanza è sicuro per la madre, per il decorso della gravidanza e per il bambino \[36, 51, 54–56\]. Inoltre, grazie al trasferimento degli anticorpi materni al feto, la vaccinazione durante la gravidanza conferisce al neonato una protezione indiretta \[57\].](#)

[Dalla metà del 2023 sono stati pubblicati pochi dati provenienti da studi e sistemi di sorveglianza sul carico di malattia associato alla COVID-19 nelle donne incinte infettate dalle sottovarianti di Omicron circolanti in quel periodo. Inoltre, attualmente non sono noti studi specifici sulle donne incinte senza patologie sottostanti. In Germania, negli anni 2023–2025 il numero di casi dichiarati di donne incinte ospedalizzate per COVID-19 è stato molto basso \(2023: \$n = 35\$, 2024: \$n = 18\$, 2025: \$n = 5\$ \) \[3\]. Vista la riduzione del carico di malattia osservata negli ultimi anni, ad esempio le commissioni tedesche e danesi per le vaccinazioni hanno deciso, rispettivamente nel luglio 2026 \[3\] e nell'ottobre 2025 \[58\], di escludere le donne incinte in buona salute dai gruppi target delle raccomandazioni generali di vaccinazione contro la COVID-19.](#)

Al contrario, sulla base di una valutazione condotta a marzo 2026 dal *WHO Strategic Advisory Group of Experts (SAGE)* on Immunization [4], l'OMS considera invece appropriato che si possa prendere in considerazione una raccomandazione generale alla vaccinazione per le donne incinte, tenendo conto della situazione specifica del singolo Paese. I dati non ancora pubblicati relativi al periodo 2023–2025 in possesso dell'OMS sembrano indicare che un'infezione contratta in gravidanza nel periodo di circolazione della variante Omicron continui ad aumentare il rischio di decorso grave della malattia, complicanze della gravidanza e parto prematuro, sebbene in misura inferiore rispetto a quelli osservati con le varianti pre-Omicron.

Alla luce dell'immunità preesistente nella popolazione (v. cap. 2.2) e del minore carico di malattia delle varianti attuali (v. cap. 2.3), la CFV e l'UFSP stimano che il rischio di un decorso grave della malattia nelle donne incinte e di complicanze della gravidanza associate al SARS-CoV-2 sia nettamente inferiore rispetto agli anni precedenti, **soprattutto in assenza di patologie sottostanti**.

In base alle evidenze scientifiche disponibili e alle valutazioni di diversi gruppi di esperti internazionali [3, 4, 58], **la CFV e l'UFSP raccomandano la vaccinazione anti-COVID-19 con un vaccino a mRNA idealmente a partire dal secondo trimestre (12a settimana) di gravidanza per:**

- **donne incinte con una patologia sottostante** secondo la definizione dell'OMS [4]: **malattie cardiovascolari, respiratorie, renali ed epatiche croniche, diabete mellito, obesità, malattie neurologiche e malattie che indeboliscono il sistema immunitario.**
- **donne incinte senza patologie sottostanti, solo se la vaccinazione è ritenuta clinicamente indicata a seguito di una valutazione individuale del rapporto rischi-benefici.**

La vaccinazione è raccomandata a partire dal secondo trimestre di gravidanza, poiché a quel punto la formazione degli organi del feto è ampiamente completata. Se la donna lo richiede, la somministrazione può essere effettuata anche nel primo trimestre di gravidanza; alcuni studi mostrano che la vaccinazione è sicura anche nel primo trimestre [59].

Per approfondimenti sulle evidenze scientifiche relative alla vaccinazione in gravidanza (ultimo aggiornamento: ottobre 2023), si veda il documento «Linee guida e raccomandazioni di vaccinazione anti-COVID-19» [35].

4.4 Parere senza raccomandazione: personale sanitario e viaggiatori

Il **personale sanitario**³ può farsi vaccinare contro la COVID-19. Tuttavia, l'UFSP e la CFV non formulano alcuna raccomandazione esplicita per questo gruppo di persone. Alla luce dell'immunità preesistente, per le persone senza fattori di rischio la probabilità di ammalarsi gravemente è molto bassa. La vaccinazione offre a queste persone solo una protezione esigua e di breve durata dall'infezione con decorso lieve, e non si può presupporre alcuna protezione rilevante dalla trasmissione. Al contrario, si ritiene che le misure non farmacologiche, come l'uso della mascherina, abbiano un impatto maggiore sulla prevenzione della trasmissione.

Se per motivi di viaggio si rende necessaria una vaccinazione anti-COVID-19, è possibile applicare lo schema di vaccinazione conformemente all'omologazione. Le vaccinazioni eseguite a fini di viaggio esulano dalle raccomandazioni di vaccinazione dell'UFSP e della CFV.

Previa valutazione e decisione individuale – e a condizione che la vaccinazione sia prescritta da un medico o somministrata da un farmacista – chiunque lo desideri può vaccinarsi contro la COVID-19 per ridurre ulteriormente il rischio di infezione; in assenza di una raccomandazione ufficiale, tuttavia, i costi **non** sono coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

³ Per quanto riguarda la vaccinazione anti-COVID-19, ci si riferisce in particolare al personale medico e infermieristico, a tutte le persone che lavorano nel settore paramedico, al personale delle case di cura e per anziani, compresi studenti e stagisti.

5 Raccomandazioni per le persone con grave immunodeficienza

5.1 Persone con grave immunodeficienza (senza TCSE)

Tra le persone di età ≥ 16 anni a rischio elevato di decorso grave della malattia rientrano anche le persone con **gravi deficit del sistema immunitario (grave immunodeficienza)**. L'immunodeficienza può essere congenita, acquisita o indotta da farmaci immunosoppressori (ad es. chemioterapia, cura di malattie autoimmuni o terapie effettuate dopo il trapianto di un organo solido). Queste persone presentano un rischio decisamente più elevato di decorso grave della COVID-19 rispetto ad altre persone della stessa età e la risposta immunitaria al vaccino può essere limitata. Le tempistiche per la vaccinazione vanno dunque definite tenendo conto di questo aspetto.

Indipendentemente dal loro stato vaccinale, i bambini e gli adolescenti con grave immunodeficienza non rientrano più tra le persone con un rischio elevato di decorso grave di COVID-19. Secondo il parere degli esperti e sulla base dei riscontri dei principali ospedali pediatrici svizzeri, in questo gruppo i decorsi gravi di COVID-19 sono ormai rari.

5.1.1 Definizione di grave immunodeficienza (senza TCSE)

Sono considerate persone con grave immunodeficienza i soggetti di età ≥ 16 anni che durante la stagione di SARS-CoV-2 soffrono di una delle patologie indicate di seguito o sono sottoposti a uno dei trattamenti immunosoppressori seguenti:

- deplezione dei linfociti B (ad es. rituximab, ocrelizumab, ciclofosfamide);
 - chemioterapia ad alto dosaggio;
 - terapia corticosteroidica con ≥ 20 mg equivalenti di prednisone/giorno, > 2 settimane;
 - terapia combinata con diversi medicinali immunosoppressori;
 - altre terapie che causano un'immunosoppressione grave (ad es. micofenolato, ciclosporine, inibitori della Janus chinasi e simili);
- nonché**
- persone prima o dopo un trapianto di un organo solido;
 - persone affette da un'immunodeficienza congenita con una funzione cellulare limitata dei linfociti B e T (ad es. immunodeficienza comune variabile [CVID], linfocitopenia CD4 idiopatica e simili);
 - pazienti con un'infezione da HIV e linfociti $CD4^+ < 200/\mu l$;
 - pazienti in dialisi (emodialisi e dialisi peritoneale);
 - pazienti con altre patologie che comportano una grave immunodeficienza equiparabile.

5.1.2 Definizione delle tempistiche per la vaccinazione in caso di grave immunodeficienza (senza TCSE)

Per la vaccinazione stagionale anti-COVID-19 con una dose valgono le stesse raccomandazioni previste per altre vaccinazioni in persone con grave immunodeficienza [60–65]:

- Le vaccinazioni dovrebbero essere effettuate di preferenza in una fase stabile della malattia. In generale, se il trattamento della patologia lo consente, al momento della vaccinazione l'immunosoppressione dovrebbe essere ridotta al minimo possibile.
- Se in una persona si prevede di avviare o intensificare una terapia immunosoppressiva, la vaccinazione va effettuata con il maggiore anticipo possibile rispetto all'inizio della terapia.

Non trattandosi di un vaccino vivo, non è richiesto alcun intervallo minimo tra la somministrazione della vaccinazione e l'inizio della terapia.

- In caso di forte immunosoppressione temporanea o di terapia per la deplezione dei linfociti B, il momento ideale della vaccinazione deve essere stabilito d'intesa con il medico specialista curante tenendo conto del rischio di infezione e della risposta vaccinale attesa. Se possibile, in caso di terapie per la deplezione dei linfociti B, la vaccinazione non andrebbe somministrata in un momento in cui i linfociti B sono ridotti. Tuttavia, dato che il vaccino può comunque indurre una risposta dei linfociti T, la vaccinazione può offrire una protezione parziale dai decorsi gravi di COVID-19 anche alle persone con i linfociti B ridotti [66–68].

5.1.3 Schema di vaccinazione per le persone con grave immunodeficienza (senza TCSE)

Nelle persone di età ≥ 16 anni con grave immunodeficienza si raccomanda di effettuare la vaccinazione stagionale con una dose di vaccino a mRNA adattato alle varianti⁴ in autunno (da settembre), così come per le altre persone con un rischio elevato di decorso grave di COVID-19 (v. cap. 1). Se non si è ancora stati vaccinati, la vaccinazione può essere recuperata durante la stagione epidemica. La raccomandazione è valida indipendentemente dallo stato vaccinale o dal numero di infezioni da SARS-CoV-2 pregresse. La somministrazione va effettuata rispettando un intervallo di sei mesi dall'ultima vaccinazione anti-COVID-19 o dall'ultima infezione accertata della malattia. Nelle persone con grave immunodeficienza di età compresa tra ≥ 6 mesi e < 16 anni non ancora vaccinate contro la COVID-19 non si raccomanda più un'immunizzazione di base contro la malattia. Secondo le valutazioni della CFV, con l'arrivo delle varianti di Omicron il relativo carico di malattia si è infatti notevolmente ridotto e, in Svizzera, le ospedalizzazioni per COVID-19 tra i bambini e gli adolescenti con grave immunodeficienza non vaccinati sono oramai rare. Per la fascia di età tra ≥ 6 mesi e < 12 anni non è più attualmente disponibile alcun vaccino anti-COVID-19 omologato.

5.2 Anticorpi monoclonali per l'immunizzazione passiva di persone con grave immunodeficienza

In caso di infezione da SARS-CoV-2, nelle persone con grave immunodeficienza si raccomanda di valutare per tempo la possibilità di un trattamento con antivirali ad azione diretta (DAA, *direct-acting antivirals*), indipendentemente dallo stato vaccinale. Durante le prime fasi della pandemia, gli anticorpi monoclonali sono stati utilizzati per il trattamento e la profilassi di alcune persone affette da grave immunodeficienza; tuttavia, in assenza di un'efficacia comprovata contro le varianti attualmente in circolazione, al momento non sono disponibili anticorpi monoclonali efficaci e il relativo impiego non è raccomandato.

5.3 Persone che hanno subito un trapianto di cellule staminali

L'indicazione alla vaccinazione anti-COVID-19 per le persone sottoposte a trapianto autologo o allogenico di cellule staminali è stabilita dal centro di trapianto di riferimento o d'intesa con lo stesso. Le seguenti raccomandazioni si basano sulla valutazione della *European Society for Blood and Marrow Transplantation* (EBMT) del gennaio 2022 [69] e su una rassegna della letteratura più recente [70]. Nelle persone di età compresa tra ≥ 6 mesi e < 16 anni sottoposte a un TCSE, l'immunizzazione di base contro la COVID-19 non è più raccomandata. Secondo le valutazioni della CFV, con l'arrivo delle varianti di Omicron il relativo carico di malattia si è infatti notevolmente ridotto e, in Svizzera, le ospedalizzazioni per COVID-19 tra i bambini e gli adolescenti sottoposti a un trapianto di cellule staminali sono oramai rare. Per la fascia di età tra ≥ 6 mesi e < 12 anni non è più attualmente disponibile alcun vaccino anti-COVID-19 omologato.

⁴ Non essendo vaccini vivi, i vaccini a mRNA possono essere somministrati anche a pazienti immunosoppressi. In linea di principio, i vaccini inattivati sono ben tollerati da persone sia con che senza un'immunodeficienza.

5.3.1 Schema e tempistiche di vaccinazione dopo un trapianto di cellule staminali

Dopo un trapianto di cellule staminali (TCSE), per le persone di **età ≥ 16 anni** valgono le raccomandazioni illustrate di seguito.

- L'immunizzazione di base è raccomandata anche qualora, prima del trapianto, il paziente abbia contratto la COVID-19 o sia stato vaccinato.
- Schema vaccinale per l'immunizzazione di base (schema «3+1»): tre dosi di vaccino con un intervallo minimo di quattro settimane tra una dose e l'altra nonché una dose di richiamo dopo sei mesi.
- Quando vaccinare dopo un TCSE: la vaccinazione va effettuata 3–6 mesi dopo il trapianto di cellule staminali. La risposta immunitaria al vaccino è migliore se la vaccinazione viene effettuata a maggiore distanza dall'intervento (6 mesi).
- Vaccino a mRNA adattato alle varianti per l'immunizzazione di base dopo un TCSE:
 - per le **persone di età ≥ 30 anni** i vaccini attualmente disponibili *Comirnaty*[®] e *Spikevax*[®] sono raccomandati in modo equivalente;
 - nella fascia di età tra i **16 e i 29 anni** si raccomanda la somministrazione del vaccino adeguato alle varianti *Comirnaty*[®].
- Non occorre rispettare un intervallo minimo tra la vaccinazione anti-COVI-19 a mRNA e altre vaccinazioni.
- Sierologia: poiché dopo un trapianto di cellule staminali la memoria immunologica non è più presente, non è raccomandata l'esecuzione di una sierologia per determinare lo schema vaccinale. Dopo la terza dose di vaccino, la sierologia può invece essere utilizzata per valutare l'effettivo sviluppo di una risposta immunitaria.
- Vaccinazione annuale: **se la condizione di immunodeficienza persiste**, si raccomanda la vaccinazione stagionale con una dose, come nel caso di altre persone con rischio elevato di decorso grave di COVID-19 (v. cap. 1).

La vaccinazione deve essere rimandata in caso di:

- forma grave di malattia del trapianto contro l'ospite (GvHD) di grado III–IV;
- somministrazione di anticorpi anti-CD20 o altre terapie di deplezione dei linfociti B negli ultimi sei mesi, **se fuori dalla stagione di SARS-CoV-2 (autunno/inverno)**;
- pazienti in terapia con linfociti T con recettore chimerico dell'antigene (CAR-T) e che presentano un'aplasia dei linfociti B nei sei mesi successivi al trattamento;
- terapia recente con immunoglobulina anti-timociti (ATG) o alemtuzumab.

In questi casi specifici, il momento ideale deve essere determinato in stretta collaborazione con i medici specialisti curanti.

6 Riferimenti

1. Ufficio federale della sanità pubblica. *Rapport annuel sur les virus respiratoires 2024/2025*. Bull UFSP 2025, vol. 42. Disponibile su: <https://www.bag.admin.ch/it/virus-respiratori> [consultato l'8 settembre 2026].
2. Ufficio federale della sanità pubblica. *Rapport annuel sur les virus respiratoires 2025/2026*. OFSP-Bulletin 2026 (Data di pubblicazione: 30/09/26). Disponibile su: <https://www.bag.admin.ch/it/virus-respiratori>
3. Robert Koch Institut. STIKO: Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung 2026. Epidemiologisches Bulletin, Vol. 28 (09. Juli 2026). Disponibile su: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/28_26.pdf?blob=publicationFile&v=3
4. World Health Organization (WHO). WHO Position Paper on COVID-19 vaccines– July 2026. Weeklyepidemiological record, No. 30, 2026, 101, 134-151. Disponibile su: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/abc7e160-6cd7-4762-a492-40293d4fa7b1/content>
5. World Health Organization (WHO). Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic: 5 May 2023. [consultato l'8 settembre 2026]. Disponibile su: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
6. Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e Commissione federale per le vaccinazioni (CFV). Strategia di vaccinazione anti-COVID-19 (stato al 29.11.2022). Disponibile su: <https://www.bag.admin.ch/dam/it/sd-web/BmzxDiacY4Q9/impfstrategie-bag-ekif.pdf>
7. Amati R, Frei A, Kaufmann M, Sabatini S, Pellaton C, Fehr J et al. Functional immunity against SARS-CoV-2 in the general population after a booster campaign and the Delta and Omicron waves, Switzerland, March 2022. *Eurosurveillance* 2022;27(31).
8. Frei A, Kaufmann M, Amati R, Butty Dettwiler A, Wyl V von, Annoni AM et al. Development of hybrid immunity during a period of high incidence of Omicron infections. *International journal of epidemiology* 2023;52(6):1696–707.
9. World Health Organization (WHO). WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: XFG. [internet]. Geneva: Word Health Organization; 25 June 2025 [consultato l'8 settembre 2026]. Disponibile su: [25062025_xfg_ire.pdf](#)
10. World Health Organization (WHO). WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: BA.3.2. [internet]. Geneva: Word Health Organization; 5th december 2025 [consultato l'8 settembre 2026]. Disponibile su: [05122025_BA.3.2_IReV3](#)
11. Azhar, L.E., Samkari, D.A., Hassan, A.M. *et al.* The Emergence and Characterization of SARS-CoV-2 Variant XFG ("Stratus"): Comparative Virological, Epidemiological, and Public-Health Perspectives. *J Epidemiol Glob Health* 16, 8 (2026).
12. Relan P, Motaze NV, Kothari K, et al. Severity and outcomes of Omicron variant of SARS-CoV- 2 compared to Delta variant and severity of Omicron sublineages: a systematic review and metanalysis. *BMJ Glob Health* 2023;8:e012328.
13. Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e Commissione federale per le vaccinazioni (CFV). Carico di malattia della COVID-19 (stato: giugno 2022). Disponibile su: <https://www.bag.admin.ch/dam/it/sd-web/yinO1oYmudg1/covid-19-krankheitslast.pdf>

14. Alhumaid et al. Vaccine effectiveness across the Omicron evolutionary spectrum (BA.2, BA.5, XBB, JN.1, KP.3): a systematic review of studies published 2022–2025. *BMC Infectious Diseases* (2026) 26:1014.
15. Hansen C, Soborg B, Rasmussen M et al. Effectiveness of the BNT162b2 LP.8.1-adapted SARS-CoV-2 vaccine against COVID-19-associated hospitalisation and death: a Danish nationwide cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 2026; 26, e269-e270.
16. Vicic N, Bogdanov A, Hensler H et al. Interim Effectiveness of 2025-2026 mRNA-1283 and BNT162b2 COVID-19 Vaccines Against COVID-19-Related Outcomes Among Adults Aged ≥ 65 Years in the United States. *Infect Dis Ther*. 2026 Sep;15(9):2307-2318.
17. Haley J. A. et al. BNT162b2 LP.8.1 early vaccine effectiveness against COVID-19 emergency department, urgent care, and outpatient visits. *Nat Commun*. 2026 May 28;17(1):6912.
18. Althaus T, Overton CE, Devaux I et al. How effective is the BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 transmission and infection? A national programme analysis in Monaco, July 2021 to September 2022. *BMC Med*. 2024 Jun 5;22(1):227.
19. Benist SC, Smith-Jeffcoat SE, Talbot HK et al. Recent COVID-19 Vaccination and Risk of SARS-CoV-2 Transmission. *JAMA Netw Open*. 2026 May 1;9(5):e2612609.
20. Mongin D, Bürgisser N, Laurie G et al. Effect of SARS-CoV-2 prior infection and mRNA vaccination on contagiousness and susceptibility to infection. *Nat Commun*. 2023 Sep 6;14(1):5452.
21. European Medicines Agency (EMA). ETF recommends updating COVID-19 vaccines to target XFG variant. 29 May 2026. [consultato l'8 settembre 2026]. Disponibile su: [ETF recommends updating COVID-19 vaccines to target XFG variant | European Medicines Agency \(EMA\)](#)
22. U.S. Food & Drug agency (FDA). COVID-19 Vaccines (2026-2027 Formula) for Use in the United States Beginning in Fall 2026 [internet]. US, 29 May 2026. [consultato l'8 settembre 2026]. Disponibile su: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/industry-biologics/covid-19-vaccines-2026-2027-formula-use-united-states-beginning-fall-2026>
23. World Health Organization (WHO). Statement on the antigen composition of COVID-19 vaccines [internet]. Geneva: WHO 16 May 2026 [consultato l'8 settembre 2026]. Disponibile su: <https://www.who.int/news/item/16-05-2026-statement-on-the-antigen-composition-of-covid-19-vaccines>
24. Blakney AK, Top KA, Cowling BJ, Larson HJ, Shattock RJ, Sadarangani M. Safety and efficacy of mRNA vaccines: a mechanistic and public health perspective. *Lancet*. 2026 Jul 18;408(10551):275-288.
25. Happel C, Hoffmann M, Stankov MV, Nehlmeier I, Eichmann A, Witte T, Manthey L, Pöhlmann S, Dopfer-Jablonka A, Behrens GMN. Effects of LP.8.1-adapted mRNA vaccination on SARS-CoV-2 variant neutralisation. *Lancet Infect Dis*. 2026 Jan;26(1):e3-e5.
26. Dadhe R, Gayed J, Iqbal M, Solan R et al. A Study to Investigate the Safety and Immunogenicity of Monovalent Omicron LP.8.1-Adapted BNT162b2 COVID-19 Vaccine in Adults ≥ 65 Years of Age and High-Risk Adults 18-64 Years of Age (Preliminary Results). *Vaccines (Basel)*. 2026 Apr 15;14(4):350.
27. U.S. Food&Drug Agency (FDA). Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee. Meeting Presentation - 2026-2027 COVID-19 Vaccine Formula: Pfizer/BioNTech Supportive Data [internet] May 28, 2026 [consultato l'8 settembre 2026]. Disponibile su: <https://www.fda.gov/media/192765/download>

28. Wiegand RE, Chickery S, Yang DH et al. Interim Estimated Effectiveness of 2025-2026 COVID-19 Vaccines in Adults Using a Test-Negative Design. *JAMA Netw Open*. 2026 Jun 1;9(6):e2625152.
29. Gram MA, Thiesson EM, Pihlström N, Perälä J, Poukka E, Leino T, Ljung R, Andersson NW, Hviid A. Comparative effectiveness of bivalent BA.4-5 or BA.1 mRNA booster vaccines among immunocompromised individuals across three Nordic countries: A nationwide cohort study. *J Infect*. 2024 Oct;89(4):106261.
30. Tenforde MW, Weber ZA, Natarajan K et al. Early Estimates of Bivalent mRNA Vaccine Effectiveness in Preventing COVID-19-Associated Emergency Department or Urgent Care Encounters and Hospitalizations Among Immunocompetent Adults - VISION Network, Nine States, September-November 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2023 Mar 17;71(53):1637-1646.
31. Ballouz T, Menges D, Kaufmann M, Amati R, Frei A, von Wyl V, Fehr JS, Albanese E, Puhan MA. Post COVID-19 condition after Wildtype, Delta, and Omicron SARS-CoV-2 infection and prior vaccination: Pooled analysis of two population-based cohorts. *PLoS One*. 2023 Feb 22;18(2): e0281429.
32. Diexer S, Klee B, Gottschick C, Xu C, Broda A, Purschke O, Binder M, Frese T, Girndt M, Hoell JI, Moor I, Gekle M, Mikolajczyk R. Association between virus variants, vaccination, previous infections, and post-COVID-19 risk. *Int J Infect Dis*. 2023 Nov; 136:14-21.
33. Hou Y, Gu T, Ni Z, Shi X, Ranney ML, Mukherjee B. Global Prevalence of Long COVID, Its Subtypes, and Risk Factors: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Open Forum Infect Dis*. 2025 Aug 30;12(9): ofaf533.
34. Green R, Marjenberg Z, Lip GYH, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Vaccination on Prevention of Long COVID. *Nature Communications*. 2025; 16: 10326.
35. Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e Commissione federale per le vaccinazioni (CFV). Linee guida e raccomandazioni. Raccomandazioni di vaccinazione anti-COVID-19 (stato a ottobre 2023). Disponibile su: <https://www.bag.admin.ch/dam/it/sd-web/kDJzoGZyYOYF/richtlinien-empfehlungen-covid-19-impfung.pdf>
36. Scott J, Abers MS, Marwah HK et al. Updated Evidence for Covid-19, RSV, and Influenza Vaccines for 2025-2026. *N Engl J Med*. 2025 Dec 4;393(22):2221-2242.
37. Hause AM, Gee J, Baggs J et al. COVID-19 Vaccine Safety in Adolescents Aged 12-17 Years - United States, December 14, 2020-July 16, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021 Aug 6;70(31):1053-1058.
38. Hause AM, Baggs J, Marquez P et al. Safety Monitoring of COVID-19 Vaccine Booster Doses Among Persons Aged 12-17 Years - United States, December 9, 2021-February 20, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022 Mar 4;71(9):347-351.
39. Ali K, Berman G, Zhou H et al. Evaluation of mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine in Adolescents. *N Engl J Med*. 2021 Dec 9;385(24):2241-2251.
40. Figueroa AL, Torres D, Reyes-Acuna C et al. Safety and immunogenicity of a single-dose omicron-containing COVID-19 vaccination in adolescents: an open-label, single-arm, phase 2/3 trial. *Lancet Infect Dis*. 2025 Feb;25(2):208-217.
41. Pan Y, Han Y, Zhou C, Zhao L, Zheng J, Ye X, He Y ; N3C Consortium. Evaluating the safety of XBB.1.5-containing COVID-19 mRNA vaccines using a self-controlled case series study. *Nat Commun*. 2025 Jul 15 ;16(1) :6514.

42. Andersson NW, Thiesson EM, Hviid A. Safety of JN.1-Updated mRNA COVID-19 Vaccines. *JAMA Netw Open*. 2025 Jul 1;8(7): e2523557.
43. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines in the United States. 5. Contraindications and Precautions. (Updated on 4th of November 2024) [consultato l'7 settembre 2026]. Disponibile su: <https://www.cdc.gov/covid/hcp/vaccine-considerations/contraindications-precautions.html>
44. Zhou SM, Ahmadi H, Huo L, et al. COVID-19 and pregnancy: a comprehensive study of comorbidities and outcomes. *BMC Public Health*. 2024 Nov 13;24(1):3157.
45. Smith ER, Oakley E, Grandner GW et al. Adverse maternal, fetal, and newborn outcomes among pregnant women with SARS-CoV-2 infection: an individual participant data meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2023 Jan;8(1): e009495.
46. Deng J, Ma Y, Liu Q et al. Association of Infection with Different SARS-CoV-2 Variants during Pregnancy with Maternal and Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 29;19(23):15932.
47. Günther J, Ziert Y, Andresen K et al. Variability in COVID-19 symptom presentation during pregnancy and its impact on maternal and infant outcomes across the pandemic. *Int J Infect Dis*. 2024 Sep; 146:107157.
48. Favre G, Maisonneuve E, Pomar L et al.; French and Swiss COVI-PREG group. Maternal and perinatal outcomes following pre-Delta, Delta, and Omicron SARS-CoV-2 variants infection among unvaccinated pregnant women in France and Switzerland: a prospective cohort study using the COVI-PREG registry. *Lancet Reg Health Eur*. 2023 Mar ; 26 :100569.
49. Örtqvist AK, Magnus MC, Aabakke AJM et al. Severe COVID-19 during pregnancy in Sweden, Norway, and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023 Jun;102(6):681-689.
50. Magnus MC, Örtqvist AK, Urhoj SK, Aabakke A, Mortensen LH, Gjessing H, Nybo Andersen AM, Stephansson O, Håberg SE. Infection with SARS-CoV-2 during pregnancy and risk of stillbirth: a Scandinavian registry study. *BMJ Public Health*. 2023 Oct 25;1(1): e000314.
51. Fernández-García S, Del Campo-Albendea L, Sambamoorthi D, et al. Effectiveness and safety of COVID-19 vaccines on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2024 Apr 4;9(4): e014247.
52. McClymont E, Blitz S, Forward L, Cole S, et al. The Role of Vaccination in Maternal and Perinatal Outcomes Associated With COVID-19 in Pregnancy. *JAMA*. 2026 Jan 13;335(2):154-162.
53. Villar J, Soto Conti CP, Gunier RB, et al. Pregnancy outcomes and vaccine effectiveness during the period of omicron as the variant of concern, INTERCOVID-2022: a multinational, observational study. *Lancet*. 2023 Feb 11;401(10375):447-457.
54. Ciapponi A, Berrueta M, Argento FJ, Ballivian J, et al. Safety and Effectiveness of COVID-19 Vaccines During Pregnancy: A Living Systematic Review and Meta-analysis. *Drug Saf*. 2024 Oct;47(10):991-1010.
55. Gereade A, Daskalakis G, Mikos T, et al. Safety of COVID-19 Vaccination in Pregnancy: A Systematic Review. *Diagnostics (Basel)*. 2024 Aug 14;14(16):1775.
56. Norman M, Magnus MC, Söderling J, et al. Neonatal Outcomes After COVID-19 Vaccination in Pregnancy. *JAMA*. 2024 Feb 6;331(5):396-407.
57. Cardemil CV, Cao Y, Posavad CM, et al. Maternal COVID-19 Vaccination and Prevention of Symptomatic Infection in Infants. *Pediatrics*. 2024 Mar 1;153(3): e2023064252.

58. Statens Serum Institut (Dänemark). Autumn vaccination program against influenza and COVID-19, 2025. Updated 30 october 2025 [Internet]. [consultato l'7 settembre 2026]. Disponibile su: <https://en.ssi.dk/news/epi-news/2025/no-39---2025>
59. Favre G, Maisonneuve E, Pomar L, et al. Risk of congenital malformation after first trimester mRNA COVID-19 vaccine exposure in pregnancy: the COVI-PREG prospective cohort. Clin Microbiol Infect. 2023 Oct;29(10):1306-1312.
60. Ufficio federale della sanità pubblica e Commissione federale per le vaccinazioni. Raccomandazioni di vaccinazione prima e dopo un trapianto di organo solido (in francese e tedesco). Bull OFSP 2014(8):155-8.
61. Ufficio federale della sanità pubblica e Commissione federale per le vaccinazioni. Vaccinazione delle persone affette da malattie infiammatorie croniche dell'intestino o di altre malattie gastro-intestinali (auto-)immunomediate: principi e raccomandazioni. Boll UFSP 2017(50):28-31.
62. Ufficio federale della sanità pubblica e Commissione federale per le vaccinazioni. Vaccinazione delle persone affette da malattie reumatiche autoimmuni infiammatorie: sintesi dei principi e delle raccomandazioni (in francese e tedesco). Boll OFSP 2014 (8): 146-8.
63. Ufficio federale della sanità pubblica e Commissione federale per le vaccinazioni. Raccomandazioni per la vaccinazione di riceventi di cellule staminali ematopoietiche (in francese e tedesco). Boll OFSP 2012 (21): 363-70.
64. Ufficio federale della sanità pubblica e Commissione federale per le vaccinazioni. (NEURO-IMID) Vaccinazione delle persone affette da malattie neuroimmunologiche: principi e raccomandazioni. Berna, Ufficio federale della sanità pubblica 2016.
65. Ufficio federale della sanità pubblica e Commissione federale per le vaccinazioni. Raccomandazioni per la vaccinazione di persone con malattie tumorali e di persone appartenenti alla stessa economia domestica. Bull UFSP 2022 (20): 20-30.
66. Alfonso-Dunn R, Lin J, Kirschner V, Lei J, Feuer G, Malin M et al. Strong T-cell activation in response to COVID-19 vaccination in multiple sclerosis patients receiving B-cell depleting therapies. Frontiers in immunology 2022;13:926318.
67. Riise J, Meyer S, Blaas I, Chopra A, Tran TT, Delic-Sarac M et al. Rituximab-treated patients with lymphoma develop strong CD8 T-cell responses following COVID-19 vaccination. British journal of haematology 2022;197(6):697-708.
68. Atanackovic D, Luetkens T, Omili D, Iraguha T, Lutfi F, Hardy NM et al. Vaccine-induced T-cell responses against SARS-CoV-2 and its Omicron variant in patients with B cell-depleted lymphoma after CART therapy. Blood 2022;140(2):152-6.
69. European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). EBMT Covid-19 Vaccine Information - 3 January 2022 [internet]. [consultato l'7 settembre 2026]. Disponibile su: [COVID vaccines version 8.3 - 2022-01-03.pdf](#).
70. Silva-Pinto A, et al. Vaccination After Haematopoietic Stem Cell Transplant: A Review of the Literature and Proposed Vaccination Protocol. Vaccines (Basel). 2024 Dec 23;12(12):1449.

Allegato 1. Elenco delle categorie: persone con un rischio elevato di decorso grave di COVID-19 a causa di una patologia sottostante

L'UFSP tiene conto dello stato attuale delle conoscenze scientifiche e delle valutazioni delle società mediche svizzere.

Le persone di età ≥ 16 anni affette da una delle malattie croniche seguenti hanno un rischio elevato di decorso grave di COVID-19 o di complicanze della malattia rispetto alla popolazione generale della stessa età:

1. Ipertensione arteriosa

- Ipertensione arteriosa con danno agli organi bersaglio
- Ipertensione arteriosa resistente alla terapia

2. Malattie cardiovascolari

2.1 Criteri generali

- Pazienti con dispnea della classe funzionale NYHA II-IV e NT-Pro BNP > 125 pg/ml
- Pazienti con almeno due fattori di rischio cardiovascolare (di cui uno è il diabete o l'ipertensione arteriosa)
- Ictus cerebrale pregresso e/o vasculopatia sintomatica
- Insufficienza renale cronica (stadio 3, GFR < 60 ml/min)

2.2 Altri criteri

2.2.1 Cardiopatie coronariche

- Infarto miocardico (STEMI e NSTEMI) negli ultimi 12 mesi
- Sindrome coronarica cronica sintomatica, nonostante il trattamento medico (indipendentemente da un'eventuale precedente rivascolarizzazione)

2.2.2 Malattie delle valvole cardiache

- Stenosi da moderata o severa e/o rigurgito valvolare, in aggiunta ad almeno un criterio generale
- Tutte le sostituzioni valvolari chirurgiche o percutanee, in aggiunta ad almeno un criterio generale

2.2.3 Insufficienza cardiaca

- Pazienti con dispnea della classe funzionale NYHA II-IV o NT-Pro BNP > 125 pg/ml
- Cardiomiopatie di qualsiasi eziologia
- Ipertensione arteriosa polmonare

2.2.4 Aritmie cardiache

- Fibrillazione atriale con un punteggio CHA₂DS₂-VASc pari ad almeno 2
- Precedente impianto di un pacemaker cardiaco (incl. ICD e/o CRT), in aggiunta a un criterio generale

2.2.5 Cardiopatie congenite dell'adulto

- Cardiopatia congenita dopo valutazione individuale da parte del cardiologo curante

3. Diabete

- Diabete mellito, con complicanze tardive o un valore di HbA_{1c} uguale o superiore all'8 %

4. Malattie croniche dei polmoni e delle vie respiratorie

- Malattie polmonari ostruttive croniche degli stadi GOLD II-IV
- Enfisema polmonare
- Forme di asma bronchiale particolarmente severe e non controllate
- Pneumopatie interstiziali / fibrosi polmonare

- Cancro polmonare in fase attiva
- Ipertensione arteriosa polmonare
- Malattia vascolare polmonare
- Sarcoidosi attiva
- Fibrosi cistica
- Infezioni polmonari croniche (micobatteriosi atipiche, bronchiectasie ecc.)
- Pazienti sottoposti a ventilazione meccanica
- Malattie che riducono fortemente la capacità polmonare

5. Malattie o terapie che indeboliscono il sistema immunitario

- Immunosoppressione grave (ad es. infezione da HIV con un numero di linfociti T CD4⁺ < 200/μl)
- Neutropenia (< 1000 neutrofili/μl) durante ≥ 1 settimana
- Linfocitopenia (< 200 linfociti/μl)
- Immunodeficienze ereditarie
- Assunzione di medicinali che sopprimono la risposta immunitaria (ad es. assunzione prolungata di glucocorticoidi [equivalente di prednisolone > 20 mg/giorno], anticorpi monoclonali, citostatici, biologici ecc.)
- Linfomi aggressivi (tutti i tipi)
- Leucemia linfatica acuta
- Leucemia mieloide acuta
- Leucemia promielocitica acuta
- T Leucemia prolinfocitica a cellule T
- Linfomi primari del sistema nervoso centrale
- Trapianto di cellule staminali
- Amiloidosi (amiloidosi da catene leggere (AL))
- Leucemia linfatica cronica
- Mieloma multiplo
- Anemia falciforme
- Trapianto di midollo osseo
- Trapianto di organi
- Persone in lista d'attesa per un trapianto

6. Cancro

- Malattie tumorali in corso di trattamento medico (inclusi linfomi, leucemie, mieloma multiplo)

7. Obesità

- Pazienti con un indice di massa corporea (IMC) pari o superiore a 35 kg/m²

8. Malattie epatiche

- Cirrosi epatica

9. Malattie renali

- Insufficienza renale cronica, a partire da GFR < 60 ml/min

Sigla editoriale

Editore

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Divisione Malattie trasmissibili

Contatto

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Casella postale
3003 Berna
mt-info@bag.admin.ch
bag.admin.ch/

Data di pubblicazione

28. settembre 2026