

# Prevenzione: vaccinazioni e screening oncologici organizzati

di Sabrina Nardi

## *Premessa*

Le disuguaglianze in salute rappresentano una delle principali sfide per la sanità pubblica. Da anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità presta attenzione crescente ai determinanti sociali della salute<sup>1</sup> e ha espresso raccomandazioni affinché le politiche di prevenzione e promozione della salute siano orientate a garantire equità. Gli esempi sono numerosi e datati<sup>2</sup> e arrivano fino alla più recente Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU, che dedica una particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze.

Tornando al nostro Paese, l'ultimo Rapporto ISTAT dichiara a chiare lettere che "le determinanti capaci di incidere sulla salute sono numerose: si tratta di caratteristiche biologiche, socio-economiche, demografiche e territoriali. Ognuno di questi fattori

---

<sup>1</sup> WHO, "Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health", 2008

<sup>2</sup> Tra gli esempi: 5° Conferenza Globale dell'OMS, "Promozione della Salute: superando il divario di equità", Città del Messico, 2000; 6° Conferenza Globale sulla Promozione della Salute dell'OMS, "Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World", 2005.

agisce sia singolarmente sia interagendo con gli altri, contribuendo a definire lo stato di salute dell'individuo"<sup>3</sup>

Gli interventi di prevenzione, è noto, rappresentano la strategia più efficace per colmare o quantomeno ridurre le disuguaglianze, ma sono anch'essi condizionati da fattori (status socio-economico, livello di istruzione, cittadinanza, health literacy), che influenzano l'accesso e l'effettiva fruizione dei servizi sanitari. La prevenzione attiva, cioè quella che prevede un "andare incontro" da parte dei servizi sanitari, dovrebbe raggiungere in particolare quei sotto-gruppi di popolazione che rischiano di essere esclusi dall'accesso e fruizione tempestiva e appropriata dei servizi sanitari.

Il 2017 è stato l'anno nel quale il tema "vaccini" ha avuto il suo protagonismo nel dibattito pubblico, il cui interesse è stato suscitato in particolare dalla legge sull'ampliamento dell'obbligatorietà vaccinale in età pediatrica, prevedendo sanzioni economiche e risvolti pratici nell'accesso ad asili nido e scuole materne.

Anche in Europa si sta lavorando sul tema vaccinazioni, in particolare sulla "reticenza nei confronti dei vaccini e calo dei tassi di vaccinazione in Europa"<sup>4</sup>, in coerenza con il piano d'azione globale dell'OMS sui vaccini<sup>5</sup> approvato dai 194 Paesi membri dell'Assemblea mondiale della sanità. E' stata realizzata ed approvata una risoluzione del Parlamento Europeo al fine, tra le altre cose, di agire sulle carenze vaccinali, sui costi, sulla sensibilizzazione degli operatori, sull'armonizzazione dei programmi di vaccinazione e sull'invio di dati relativi a coperture e malattie prevenibili con vaccinazioni.

---

<sup>3</sup> Istat, Rapporto annuale 2018

<sup>4</sup> Risoluzione del Parlamento europeo del 19 aprile 2018 sulla riluttanza nei confronti dei vaccini e il calo del tasso di vaccinazione in Europa (2017/2951(RSP))

<sup>5</sup> Maggio 2012

Altrettanta attenzione e dibattito non ci sono stati al livello istituzionale sul fronte degli screening oncologici organizzati, che, analogamente alle vaccinazioni, prevedono una chiamata attiva dei cittadini e delle performance in termini di adesioni delle persone; sono oggetto di verifica ministeriale per il mantenimento LEA; costituiscono in molte regioni uno degli anelli “storicamente deboli”. La vicenda della Gran Bretagna del mancato invito ad eseguire la mammografia nel 2009, del clamore che ha generato, delle scuse pubbliche che sono state prodotte e all’annuncio di un risarcimento, ha messo in evidenza una sottopercezione dei programmi di screening oncologico organizzato come diritti e strumento di tutela per la salute collettiva.

### **.1 L’investimento in prevenzione**

Il pilastro del nostro Servizio Sanitario Nazionale che si occupa degli aspetti di prevenzione è tecnicamente chiamato, nei LEA, Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro. Formalmente si destina il 5%<sup>6</sup> del Fondo Sanitario Nazionale, quota considerata come allocazione ottimale delle risorse “*cui devono tendere le regioni per erogare correttamente la funzione sanitaria*” secondo quanto riporta il Monitoraggio della Spesa Sanitaria del Ministero economia e finanze. Eppure, come mostra la tabella che segue, il quantum effettivo che si utilizza per uno dei tre pilastri dei LEA, che deve assicurare numerose e varie prestazioni, è al di sotto del 5%.

---

<sup>6</sup> DLgs 68/2011, art. 27, co. 3

**Tab. - Percentuale Spesa sanitaria per assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, anni 2008-2015**

Anno	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% su FSN	4,16	4,22	4,17	4,17	4,09	4,18	4,22	4,18

*Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Cittadinanzattiva su Aggiornamento "Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni, anno 2015", Agenas*

E' possibile apprezzare, dalla tabella in basso, che tra le cinque macro-attività che sono ricomprese nei LEA "prevenzione", si assiste ad un incremento nel tempo della spesa per le attività rivolte alle persone, tra le quali rientrano le spese per vaccini e screening oncologici organizzati. Rappresenta, con un aumento dal 14,85% del 2008 al 23,96% del 2015, l'aumento più significativo<sup>7</sup>. La riduzione più importante si rileva nella voce igiene e sanità pubblica (-5,6% tra 2008 e 2015).

**Tab. – Ripartizione percentuale spesa sanitaria per livelli di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, anni 2008-2015**

Attività	2008	2011	2013	2015	Δ2008-2015
Igiene e sanità pubblica	29,42	25,78	24,78	23,82	-5,6
Igiene degli alimenti e della nutrizione	7,76	7,29	7,21	6,92	-0,84

<sup>7</sup> I dati del 2015 sono i più recenti disponibili al momento della redazione del Rapporto.

<b>Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro</b>	13,46	12,83	13,04	12,31	-1,15
<b>Sanità pubblica veterinaria</b>	24,39	23,07	22,83	22,73	-1,66
<b>Attività di prevenzione rivolta alle persone</b>	14,85	20,08	21,55	23,96	+9,11
<b>Servizio medico legale</b>	10,12	10,95	10,59	10,27	+0,15

*Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Cittadinanzattiva su Aggiornamento "Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni, anno 2015", Agenas*

### .1.1 La spesa per vaccini

Per far fronte all'aumento del numero di vaccini offerti gratuitamente alla popolazione attraverso il Piano nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, la Legge di Bilancio 2016<sup>8</sup>, comma 408 ha destinato, nell'ambito del Fondo Sanitario Nazionale, 100 milioni di euro per il 2017; 127 milioni di euro per il 2018 e 186 milioni di euro a decorrere dal 2019, per concorrere, tramite rimborso alle Regioni, all'acquisto di vaccini ricompresi nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

Come prevedibile, nel 2017 si è assistito ad un incremento di spesa per l'acquisto dei vaccini per effetto sia dell'obbligatorietà vaccinale in età pediatrica che è passata da 4 a 10 vaccini obbligatori, sia dall'incremento dell'offerta prevista nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale. Sono stati spesi

<sup>8</sup> Legge 11 dicembre 2016, n. 232.

complessivamente 487,6 milioni di euro (ben oltre i 100 milioni del fondo ad hoc). Si tratta del 2,2% della spesa del SSN, che ha visto un incremento significativo (36,6%) tra il 2016 ed il 2017, con aumenti più rilevanti legati all'acquisto di vaccini meningococcici e pneumococcici. Il trend della spesa per vaccini è aumentato negli anni: da 5,28 euro nel 2013, si passa a 5,23 nel 2015 fino a 8,05 nel 2017.

Ad eccezione della Toscana<sup>9</sup> tutte le Regioni presentano un incremento di spesa tra il 2016 ed il 2017 per l'acquisto dei vaccini.

**Tabella 3.2.16b.** Vaccini, andamento regionale della spesa pro capite pesata: confronto 2013-2017

Regione	2013	2014	2015	2016	2017	Δ % 17-16
Piemonte	4,16	3,75	3,45	3,45	5,37	55,6
Valle d'Aosta	4,74	4,18	3,30	3,98	5,18	30,1
Lombardia	4,45	4,08	3,96	4,10	5,82	41,9
PA Bolzano	5,19	5,30	5,68	5,79	9,39	62,0
PA Trento	5,67	5,22	4,73	6,31	9,84	55,9
Veneto	5,45	5,23	5,60	7,31	9,55	30,6
Friuli VG	7,42	5,46	5,39	7,51	10,71	42,6
Liguria	4,43	4,10	4,87	5,97	7,14	19,6
Emilia R.	4,94	4,58	4,60	5,38	9,94	84,9
Toscana	3,58	3,23	8,88	8,57	7,34	-14,3
Umbria	5,02	4,56	4,36	5,01	6,38	27,4
Marche	4,47	4,07	4,06	4,48	7,64	70,6
Lazio	5,04	4,44	4,86	6,18	8,91	44,2
Abruzzo	4,52	4,27	4,13	4,40	6,91	57,1
Molise	5,46	5,08	5,27	4,65	6,43	38,5
Campania	5,39	4,73	4,87	5,12	7,63	49,1
Puglia	8,02	7,68	7,71	8,21	11,40	38,9
Basilicata	7,81	5,78	6,80	6,21	6,74	8,5
Calabria	5,38	4,72	5,27	7,21	9,46	31,3
Sicilia	7,42	6,86	6,69	7,77	9,46	21,7
Sardegna	5,27	4,27	4,41	5,20	6,65	28,0
<b>Italia</b>	<b>5,28</b>	<b>4,79</b>	<b>5,23</b>	<b>5,89</b>	<b>8,05</b>	<b>36,6</b>

Fonte: Rapporto Osmmed, 2017

<sup>9</sup> Nel 2016 in Toscana ci sono stati focolai di meningite che hanno portato a misure straordinarie di vaccinazioni della popolazione e le lunghe code di persone che si rivolgevano ai servizi vaccinali per immunizzarsi.

Le Regioni che spendono di più (da 9 euro in su) per vaccini sono: Puglia (11,40 euro), Friuli Venezia Giulia (10,71), Emilia Romagna (9,94), PA Trento (9,84), Veneto (9,55), PA Bolzano (9,39), Calabria (9,46) e Sicilia (9,46). Quelle che spendono meno sono: Valle d'Aosta, Piemonte e Lombardia (meno di 6euro pro-capite). La differenza di spesa tra Puglia e Valle d'Aosta è di oltre il 100%.

Ma la spesa non riguarda in egual modo tutti i vaccini disponibili e che devono essere assicurati, secondo quanto previsto dal Piano nazionale Prevenzione Vaccinale e, quindi, dai LEA.

Si spende oltre 1 euro e cinquanta a persona per vaccini meningococcici (2,71 euro) e pneumococcici (1,66); quelli che costano meno, intorno ai 10 centesimi sono quelli epatici (0,10), per la diarrea da rotavirus e pertossici (0,13) e per varicellosi zoster (0,17).

**Tabella 3.2.16c.** Vaccini, prescrizione per categoria terapeutica e per sostanza nel 2017

Sottogruppi e sostanze	Spesa pro capite	Δ % 17-16	DDD/1000 ab die	Δ % 17-16
Vaccini meningococcici	2,71	>100	0,2	61,7
Vaccini pneumococcici	1,66	8,8	0,1	9,7
Vaccini batterici e virali in associazione	1,26	5,0	0,1	2,4
Vaccini influenzali	0,78	16,6	0,4	-37,6
Vaccini morbillo	0,59	66,2	0,1	25,1
Vaccini contro il papillomavirus	0,38	17,4	0,0	-4,7
Vaccini varicellosi zoster	0,17	16,9	0,0	-7,4
Vaccini pertossici	0,13	64,0	0,0	53,1
Vaccini della diarrea da rotavirus	0,13	64,4	0,0	56,0
Vaccini epatici	0,12	17,8	0,0	3,8
Altri vaccini	0,10	29,4	0,0	-9,3
<b>Vaccini</b>	<b>8,05</b>	<b>36,6</b>	<b>1,0</b>	<b>-15,6</b>
vaccino meningococcico gruppo B	1,96	>100	0,1	96,1
vaccino pneumococcico	1,66	8,8	0,1	9,7
vaccino esavalente	1,06	1,7	0,1	-2,3
vaccino morbillo / parotite / rosolia e varicella	0,45	89,5	0,0	77,7
vaccino meningococcico ACWY	0,69	>100	0,1	>100
vaccino influenza adiuvato con MF59C.1	0,26	25,4	0,1	38,4
vaccino influenza virione split inattivato	0,24	>100	0,1	-66,0
vaccino difterico/pertossico/ poliomeilitico/tetanico	0,20	26,4	0,0	15,7
vaccino papillomavirus umano	0,19	-21,2	0,0	-26,8

*Fonte: Rapporto Osmmed, 2017*

La tabella mostra un dato interessante: a fronte di una spesa che aumenta, diminuisce il numero di dosi di vaccini acquistate. In particolare risentono della riduzione i vaccini anti-influenzali, quelli contro il papilloma virus e contro varicella ed herpes zoster.

## **.2 Governo, monitoraggio e gestione delle vaccinazioni: le Anagrafi vaccinali informatizzate**

La completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali è un obiettivo da conseguire cui si sta lavorando almeno dall'ultimo decennio. E' stato esplicitamente individuato come obiettivo nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2012-2014 e continua ad esserlo nel nuovo e nei recenti provvedimenti normativi. L'evoluzione delle anagrafi vaccinali (2007-2017) ha visto il passaggio della completa informatizzazione da parte di 9 regioni (2007) a 15 (2011)<sup>10</sup> a 18 nel 2017 e due Regioni (Calabria e Campania) parzialmente informatizzate. Mancano dati sulla Regione Sardegna<sup>11</sup>. Al livello aziendale (ASL), si passa da una copertura AVI del 70% (2007), a 83% di oggi<sup>12</sup>, ovvero 100 ASL su 120.

Solo 11 Regioni, tra quelle completamente informatizzate, hanno lo stesso software in tutte le ASL presenti sul territorio regionale.

Le Anagrafi Vaccinali Informatizzate (AVI) presentano delle caratteristiche differenziate tra loro e l'uso che ne viene fatto è

---

<sup>10</sup> Eurosurveillance, Volume 17, Issue 17, 26 April 2012

<sup>11</sup> Immunisation Registries at regional level in Italy and the roadmap for a future Italian National Registry

<sup>12</sup> Nel 2011 la percentuale di ASL con AVI era la medesima; si ricorda che le ASL sono state oggetto di accorpamento e riorganizzazione al livello regionale.



variabile sul territorio nazionale. Guardando alle 11 Regioni completamente informatizzate, è possibile vedere che tutte utilizzano lo strumento per estrarre la lista delle persone da invitare, 10 la usano per stampare le lettere di invito, solo 8 su 11 usano lo strumento per gestire anche gli appuntamenti e raccogliere le motivazioni in caso di eventuale rifiuto.

Tab. - Caratteristiche delle Anagrafi Vaccinali Informatizzate, nelle Regioni completamente informatizzate (con software unico tra ASL)

Caratteristiche	N. Regioni in valori assoluti %	N. Regioni in valore %
Estrarre la lista delle persone da invitare a vaccinazione	11/11	100
Gestire gli appuntamenti	8/11	72,7
Stampare le lettere di invito	10/11	90,96
Produrre la lista dei ritardi vaccinali	9/11	81,8
Registrare fattori di rischio (alto rischio)	9/11	81,8
Raccogliere informazioni sui motivi del rifiuto alla vaccinazione	8/11	72,7
Gestire le scorte vaccinali	9/11	81,8

*Fonte: Elaborazione Cittadinanzattiva su Immunisation Registries at regional level in Italy and the roadmap for a future Italian National Registry*

La tabella che segue, mostra Regione per Regione lo stato della informatizzazione delle Anagrafi vaccinali, e anche le caratteristiche rispetto ai dati in grado di produrre per avere contezza delle coperture in termini generali e dei dati individuali dei cittadini sottoposti a vaccinazione.

Tab. – Caratteristiche anagrafi vaccinali informatizzate nelle Regioni, 2016

Regione	Copertura territoriale AVI	Periodicità dati aggregati**	Periodicità dati individuali
Abruzzo	Completamente informatizzata, stesso software nelle ASL		In tempo reale
Basilicata	Completamente informatizzata, stesso software nelle ASL		In tempo reale
Calabria	Parzialmente informatizzata, stesso software nelle ASL	Annuali	
PA Bolzano	Completamente informatizzata, software diversi tra ASL		In tempo reale
Campania	Parzialmente informatizzata, software diversi tra ASL	Annuali	
Emilia Romagna	Completamente informatizzata, software diversi tra ASL		Trimestrali
Friuli Venezia Giulia	Completamente informatizzata, stesso software nelle ASL		In tempo reale

Lazio	Completamente informatizzata, software diversi tra ASL	Annuali	
Liguria	Completamente informatizzata, software diversi tra ASL	Annuali	
Lombardia	Completamente informatizzata, software diversi tra ASL		In tempo reale
Marche	Completamente informatizzata, stesso software nelle ASL	Annuali	
Molise	Completamente informatizzata, stesso software nelle ASL	Annuali	
Piemonte	Completamente informatizzata, software diversi tra ASL	Annuali	
Puglia	Completamente informatizzata, stesso software nelle ASL		In tempo reale
Sardegna*	Non informatizzata		
Sicilia	Completamente informatizzata, software diversi tra ASL		Trimestrali
PA Trento	Completamente informatizzata,	Biennali	

	stesso software nelle ASL		
Toscana	Completamente informatizzata, stesso software nelle ASL		In tempo reale
Umbria	Completamente informatizzata, stesso software nelle ASL		In tempo reale
Valle d'Aosta	Completamente informatizzata, stesso software nelle ASL	Annuali	
Veneto	Completamente informatizzata, stesso software nelle ASL		In tempo reale

\*Dal 2018 la Regione ha Deliberato una convenzione con la Regione Veneto per acquisire il Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale - SIAVr<sup>13</sup>

\*\*\*vengono inviate informazioni solo su dosi e coperture vaccinali

*Fonte: Elaborazione Cittadinanzattiva su Immunisation Registries at regional level in Italy and the roadmap for a future Italian National Registry*

---

<sup>13</sup> DELIBERAZIONE N. 25/12 DEL 3.5.2016“Informatizzazione dell’anagrafe vaccinale regionale. Acquisizione in riuso gratuito dell’applicativo denominato “Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale - SIAVr”, pubblicato nel catalogo dell’Agenzia per l’Italia Digitale (AGID) con il codice ID 275/2016. Approvazione dello schema di convenzione tra la Regione del Veneto e la Regione Autonoma della Sardegna”.

Un dato interessante da rilevare è che solo 9 regioni, delle 11 completamente informatizzate e che usano lo stesso software nelle ASL, sono in grado di calcolare automaticamente i dati di copertura e solo 7 sono in grado di avere dati regionali sullo stato vaccinale del singolo cittadino.

### .3 Le coperture vaccinali

Gli investimenti per l'acquisto di vaccini e le dotazioni strumentali, come le AVI, sono finalizzate ad assicurare coperture vaccinali adeguate nella popolazione. Dai dati più recenti di monitoraggio Lea (legati alla valutazione delle performance del 2016), si vede chiaramente che le coperture assicurate sono ben al di sotto degli obiettivi che ciascuna regione avrebbe dovuto assicurare.

**Tab. 1 – Performance regionali su misurazione mantenimento LEA in ambito prevenzione vaccinale, 2016**

Regione	Copertura vaccinazioni base (a 24 mesi) %	Copertura vaccinale morbillo, parotite rosolia	Copertura vaccinale per anti-influenzale adulti over 65anni
Abruzzo	<b>97,10</b>	87,5	48,6
Basilicata	<b>97,35</b>	90,56	49,78
Calabria	95,8	86,49	57,85
PA Bolzano	85,1	67,47	37,34
Campania	92,7	83,8	56,72
Emilia Romagna	92,98	87,35	52,73
Friuli Venezia Giulia	89,2	83,19	54,09

Lazio	96,7	87,9	51,5
Liguria	94,19	82,11	47,3
Lombardia	93,40	93,34	47,52
Marche	92,21	83,02	51,04
Molise	97,3	73,5	52,37
Piemonte	94,98	91,07	48,23
Puglia	93,3	85,88	57,35
Sardegna	<b>95,63</b>	90,28	41,64
Sicilia	91,63	81,11	52,93
PA Trento	92,82	87,33	53,22
Toscana	94,31	89,34	54,77
Umbria	94,38	89,37	<b>63,09</b>
Valle d'Aosta	90,87	83,13	44,41
Veneto	91,85	89,13	55,8

*Fonte: Osservatorio civico sul Federalismo in sanità su Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, 2018*

Andando a verificare cosa sia cambiato dopo gli interventi normativi relativamente all'obbligo in età pediatrica, è possibile vedere che, in poco più di 6 mesi (il provvedimento è di maggio 2017), le coperture per le nuove vaccinazioni obbligatorie sono aumentate tra il 2016 ed il 2017.

La tabella che segue permette di rilevare che rispetto alla copertura nelle vaccinazioni anti-polio, anti-difterica, anti-tetanica, anti-pertosse, anti-epatite B e anti haemophilus influenza B, le Regioni che hanno raggiunto l'immunità di gregge, con una percentuale di adesione superiore al 95% sono:

Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Sardegna, Umbria, Toscana.

Per quel che riguarda invece le vaccinazioni Morbillo, Parotite, Rosolia (MPR), solo il Lazio nel 2017 ha raggiunto la copertura superiore al 95%, 95,34% per essere precisi. Sono molto vicini al raggiungimento di questa copertura Piemonte (94,72%) e Umbria (94,51%).

Le coperture più alte per la varicella, superiori all'80%, sono assicurate nelle Regioni Veneto (88,56), Toscana (87,08), Puglia (88,81), Basilicata (85,87), Sicilia (81,81), Sardegna (81,58).

**Tab. – Coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti) anni 2016 (coorte 2015) e 2017 (coorte 2016) vaccini per l'infanzia obbligatori**

Vedi allegato

*Fonte: Osservatorio civico sul Federalismo in sanità su dati Ministero della salute, 2016-2017*

Il differenziale più alto in termini di coperture vaccinali si riscontra in particolare per le vaccinazioni anti-varicella: si rilevano incrementi a due cifre tra il 2016 ed il 2017 in Abruzzo, Calabria, PA Bolzano, Campania, Lazio, Liguria, Marche, Molise, PA Trento, Toscana.

Rispetto agli incrementi sulle vaccinazioni MPR, gli incrementi maggiori tra 2016 e 2017 si registrano in Molise, con poco meno di 17 punti percentuali recuperati (da 73,51 a 90,48); Campania (da 83,64 a 92,03) e Liguria (da 82,11 a 90,69) che recuperano oltre 8 punti; Lazio con oltre 7 punti in più di copertura (da 87,94 a 95,34).

Le Regioni che assicurano la copertura più bassa su MPR nel 2017, al di sotto del 90%, sono PA Bolzano (71,86%), Friuli Venezia Giulia (86,55%), Marche (circa 88%), Sicilia (85,63%).

Come si può notare dalla tabella più in basso, rispetto alle vaccinazioni non obbligatorie, ma consigliate in età pediatrica, quelle che raggiungono oltre il 90% di copertura sono:

- *Meningococco C*: Piemonte (92,39), Lombardia (92,18), Veneto (92,03), Emilia Romagna (91,64), Toscana (92,71), Umbria (92,31), Basilicata (93,33), Sardegna (90,13).
- *Pneumococco*: 16 Regioni/PA (Piemonte, Valle D'aosta, Lombardia, PA Trento, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna) su 21, di cui due, Sardegna e Basilicata con raggiungimento immunità di gregge (>95%).
- *Meningococco ACYW*: Veneto (91,25%) e Emilia Romagna (90,87).

Su Rotavirus, le regioni con le coperture più alte sono Sicilia (50,92%) e Calabria (41,52).

Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2017 (coorte 2015)  
Coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene)

REGIONE/P.A.	POL	DIF	TET	PER	EP B	HIB	MOR	PAR	ROS	VAR	Men C	PNC	EP A	ROTA	Men B	Men ACYW
Piemonte	95,75	95,79	95,93	95,79	95,36	95,28	94,72	94,72	94,72	3,02	92,39	92,83	0,99	8,50	0,00	0,00
Valle d'Aosta	93,66	93,56	94,07	93,56	92,93	93,35	90,33	90,12	90,33	2,81	89,81	91,27	0,21	0,21	2,91	0,00
Lombardia	94,88	95,09	95,16	95,09	94,62	94,35	93,92	93,79	93,86	1,85	92,18	92,52	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Prov. Aut. Bolzano	85,87	85,87	85,89	85,76	85,52	85,37	71,86	71,76	71,78	17,27	67,68	80,92	1,27	1,03	4,71	0,17
Prv. Aut. Trento	93,90	93,80	94,07	93,76	93,51	93,53	91,68	91,61	91,64	64,65	89,64	90,91	4,58	0,73	32,71	0,81
Veneto	93,33	93,53	93,77	93,52	93,06	93,05	92,34	92,23	92,29	88,54	92,03	85,57	10,90	6,24	82,26	91,25
Friuli-Venezia Giulia	90,42	90,51	90,64	90,50	89,50	89,65	86,55	86,55	86,55	79,52	89,00	83,83	0,59	4,09	68,90	2,04
Liguria	95,04	95,04	95,05	95,01	94,84	94,50	90,92	90,74	90,69	67,89	84,11	93,04	3,99	20,07	82,35	10,15
Emilia-Romagna	94,77	94,72	94,86	94,72	94,43	94,03	91,33	91,11	91,23	9,37	91,64	92,71	3,17	6,22	3,17	90,87
Toscana	95,78	95,68	95,84	95,68	95,35	95,41	93,51	93,42	93,47	87,08	92,71	90,36	0,51	8,27	72,98	14,09
Umbria	95,80	95,74	95,80	95,74	95,82	95,66	94,53	94,51	94,51	1,97	92,31	94,28	0,58	0,00	7,72	0,37
Marche	93,01	92,94	93,02	92,92	92,66	92,49	88,21	88,15	88,14	58,04	82,49	90,71	1,03	1,51	15,26	10,89
Lazio	96,85	96,84	96,84	96,84	96,85	96,79	95,34	95,34	95,34	20,54	80,37	92,30	0,16	7,44	36,14	37,71
Abruzzo	97,36	97,33	97,33	97,33	97,33	97,33	89,20	89,20	89,20	33,96	70,92	91,15	0,29	1,02	11,41	16,67
Molise	97,16	97,16	97,16	97,16	97,16	97,16	90,48	90,48	90,48	72,57	82,71	96,02	0,00	0,09	0,99	0,14
Campania	95,39	95,39	95,39	95,39	95,38	95,48	92,03	92,03	92,03	58,90	61,30	88,22	0,06	0,76	3,50	11,15
Puglia	94,39	94,39	94,39	94,39	94,39	94,22	91,09	91,09	91,09	88,81	83,63	92,01	65,76	29,71	80,06	2,55
Basilicata	97,72	97,72	97,72	97,72	97,72	97,72	92,90	92,90	92,90	85,87	93,33	96,72	0,10	2,56	82,48	0,05
Calabria	96,10	96,10	96,10	96,10	96,10	96,10	92,79	92,79	92,79	77,85	96,85	94,62	0,41	41,52	57,58	68,77
Sicilia	91,33	91,33	91,33	91,33	91,33	91,31	85,63	85,63	85,63	81,81	72,94	88,01	0,01	50,92	59,83	8,55
Sardegna	95,98	95,97	95,99	95,95	95,93	95,93	92,91	92,89	92,91	81,58	90,13	95,40	0,04	20,88	28,67	0,01
Italia	94,54	94,57	94,64	94,56	94,34	94,24	91,68	91,62	91,64	45,69	83,04	90,90	6,92	14,34	38,59	29,09

Legenda:

- (a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi
- (b) Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età
- (c) 1a dose entro 24 mesi
- (d) Ciclo completo secondo il prodotto o il calendario
- n.d. Non disponibile

POL	Poliota(a)	ROS	Rosolia (c)
DIF	Difterite (a)	VAR	Varicella (c)
TET	Tetano (a)	Men C	Meningococco C coniugato (b)
PER	Pertosse (a)	PNC	Pneumococco coniugato (b)
EP B	Epatite B(a)	EP A (d)	Epatite A (d)
HIB	Hib(b)	ROTA	Rotavirus (d)
MOR	Morbillo(c)	Men B	Meningococco B (d)
PAR	Parotite (c)	Men ACYW	Meningococco ACYW coniugato (c)

Fonte: Dati comunicati dalle regioni



Fonte: Ministero della salute

Le vaccinazioni, tuttavia, non riguardano solo i bambini: hanno diritto alla protezione vaccinale anche adolescenti ed adulti, oltre alle persone che presentano un aumentato rischio (per condizioni di salute, esposizione professionale, etc.).

Come è noto, tra gli oggetti di monitoraggio LEA, vi è anche la proporzione di persone over 65 vaccinate contro l'influenza stagionale.

Abbiamo già avuto modo di vedere come si sia ridotto il numero di dosi acquistato nel 2017. Analizziamo ora quale sia stata la performance dell'ultima campagna vaccinale anti-influenza (2017-2018).

Vaccinazione antinfluenzale in Italia: coperture vaccinali negli anziani (età >> 65 anni) (per 100 abitanti)  
Stagioni 1999-2000/2017-2018

Regione	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Piemonte	33,8	44,7	48,3	51,5	55,7	64	58,8	59,3	58,0	60,7	60,6	57,3	55,0	51,6	51,1	46,3	46,0	48,2	47,0
Valle d'Aosta	35,8	56,6	54,5	56,0	55,3	64	63,1	54,2	61,0	54,5	58,9	55,6	56,2	47,0	48,2	43,5	42,2	44,4	44,1
Lombardia	39,6	46,7	53,8	58,7	60,9	64	64,0	63,1	58,6	61,7	63,1	54,7	57,9	48,7	48,8	46,6	47,7	47,5	47,7
P.A. Bolzano	43,3	38,8	46,8	51,1	52,7	55,2	48,0	50,5	56,8	47,7	44,5	42,5	35,8	33,9	36,6	37,8	37,3	35,3	35,3
P. A. Trento	42,4	48,3	50,5	54,6	57,8	60,0	67,6	69,2	64,8	68,0	67,0	61,8	62,2	56,3	55,8	51,9	50,2	53,2	53,5
Veneto	47,3	60,7	63,5	70,9	73,2	74,1	70,3	71,6	71,2	67,8	67,1	58,9	58,3	53,4	54,0	55,8	52,7	55,8	55,1
Friuli Venezia Giulia	63,5	70,8	71,1	72,3	72,4	72,5	72,1	64,1	68,1	49,7	62,4	61,8	55,2	56,1	49,0	51,1	54,1	55,2	55,2
Liguria	37,7	42,3	54,2	59,6	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7	65,7	58,0	55,6	41,6	50,4	46,6	45,7	47,3	50,1
Emilia Romagna	46,2	58,4	61,9	66,5	70,3	73,0	75,1	76,1	73,8	73,7	73,8	63,4	64,7	56,3	57,2	50,0	51,9	52,7	53,3
Toscana	36,0	51,9	51,7	56,7	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5	71,1	68,8	67,8	58,9	60,2	49,9	52,2	54,8	55,3
Umbria	45,3	51,7	58,1	59,3	62,2	61,8	65,9	69,0	70,5	74,7	77,5	75,2	74,0	67,9	68,8	61,8	62,8	63,1	63,6
Marche	53,5	60,8	62,9	65,3	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9	66,5	63,9	62,2	54,9	57,5	46,2	50,1	51,0	50,0
Lazio	26,7	46,5	60,5	67,5	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9	67,7	64,1	62,2	56,8	56,8	49,5	51,0	51,5	51,8
Abruzzo	42,5	50,3	53,7	64,0	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4	67,1	60,9	59,7	50,3	54,6	38,5	45,7	48,6	49,3
Molise	46,7	61,4	61,4	66,9	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3	73,7	65,6	60,5	49,4	59,5	49,0	43,8	52,4	63,0
Campania	38,1	62,3	75,6	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2	63,4	68,8	73,1	61,4	61,3	52,9	52,8	56,7	57,4	57,4
Puglia	38,0	49,0	62,9	64,8	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8	73,0	71,7	69,0	57,2	61,0	48,6	50,8	57,4	59,4
Basilicata	45,6	42,3	46,7	61,8	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,7	72,6	63,4	63,1	58,6	58,0	45,6	47,9	49,8	53,2
Calabria	23,6	29,7	43,9	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8	63,0	61,8	60,5	66,6	49,8	56,5	53,3	51,7	57,9	61,2
Sicilia	41,4	47,8	47,4	61,2	63,8	69,7	67,5	56,4	61,0	64,1	61,3	60,2	54,0	56,5	47,4	49,5	52,9	54,3	54,3
Sardegna	30,0	39,4	46,9	52,4	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6	60,9	59,6	57,0	47,3	46,0	40,6	40,0	41,6	44,0
Italia	40,7	50,7	55,2	60,3	63,6	66,4	68,3	66,5	64,0	66,3	65,6	62,4	62,7	54,2	55,4	48,6	49,9	52,0	52,7

Aggiornamento 19 giugno 2018

Legenda:

n/a = dati non pervenuti

Fonte:

elaborazioni MINISTERO DELLA SALUTE - ISS, sulla base dei riepiloghi inviati da Regioni e Province Autonome

Fonte: Ministero della salute

Come si può apprezzare dalla tabella, le coperture più alte al livello nazionale, sono state registrate nella stagione 2005-2006, quando la percentuale di popolazione vaccinata raggiungeva il 68,3%. L'obiettivo che si dovrebbe conseguire, per adempiere a quanto

definito nel monitoraggio LEA, è il 75%: è evidente che siamo ben lontani dal conseguimento di tale obiettivo (la media italiana dell'ultima stagione è stata il 52,7%, circa una persona su due che avrebbe potuto beneficiarne).

Nell'ultima stagione 5 Regioni hanno fatto registrare un calo nelle coperture vaccinali, vale a dire Piemonte, Valle d'Aosta, PA Bolzano, Veneto, Marche, seppur di poco (la riduzione più importante si registra nella PA Bolzano, con -2%, Marche, -1%, le altre pochi decimi di punto percentuale).

Vaccinano oltre il 60% degli over 65 solo 3 regioni: Umbria (63,4%), Calabria (61,2%), Molise (61%). Sfiora il 60% la Puglia con 59,4% di anziani vaccinati dall'influenza.

#### 4. I programmi di screening oncologici organizzati

Il Servizio Sanitario Nazionale, basandosi sulle evidenze scientifiche, promuove programmi di screening organizzato per il cancro della cervice uterina, del colon retto e della mammella. Vista la rilevanza strategica, il livello di adesione agli screening oncologici organizzati è oggetto di monitoraggio LEA.

I Livelli Essenziali di Assistenza prevedono attività specifiche, come sintetizzato nella tabella che segue. E' evidente che il solo invio delle lettere o la sola esecuzione dei test diagnostici non esauriscono il set di diritti (e quindi indicatori di qualità) di un programma di screening oncologico organizzato.

Tab. – Componenti e prestazioni dei programmi di screening oncologico organizzato

COMPONENTI PROGRAMMA	DEL		PRESTAZIONI
-------------------------	-----	--	-------------

<p>Chiamata attiva ed esecuzione dei test screening e dei percorsi di approfondimento e terapia per tutta la popolazione target residente e domiciliata.</p> <p>La periodicità e le caratteristiche tecniche sono definite al livello nazionale dai seguenti atti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Screening del cancro della mammella: Raccomandazioni del Ministero della salute predisposte in attuazione dell'art. 2 bis della legge 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018;</li> <li>- Screening del cancro del colon-retto: raccomandazioni del Ministero della Salute predisposte in attuazione dell'art. 2 bis della legge 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018;</li> <li>- Screening del cervico-carcinoma: linee di indirizzo predisposte in attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2014- 2018 e del dm 5/8/11.</li> </ul> <p>Sorveglianza sull'estensione e sull'adesione dei programmi e valutazioni relative alla qualità dei processi e all'impatto sulla salute della popolazione, anche attraverso la realizzazione e gestione di sistemi informativi basati su record individuali.</p> <p>Coinvolgimento di gruppi a rischio e di gruppi socialmente svantaggiati.</p> <p>Promozione della partecipazione consapevole e rendicontazione sociale.</p>		<p>Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening.</p> <p>Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening di primo e secondo livello alle popolazioni target.</p> <p>Invio ad altro setting assistenziale per la presa in carico diagnostico-terapeutica in relazione alla patologia neoplastica</p>
--	--	---

Realizzazione e gestione di sistemi informativi basati su record individuali.		
---	--	--

Fonte: *Osservatorio civico sul federalismo in sanità* su DPCM 12 gennaio 2017

### Box - #nonaspettare – la campagna informativa a supporto dei programmi organizzati di screening

Da Novembre 2016 Cittadinanzattiva ha lanciato una campagna informativa a supporto del programma nazionale di screening per il cancro alla mammella, al colon retto e alla cervice uterina. L'obiettivo è raggiungere una larga fascia della popolazione al fine di informarla sull'importanza della prevenzione e ad aumentare, di conseguenza, l'adesione agli screening organizzati. La campagna vuole raggiungere tutta la popolazione e le persone che rischiano di non essere a conoscenza dei programmi di screening regionali (ciò a causa di difficoltà nella mobilità, per ragioni spesso culturali o anche economiche ritenute, a torto, a carico del paziente) e di aumentare il numero degli screening in due realtà dove l'accesso risulta deficitario.

Hanno contribuito alla realizzazione dei test della campagna e la patrocinano: GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico); SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie); IPASVI (Federazione Italiana Collegi Infermieri); FEDERFARMA (Federazione nazionale unitaria titolari di farmacie); FIMMG (Federazione Italiana Medici di Famiglia); EUROPA DONNA ITALIA; AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica); SIED (Società Italiana di Endoscopia Digestiva); ANP CIA (Associazione Nazionale Pensionati della CIA); CNOP (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi); ANNA (Associazione Nazionale Nutriti Artificialmente); FAIS (Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati); AICI (Associazione Italiana Cistite Interstiziale); AMICI ONLUS (Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino); ONS (Osservatorio Nazionale Screening). La campagna ha ottenuto inoltre il patrocinio della Regione Puglia.

Nonostante i LEA in primis, rileva la Corte dei Conti che *“...per quanto riguarda la qualità delle prestazioni fornite dai SSR ed in particolare di quelle rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), si rilevano in numerose regioni in Piano elementi di criticità legati ... a livelli di prevenzione, quali misurati dalla popolazione sottoposta a screening oncologici, al di sotto della soglia critica”<sup>14</sup>.*

Nel 2016 gli inviti per sottoporsi ai test diagnostici dei programmi di screening oncologici organizzati sono stati oltre 13 milioni (13.069.694) ed ha aderito meno della metà delle persone invitate (sono stati eseguiti poco meno 6 milioni di test, 5.848.514). L'invito a sottoporsi ad una mammografia o ad un pap test (o hpv dna test) di controllo ha raggiunto più dell'80% delle donne aventi diritto (definita come popolazione target); quello per esame del sangue occulto delle feci, rettoscopia, colonscopia, invece, raggiunge quasi il 75% di uomini e donne che ne hanno diritto.

#### **.4.1 L'adesione agli screening**

Il valore considerato normale, quindi che definisce una regione adempiente rispetto ai LEA è 9; lo score che indica uno scostamento minimo è quello compreso tra 7 e 8; il punteggio 5-6, risulta rilevante; quello non accettabile è quello compreso tra 0 e 4.

Come consente di visualizzare a colpo d'occhio la tabella che segue, sono 6 le Regioni che non raggiungono lo score accettabile, ovvero 9: Calabria e Puglia (2), Campania e Sicilia (3), Sardegna (5), Lazio (7). Alcune di queste regioni, pur non raggiungendo lo score, hanno mostrato dei miglioramenti: il più

---

<sup>14</sup> Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, 2018, Corte dei Conti

significativo nel Lazio (+ due punti), un punto in Calabria che passa da 1 a due.

Tra le regioni che rispettano lo score 9, si segnala il recupero dell'Abruzzo di 2 punti tra 2015 e 2016 e l'aumento più cospicuo da parte del Piemonte, da 7 a 11. Si rilevano anche delle riduzioni: perdono due punti rispettivamente Lombardia e Basilicata che passano da 11 a 9.

**Tab. – Quota residenti che aderiscono ai programmi di screening regionali per regioni in piano di rientro e non (anni 2015-2016)**

Regione	Piano Rientro (si/no)	Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi di screening oncologico organizzati ≥ 9 (2016)	Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi di screening oncologico organizzati ≥ 9 (2015)	Variazione 2015-2016
ABRUZZO°	SI	9	7	+2
BASILICATA	NO	9	11	-2
CALABRIA	SI	2	1	+1
CAMPANIA	SI	3	3	invariato
EMILIA ROMAGNA	NO	15	15	invariato
FRIULI VENEZIA GIULIA	NO	15	15	invariato
LAZIO	SI	7	5	+2

LIGURIA	NO	9	9	invariato
LOMBARDIA	NO	9	11	-2
MARCHE	NO	9	9	invariato
MOLISE	SI	7	7	invariato
PIEMONTE**	SI	11	7	+4
PUGLIA	SI	2	2	invariato
SARDEGNA	NO	5	5	invariato
SICILIA	SI	3	3	invariato
PA Bolzano	NO	9	9	invariato
PA Trento	NO	13	13	invariato
TOSCANA	NO	13	13	invariato
UMBRIA	NO	13	13	invariato
VENETO	NO	15	15	invariato
VALLE D'AOSTA	NO	15	15	invariato

*Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Cittadinanzattiva su Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, Rapporto 2017 e Rapporto 2018*

\*In rosso le Regioni che non rispettano lo standard

\*\* Il Piemonte è uscito dal Piano di rientro nell'anno 2017

°Attività di affiancamento da parte del MEF

## **.4.2 Screening mammografico**

Nel 2016 l'80% delle donne di età 50-69 ha ricevuto l'invito ad eseguire l'esame mammografico (oltre 3.141.894 inviti) ed ha aderito il 56%. Ancora una volta, tuttavia, balza agli occhi l'enorme differenza territoriale: l'invito ha raggiunto più di 97 donne su 100 al Nord, poco meno di 93 su 100 al Centro e quasi 51 su 100 al Sud.

L'adesione agli inviti, quindi la percentuale di donne che si è sottoposta alla mammografia, subisce variabilità territoriali e scostamenti tra il 2015 ed il 2016. Migliorano le adesioni di nord e sud, si riducono al centro. In dettaglio: 64% al nord (63% nel 2015), 52% al centro (56% nel 2015), 42% al sud (37% nel 2015). Lo standard di accettabilità è almeno il 50%.

I programmi di screening, non si esauriscono, come indicato in premessa, nella esecuzione del test, ma devono assicurare qualità e tempestività degli interventi sanitari necessari alla diagnosi ed alla cura (ove necessari).

Come mostra la tabella in basso, gli standard in termini di tempi, considerati accettabili, non sono rispettati: anzi, si nota nel tempo un progressivo peggioramento.

**Tabella 3.** *Tempi di attesa*

	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016	Standard accettabile Giama
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	73%	67%	66%	63%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	68%	59%	59%	58%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	50%	43%	39%	33%	

*Fonte: Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto 2017*

Il Piano nazionale di prevenzione 2014-2018 ha indicato l'estensione del programma di screening ad altre fasce della popolazione. In attuazione di quanto previsto, proseguendo un impegno avviato già in alcune realtà regionali, nel 2016 alcune Regioni o singoli programmi hanno invitato allo screening anche le donne nelle fasce di età 45-49 (a intervallo annuale) e 70-74 (con intervallo biennale) con modalità organizzative diverse.

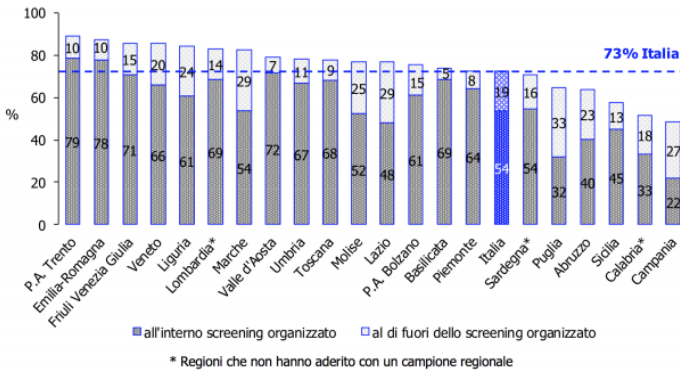


Nella fascia di donne più giovani, sono state invitate 255.874, provenienti prevalentemente da due sole Regioni: 65% dall'Emilia Romagna; 20% dal Piemonte. La risposta è stata superiore alla media del nord: circa il 67% ha accettato l'invito (171.264 donne).

Per quanto riguarda le ultrasessantenni (118.193), gli inviti arrivano nel 44% in Emilia-Romagna, 14% Lombardia e 12% dal Veneto, con una partecipazione di oltre il 70%.

Ma non tutte le donne eseguono controlli mammografici preventivi all'interno dei programmi di screening organizzato. La tabella che segue mostra la media Italia di donne in età compresa tra 50 e 69 anni che ha svolto l'esame nel periodo compreso tra il 2014 e il 2016 è del 73%, di cui il 14% al di fuori dei programmi di screening: la copertura più alta è al nord (83%, con il 14% fuori programmi di screening), diminuisce al centro (78%, con 21% fuori programmi screening) e raggiunge valori molto più bassi al sud e isole (58%, con 22% fuori programmi screening).

**Figura 3** Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%), Donne 50-69enni, Passi 2014-2016 (n. 21.201)



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto 2017

Le regioni che hanno la percentuale maggiore di donne che si sottopongono a mammografia nei programmi di screening sono: PA Trento (79), Emilia Romagna (78), Friuli Venezia Giulia (71), Lombardia (69), Basilicata (69).

Le Regioni nelle quali le donne si sottopongono al test al di fuori dei programmi di screening organizzato sono: Puglia (33%), Marche e Lazio (29%), Campania (27%).

Le Regioni nelle quali complessivamente, tra mammografie eseguite dentro e fuori dai programmi di screening, si è al di sotto della media italiana, sono: Sardegna (70%), Puglia (65%, solo 32% nei programmi), Abruzzo (63%, di cui 40% nei programmi), Sicilia (58%, di cui 45% nei programmi), Calabria (41%, di cui 33% nei programmi), Campania (49%, di cui solo 22% nei programmi).

#### .4.2 Screening colorettales

Nel 2016 sono stati invitati quasi 6 milioni di cittadini (5.993.180) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test di screening (con ricerca di sangue occulto fecale e rettosigmoidoscopia)<sup>15</sup>. Al Nord gli inviti raggiungono il oltre il 95% della popolazione target, al Centro oltre il 90%, al Sud si arriva a poco più del 45%.

Nel 2016 ha accettato di sottoporsi all'analisi di ricerca di sangue occulto fecale il 51% delle persone al nord (-1% rispetto al 2015), il 36% al centro (-1% rispetto al 2015), il 25% al sud (stabile rispetto al 2015). Al sud, quindi, l'adesione la metà rispetto al nord.

**Tabella 3.** *Tempi di attesa dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale 2008-2016*

	2008-2009	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016	Standard accettabile GISCoR
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	46%	50%	50%	45%	42%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	59%	52%	50%	50%	45%	>90%

*Fonte: Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto 2017*

Anche per questo programma di screening si osserva una difficoltà a rispettare i tempi definiti come standard accettabile. In alcune realtà si arriva ad attese persino superiori ai due mesi. Così come per lo screening mammografico, si osserva un trend

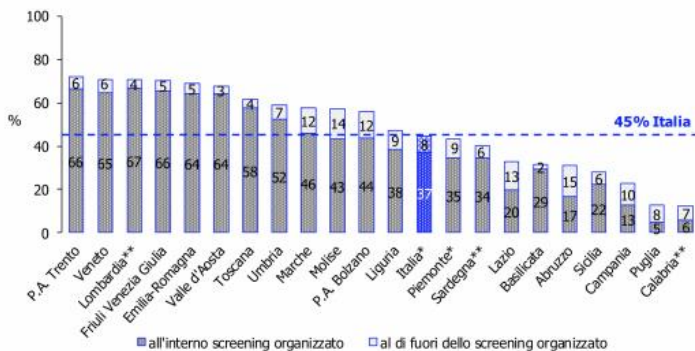
---

<sup>15</sup> Lo screening coloretale prevede in quasi tutta l'Italia la ricerca del sangue occulto nelle feci. Il Piemonte offre la rettosigmoidoscopia una volta nella vita a 58 anni di età e la ricerca del sangue occulto per coloro che non accettano la rettosigmoidoscopia.

negativo nell'adeguamento allo standard dei tempi di attesa tra 2015 e 2016.

Considerando gli esami "opportunistici" e quelli eseguiti all'interno dei programmi di screening, il quadro che emerge mostra ancora una volta un'Italia divisa in due, con differenze notevoli tra la Regione nella quale è più alto (72% complessivamente) il numero di persone esegue nei tempi l'esame delle feci (PA Trento) e quella in cui si esegue di meno (Calabria con 13%, di cui il 7% con fuori dai programmi di screening). Le regioni che risultano molto al di sotto della media nazionale (45%, di cui 8% al di fuori dei prorammi di screening) sono: Piemonte (44%), Sardegna (40%), Lazio (33%), Basilicata (31%), Abruzzo (32%, di cui il 15% fuori dai programmi di screening), Sicilia (28%), Campania (23%), Puglia (13%), Calabria (13%).

**Figura 3.** Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati\* (%), Persone 50-69enni, Passi 2014-2016 (n. 38.994)



\* Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening (rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni)

\*\* Regioni che non hanno aderito con un campione regionale

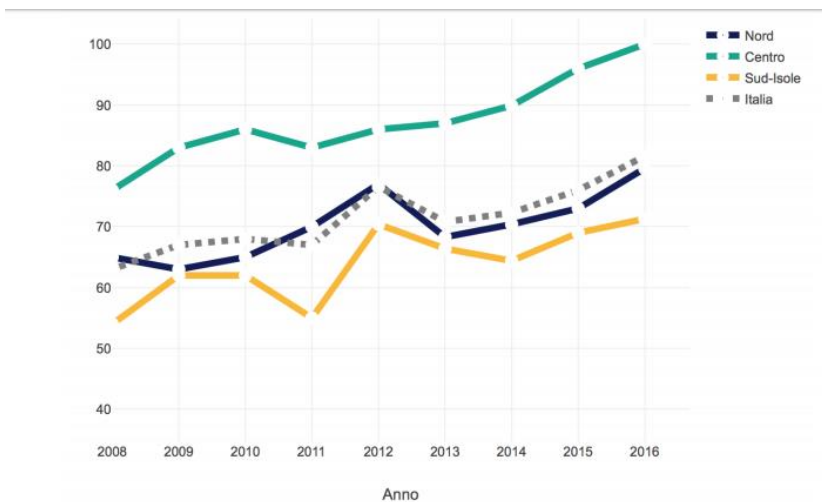
*Fonte: Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto 2017*

### .4.3 Screening cervicale

Il secondo screening organizzato rivolto alla popolazione femminile è quello di prevenzione dei tumori del collo dell'utero (screening cervicale).

Come emerge dalla figura sottostante, si registra nel 2016 un incremento nella copertura (inviti) di questo screening. Ciò è determinato anche dal fatto che si comincia a diffondere l'utilizzo del test dell'HPV, anziché il pap test.

Fig. - Estensione effettiva dello screening cervicale (% delle donne fra 25 e 64 anni di età che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno dal 2008 al 2016)



*Fonte: Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto 2017*

L'adesione, quindi le donne che ricevono l'invito e quindi decidono di effettuare l'esame, subisce delle variazioni territoriali: nel periodo 2015-2016 è più alto al nord (50,9%, con incremento rispetto al biennio precedente), scende al centro (37,8%, con decremento rispetto biennio precedente), si riduce ulteriormente al sud (28%, ma con incremento rispetto al biennio precedente).

**Tabella 4** *Principali indicatori per area geografica*

Anni	Nord		Centro		Sud e Isole	
	2012 2014	2015 2016	2012 2014	2015 2016	2012 2014	2015 2016
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	49,4%	50,9%	38,9%	37,8%	26,6%	28%
Proporzione di pap test inadeguati	2,7%	2,7%	2,4%	1,9%	3,9%	4%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	2,9%	2,3%	2,8%	2,7%	2,8%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS o più grave	16,8%	16,9%	19,3%	17,6%	10,2%	10%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	5,9%	5,9%	5,1%	5,7%	9,8%	10%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	3,7%	4,3%	3,8%	4,3%	2,2%	2,3%

*Fonte: Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto 2017*

Nel 2013 il Ministero della Salute aveva raccomandato alle Regioni la progressiva conversione da Pap test a test Hpv, tenendo conto della necessaria riorganizzazione organizzativa (e non solo).

Al 2016 sono stati 61 i programmi di screening che hanno utilizzato la ricerca del Dna di tipi "ad alto rischio" di papillomavirus umano (Hpv) come test di screening, incrementando significativamente la porzione di donne invitate a

sottoporsi a questo esame negli anni compresi tra il 2012 ed il 2016 (23% nel 2016, 16% nel 2015).

*L'ONS mette in evidenza che "Permangono tuttavia disparità sostanziali tra aree geografiche. In alcune Regioni del Nord c'è stato un avvio tempestivo della conversione, che si attende completa a breve. Di conseguenza, nel 2016 un terzo delle donne del Nord è stato invitato a screening con Hpv e si attende un aumento sostanziale nei prossimi anni. Al contrario, al Sud, la proporzione di invitate al test Hpv rimane sostanzialmente stabile intorno al 9% mostrando che non c'è stato l'avvio di una conversione al di fuori di alcuni programmi pilota (anche regionali) già esistenti. Al Centro, la proporzione di invitate all'Hpv è aumentata dal 4% del 2012 al 25% del 2016, come risultato di una media tra alcune Regioni che hanno avviato tempestivamente la conversione e altre che sostanzialmente non la hanno ancora iniziata"<sup>16</sup>.*

Tab. - Introduzione del test per la ricerca del Dna del papilloma virus umano (Hpv) come test di screening

---

<sup>16</sup> Report ONS 2017

Anno	Area	% di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario §	Adesione al test Hpv
2012	ITALIA	8,1%	42%
	Nord	9,3%	50,7%
	Centro	4%	36,4%
	Sud e Isole	9,2%	30,9%
2013	ITALIA	11,5%	42,3%
	Nord	9,8%	50,7%
	Centro	13,4%	40,3%
	Sud e Isole	12,4%	34,4%
2014	ITALIA	13,1%	47,2%
	Nord	11,3%	49,3%
	Centro	18,8%	45,8%
	Sud e Isole	11,1%	46,4%
2015	ITALIA	16%	50,1%
	Nord	17,6%	52,6%
	Centro	20,4%	51,2%
	Sud e Isole	10,2%	42,3%
2016	ITALIA	22,9%	51,5%
	Nord	32,7%	56,3%
	Centro	24,9%	45%
	Sud e Isole	9%	44,8%

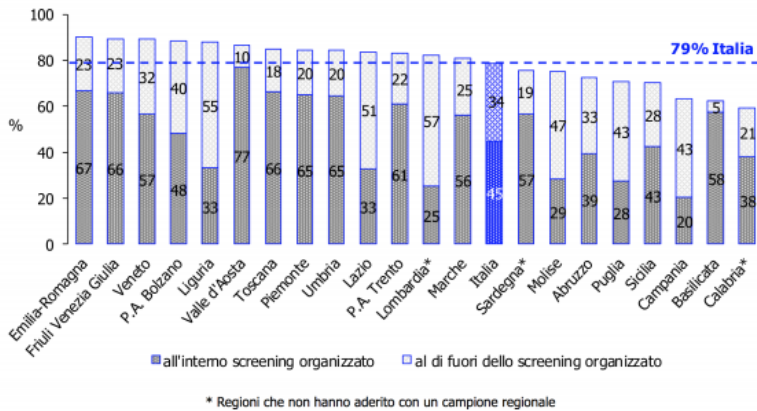
§ tra tutte le invitate a screening cervicale.

*Fonte: Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto 2017*

Osservando la figura che segue, è possibile notare a colpo d'occhio che le donne hanno una maggiore sensibilità nel sottoporsi al pap test, rispetto agli altri due esami utilizzati come test di screening organizzato. Si evidenzia anche che questo esame, al livello nazionale, è quello che viene in maggior proporzione (34%) eseguito al di fuori dei programmi di screening.



**Figura 3. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati (%) donne 25-64enni Passi 2013-15 (n. 43.515)**



Report ONS 2017

25

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto 2017

Le Regioni nelle quali le donne eseguono il test preventivo nei tempi raccomandati sono:

- Oltre il 60%: Valle d'Aosta (77%), Emilia Romagna (67%), Friuli Venezia Giulia e Toscana (66%), Piemonte e Umbria (65%).
- Tra il 59 ed il 45%: Veneto e Sardegna (57%), Basilicata (58%), Marche (56%), PA Bolzano (48%).
- Al di sotto della media nazionale (>45%): Sicilia (43%), Abruzzo (39%), Calabria (38%), Lazio e Liguria (33%), Molise (29%), Puglia (28%).

Le regioni nelle quali il test viene eseguito da più di una donna su due al di fuori dei programmi, sono: Lombardia (57%), Liguria (55%), Lazio (51%).