



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA E
DELLE EMERGENZE SANITARIE
Ufficio 3 – Emergenze sanitarie

DIREZIONE GENERALE DELLE EMERGENZE SANITARIE
Ufficio 2 Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Roma

OGGETTO:

**Morbillo - analisi epidemiologica (anni 2024–
2026) e raccomandazioni operative**

A

Assessorati alla Sanità delle Regioni a Statuto
Ordinario e Speciale
LORO SEDI

Assessorati alla Sanità delle Province Autonome di
Bolzano e Trento
LORO SEDI

Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera
LORO SEDI

Dipartimento dell'amministrazione generale, delle
risorse umane e del bilancio
SEDE

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi
medici, del farmaco e delle politiche in favore del
Servizio sanitario nazionale
SEDE

Dipartimento della salute umana, della salute
animale e dell'ecosistema (One Health) e dei
rapporti internazionali
SEDE

Direzione Generale della prevenzione
SEDE

Unità di Missione per l'attuazione degli interventi
del PNRR
SEDE

Direzione Generale delle risorse umane e del
bilancio
SEDE

Direzione Generale della comunicazione
SEDE

Direzione generale della vigilanza sugli enti e degli
organi collegiali
SEDE

Comando Carabinieri per la Tutela della Salute
srm20400@pec.carabinieri.it

Presidenza del Consiglio dei Ministri
usg@mailbox.governo.it

Ministero degli Affari Esteri e Cooperazione
Internazionale
ministro.affariesteri@cert.esteri.it

Ministero dell'Interno
gabinetto.ministro@pec.interno.it

Ministero di Giustizia
Gabinetto.ministro@giustiziacert.it

Ministero della Difesa
udc@postacert.difesa.it

Ministero dell'Economia e Finanze
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

Ministero Imprese e Made in Italy
segreteria.capogabinetto@mise.gov.it

Ministero Agricoltura, Sovranità alimentare e Foreste
urp@pec.politicheagricole.gov.it

Ministero Ambiente e Sicurezza energetica
MITE@pec.mite.gov.it

Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti
ufficio.gabinetto@pec.mit.gov.it

Ministero Lavoro e Politiche sociali
gabinettoministro@pec.lavoro.gov.it

Ministero dell'Istruzione e Merito
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Ministero Università e ricerca
gabinetto@pec.mur.gov.it

Ministero Cultura
gabinetto@cultura.gov.it
Ministero del Turismo
ufficiogabinetto@pec.ministeroturismo.gov.it

Ministro per i Rapporti con il Parlamento
rapportiparlamento@mailbox.governo.it

Ministro per gli Affari Regionali e Autonomie
affariregionali@pec.governo.it

Ministro per la Pubblica Amministrazione
protocollo_dfp@mailbox.governo.it

Ministro Protezione Civile e Politiche del mare
segreteria.ministroprotezionecivileemare@governo.it

Ministro Affari europei, Sud, Politiche di Coesione e PNRR
ministro.affarieuropeicoesionepnrr@pec.governo.it

Ministro Sport e i giovani
giovanieserviziocivile@pec.governo.it

Ministero Famiglia, Natalità, Pari Opportunità
segredipfamiglia@pec.governo.it

Ministro per le disabilità
disabilita@governo.it

Ministero Riforme istituzionali
archivio_drid@mailbox.governo.it

Croce Rossa Italiana – Sede Nazionale
comitato.nazionale@cert.cri.it

Federazione nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri
segreteria@pec.fnomceo.it

Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani
posta@pec.fofi.it

Istituto Superiore di Sanità
presidenza@pec.iss.it

Centro nazionale Sangue (CNS)
cns@iss.it

Centro Nazionale Trapianti (CNT)
cnt@iss.it

I.N.A.I.L.
presidenza@postacert.inail.it

Farindustria
farindustria@farindustria.it

Agenzia Italiana del Farmaco
presidenza@pec.aifa.gov.it
direzione.generale@pec.aifa.gov.it

Regione Veneto – Assessorato alla Sanità
Direzione Regionale Prevenzione
Coordinamento Interregionale della Prevenzione
francesca.russo@regione.veneto.it
coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

per cc
Ufficio di Gabinetto
SEDE



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA E DELLE EMERGENZE SANITARIE

Ufficio 3 – Emergenze sanitarie

DIREZIONE GENERALE DELLE EMERGENZE SANITARIE

Ufficio 2 Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili

Morbillo - analisi epidemiologica (anni 2024–2026)

e raccomandazioni operative

Contesto epidemiologico

Dopo un periodo di incidenza molto bassa, a partire dall'autunno 2023 in Italia si è osservato un marcato aumento dei casi. Nel 2024 sono stati notificati 1.045 casi, di cui 946 (90,5%) confermati in laboratorio, 34 probabili e 65 casi possibili. Tra questi, 77 casi (7,4%) erano casi importati. L'età mediana dei casi segnalati era pari a 30 anni (range: 0 - 73 anni) con oltre la metà dei casi (51,7%) nella fascia 15 - 39 anni e un ulteriore 23,7% in soggetti oltre i 40 anni. Tuttavia, l'incidenza più elevata è stata osservata nei bambini da 0 a 4 anni (79,0 casi per milione) con 50 casi registrati nei bambini con meno di un anno di età (126,9 casi per milione).

Nel 2025 rispetto all'anno precedente si è osservata una diminuzione dei casi a 529, di cui 497 confermati in laboratorio (94%). L'età mediana dei casi è leggermente aumentata a 31 anni, **con oltre la metà dei casi concentrati nella fascia 15–39 anni**. Anche nel 2025, l'incidenza più alta rimane nella fascia 0–4 anni, con particolare coinvolgimento dei bambini di età inferiore a un anno. La riduzione dei casi indica un lieve contenimento della circolazione virale, pur con la persistenza di cluster regionali in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Calabria e Sicilia^{1,2,3}.

Lo stato vaccinale dei casi confermati rimane un fattore determinante. Nel 2024, tra i casi per i quali era noto il profilo vaccinale (975 su 1.045; 93,3%), il **90,1% risultava non vaccinato**, il 5,8% aveva ricevuto una sola dose e il 3,4% due dosi. Nel 2025, percentuali analoghe confermano la significativa suscettibilità dei soggetti non vaccinati o parzialmente vaccinati. Infine, la genotipizzazione dei casi confermati ha evidenziato nel 2024 la predominanza del genotipo D8, con 523 casi su 545 tipizzati, e una minoranza di genotipo B3 (22 casi). Nel 2025, sono stati sottoposti a genotipizzazione circa il 60% dei casi segnalati, identificando ancora una volta i genotipi B3 e D8. L'analisi filogenetica ha permesso di stabilire la persistenza di due principali catene di trasmissione durante l'intero 2025 (varianti D8-5963 e B3-6418), associate a un elevato numero di casi sporadici e a un'importante quota di casi non sequenziati che limitano la piena ricostruzione dei focolai. Questo quadro conferma, anche per il 2025, il persistere di una condizione di endemicità del morbillo nel nostro Paese, ribadendo la necessità di rafforzare ulteriormente le indagini epidemiologiche e di laboratorio.

Dal confronto dei dati relativi ai primi cinque mesi degli anni 2024, 2025 e 2026, i casi confermati totali a livello nazionale del 2026 sono risultati superiori a quelli del 2025 (rispettivamente 472 e 322 casi confermati), mantenendosi tuttavia al di sotto dei livelli registrati nel 2024, quando i casi confermati nello stesso periodo risultavano 509⁴.

¹ Istituto Superiore di Sanità. (2023). Morbillo & Rosolia News n. 69 – Sorveglianza integrata morbillo-rosolia. Epicentro ISS. https://www.epicentro.iss.it/morbillo/bollettino/RM_News_2024_69.pdf

² Istituto Superiore di Sanità. (2024). Morbillo & Rosolia News n. 80 – Sorveglianza integrata morbillo-rosolia. Epicentro ISS. https://www.epicentro.iss.it/morbillo/bollettino/RM_News_2024_80.pdf

³ Istituto Superiore di Sanità. (2025). Morbillo & Rosolia News n. 90 – Sorveglianza integrata morbillo-rosolia. Epicentro ISS. https://www.epicentro.iss.it/morbillo/bollettino/RM_News_2026_90.pdf

⁴ Ministero della Salute. (2026). Sorveglianza delle malattie infettive (PREMAL) [banca dati]. Dati estratti il 30 giugno 2026.

Considerando, invece, anche i casi possibili e probabili si passa da 568 segnalazioni nel 2024 a 342 nel 2025 e a 609 nel 2026, registrando quindi un aumento del 78,1% nell'anno corrente rispetto al precedente e del 7,2% rispetto al 2024. La differenza riflette i fisiologici tempi di inserimento e aggiornamento dei dati in piattaforma, che in contesto epidemico possono risentire dell'elevato carico di lavoro e dei tempi di trasmissione dei risultati di laboratorio.

L'aumento dei casi considerando i primi 5 mesi del 2025 rispetto al 2026, sulla base dei casi notificati al sistema PREMAL, è particolarmente evidente soprattutto in alcune Regioni come, ad esempio, Campania, Calabria, Lazio e Toscana: la Campania passa da 18 a 100 casi segnalati; la Calabria cresce da 17 a 265 casi segnalati; il Lazio passa da 47 casi segnalati nel 2025 a 54 casi segnalati nel 2026; la Toscana registra 49 casi segnalati nel 2026, mentre nello stesso periodo del 2025 segnalava 6 casi di morbillo.

Considerando i casi segnalati nel 2026, l'età mediana risulta pari a 30 anni. La fascia di età maggiormente interessata è quella compresa tra 15 e 39 anni (345 casi), seguita dalla fascia 40–64 anni (124 casi) e da quella 0–4 anni (98 casi), evidenziando una maggiore incidenza del fenomeno nella popolazione adulta. L'incidenza più alta è stata osservata nei bambini con meno di 4 anni (49,4 casi per milione), a seguire gli adulti con fascia di età 15-39 anni (22,3 casi per milione). L'incidenza osservata negli adulti con fascia di età 40-64 anni è stata di 5,7 casi per milione.

Per quanto riguarda i ricoveri, si osserva un aumento percentuale nel tempo: dal 49,5% nel 2024, al 56,3% nel 2025 e al 57,8% nel 2026.

Sul fronte vaccinale, tra i casi con stato vaccinale noto, la quasi totalità dichiara di non essere vaccinata (93,3% nel 2026), lo stato vaccinale non è noto per 115 casi su 609 (18,9%)⁵.

Tra i casi confermati, 104 sono stati sottoposti a genotipizzazione: di questi, 58 sono risultati appartenere al genotipo D8 e 46 al genotipo B3. Per entrambi i genotipi è stata identificata la continua circolazione delle varianti endemiche del 2025 (D8-5963 e B3-6418), alle quali si aggiungono altre due varianti genetiche principali: la D8-9705 e la B3-9753.

Inoltre, l'analisi filogenetica ha evidenziato una distribuzione geografica distinta dei due genotipi: il genotipo B3 è associato ai focolai epidemici osservati in Campania e Toscana (caratterizzati rispettivamente dalle varianti B3-6418 e B3-9753), mentre il genotipo D8 è responsabile del focolaio registrato in Calabria (variante D8-5963).

Nel complesso, i dati evidenziano una crescita dei contagi rispetto all'anno precedente, una concentrazione in specifiche fasce d'età adulte e aree geografiche e un impatto rilevante dello stato vaccinale sull'incidenza della malattia.

⁵ il dato osservato potrebbe sottostimare ulteriormente la quota reale di soggetti non vaccinati.

Coperture vaccinali

Le coperture vaccinali disponibili per l'anno 2024 rappresentate in tabella 1 indicano che nessuna Regione/PA raggiunge la soglia raccomandata per la seconda dose di vaccino contenente morbillo. Questo risultato è inferiore agli standard definiti dall'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS), secondo cui, l'elevata trasmissibilità del virus del morbillo richiede il raggiungimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ con due dosi per interrompere la trasmissione e garantire l'immunità di gregge nelle coorti target (bambini, adolescenti e gruppi vulnerabili). Tale livello è essenziale per interrompere la trasmissione del virus e garantire l'immunità di gregge nelle coorti di età target, considerando che la quasi totalità dei soggetti non responder alla prima dose sviluppa immunità dopo la seconda.

Tabella 1. Coperture vaccinali a 24 mesi (1a dose entro 24 mesi, coorte 2022) e a 5-6 anni (coorte 2017) per 100 abitanti in Italia - Anno 2024.

Regione/P.A.	1 dose	2 dose
Piemonte	94,98	90,13
Valle d'Aosta	93,65	90,41
Lombardia	98,10	93,92
PA Bolzano	90,22	73,69
PA Trento	95,65	91,66
Veneto	95,32	89,80
Friuli-Venezia Giulia	94,72	89,59
Liguria	93,10	85,97
Emilia-Romagna	97,47	91,27
Toscana	97,23	90,16
Umbria	95,61	94,30
Marche	91,56	84,58
Lazio	95,60	77,81
Abruzzo	95,66	84,29
Molise	98,11	88,46
Campania	93,74	71,89
Puglia	94,02	87,10
Basilicata	95,15	86,86
Calabria	92,60	76,80
Sicilia	87,98	67,88
Sardegna	92,41	83,94
Italia	94,77	84,45

Elaborazioni sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PA: Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili, Direzione Generale Emergenze Sanitarie, MINISTERO della SALUTE. Aggiornamento: 10/7/2025.

Valutazione del rischio

Il quadro descritto suggerisce una possibile **criticità nella copertura vaccinale e un conseguente rischio di aumento della circolazione del morbillo, in particolare tra i soggetti non immunizzati**⁶.

I dati segnalati nel sistema PREMAL relativi al 2026 evidenziano come **la maggior parte dei casi notificati si verifichi tra i giovani adulti (15-39 anni)**. Nella stessa fascia di età, il 94,7% dei casi con stato vaccinale noto risulta non vaccinato.

Di particolare rilievo epidemiologico è la quota di casi tra gli operatori sanitari, che risultano 55 casi su 417 soggetti con professione nota (13,2%) e rappresentano il 19,2% dei casi adulti (>18 anni) con professione nota (n=287). Per 45 di questi operatori è disponibile l'informazione sullo stato vaccinale; tra essi, 40 risultano non vaccinati, pari all'88,9% del totale con stato vaccinale noto. Tale evidenza suggerisce un **significativo coinvolgimento del setting sanitario nella dinamica di trasmissione**, compatibile con esposizioni occupazionali in contesti assistenziali ad alta frequenza di contatto, in particolare in fase di circolazione attiva del virus. Tali evidenze sono coerenti con la letteratura internazionale, che identifica gli operatori sanitari come categoria a rischio per trasmissione e acquisizione del morbillo in ambito nosocomiale, soprattutto in fasi di circolazione attiva del virus e in presenza di coperture vaccinali non ottimali o non documentate, sottolineando l'importanza delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni nei contesti assistenziali⁷.

Raccomandazioni

Tanto rappresentato, tenuto conto del parere espresso dall'Istituto Superiore di Sanità, al fine di rafforzare il controllo e favorire il ripristino dell'interruzione della trasmissione endemica di morbillo, si raccomanda di:

- Potenziare i sistemi di sorveglianza, assicurando un'accurata indagine epidemiologica dei casi sospetti e la conferma di laboratorio sia dei casi sporadici sia dei focolai.
 - In particolare, si raccomanda la massima tempestività nel condurre l'indagine epidemiologica, la segnalazione del caso sospetto su sistema PREMAL entro 24 ore⁸ e nella raccolta dei campioni biologici, già al primo contatto con il caso sospetto, sia per la conferma diagnostica sia per la caratterizzazione virologica. I campioni dovranno essere inviati al proprio Laboratorio Regionale di Riferimento della rete MoRoNet o, in assenza di questo, al Laboratorio Nazionale di Riferimento.

⁶ Valentina Marziano, Antonino Bella, Francesco Menegale, Martina Del Manso, Daniele Petrone, Anna Teresa Palamara, Patrizio Pezzotti, Stefano Merler, Antonietta Filia, Piero Poletti (2025), *Estimating measles susceptibility and transmission patterns in Italy: an epidemiological assessment*, The Lancet Infectious Diseases, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(25\)00293-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00293-2)

⁷ Botelho-Nevers, E., Cassir, N., Minodier, P., Laporte, R., Gautret, P., Badiaga, S., Thiberville, D., Ninove, L., Charrel, R., & Brouqui, P. (2011). Measles among healthcare workers: a potential for nosocomial outbreaks. *Eurosurveillance*, 16(2), 19764.

<https://doi.org/10.2807/ese.16.02.19764-en>

⁸ Tempistiche secondo quanto previsto da Decreto ministeriale 7 marzo 2022 (Decreto PREMAL) per le **malattie che generano allerta** ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera b), del DM. Per tali patologie, è previsto un obbligo di segnalazione tempestiva: il medico deve notificare il caso sospetto all'Azienda sanitaria competente entro dodici ore. Successivamente, la struttura sanitaria competente dell'Azienda sanitaria, individuata tramite apposito atto aziendale, è tenuta ad alimentare il sistema informativo PREMAL entro le ventiquattro ore successive.

- Promuovere campagne vaccinali mirate, con particolare attenzione ai giovani adulti non vaccinati e alle categorie ad alto rischio, e rafforzare le attività di recupero (catch-up) per garantire il completamento della seconda dose.
 - In particolare, rafforzare gli interventi rivolti agli operatori sanitari (verifica dello stato immunitario, offerta attiva della vaccinazione, eventuale screening sierologico).
- Implementare attività di comunicazione del rischio, rivolte sia agli operatori sanitari sia alla popolazione, al fine di aumentare la fiducia e l'adesione vaccinale, con il coinvolgimento strutturato di MMG e PLS.
- Implementare attività di formazione strutturata degli operatori sanitari sulle competenze comunicative sulla comunicazione in ambito vaccinale.

Il Capo Dipartimento

Dott.ssa Maria Rosaria CAMPITIELLO

Referenti del procedimento:

Per il Direttore dell'Ufficio 3 della DPRES

Dott.ssa Anna Caraglia

Il Direttore dell'Ufficio 2 della DGEME

Dott.ssa Giovanna Laurendi

Referenti

Dott.ssa Sobha Pilati

Dott. Danilo Landolfo

Dott. Daniele Mipatrini