

Prevenzione sfida per l'equità nelle Regioni

Vaccinazioni nell'anziano e screening organizzati:
valore, risorse e accessibilità

A cura di:

Carla Mariotti, Tonino Aceti, Paolo Del Bufalo, Sabrina Nardi, Maria Pia Ruggieri

SALUTE QUITÀ [®]

© Salutequità, 5 ottobre 2023

Attribuzione: Prevenzione sfida per l'equità nelle Regioni - 2023 - Disponibile su www.salutequita.it

Questo documento è distribuito con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale.

È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte.

Prevenzione sfida per l'equità nelle Regioni

Vaccinazioni nell'anziano e screening organizzati: valore, risorse e accessibilità

PREMESSA	4
COSA CAMBIA CON IL PNPV 2023-2025	10
1. VACCINAZIONI RACCOMANDATE E GRATUITE	16
1.1 Vaccinazioni nell'adolescente: coperture	17
1.2 Vaccinazioni raccomandate nell'anziano	20
1.2.1 Vaccinare gli anziani: coperture e rispetto dei LEA nelle Regioni	21
1.3 Proteggere l'anziano "fragile"	27
1.3.1 Perché anziani fragili e soggetti a rischio dovrebbero vaccinarsi contro l'influenza?	29
2. SCREENING ONCOLOGICI ORGANIZZATI	34
2.1 Prevenzione oncologica e rispetto dei LEA nelle Regioni	36
2.2 Screening e disuguaglianze. I dati della Sorveglianza PASSI	42
2.3 La chiamata attiva per lo screening organizzato	47
2.4 Motivi di mancata esecuzione degli screening organizzati (2021-2022)	50
3. SFIDA DI SANITÀ PUBBLICA PER L'EQUITÀ	53
3.1 Valore della vaccinazione: la prevenzione fa risparmiare	53
3.2 Le gare di acquisto in previsione della stagione influenzale 2023-2024	59
PROPOSTE	64
FONTI DI RIFERIMENTO	68

PREMESSA

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale è organizzato principalmente su tre pilastri: assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale e prevenzione. Il fenomeno delle cure mancate a causa della pandemia ha investito tutti e tre i pilastri e, benché nel 2022 il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) abbia mostrato un progressivo recupero delle prestazioni, i numeri raggiunti rispetto al 2019 evidenziano in media ancora **importanti scostamenti sia nelle prime visite** (-3,4 milioni pari a -15,5%) che in quelle di **controllo** (-5,5 milioni pari a -17%).¹

Per la specialistica ambulatoriale solo la **Toscana** ha completamente recuperato il volume delle prestazioni non effettuate a causa dell'emergenza sanitaria da Covid 19; si avvicinano ai dati del 2019 **Campania** (-1,19%), **Lombardia** (-4,79%), **Basilicata** (-5,98%) e **Lazio** (-4,77%) mentre manca ancora 1 prestazione su 5 in **Calabria** (-20,51%), **Sardegna** (-21,27%), **Valle d'Aosta** (-32,55%) e **P.A. Bolzano** (-45,34%).

Sui **ricoveri ospedalieri** i dati sono ancora più complessi: rispetto al periodo ante Covid ne mancano all'appello 1.200.000 mila da sommare a 1.700.000 del 2020.² Una delle conseguenze del mancato accesso alle visite è stato l'aumento del numero di persone che ha sostenuto interamente una prestazione a proprie spese: sia per le visite specialistiche (2019=37%; 2022=41,8%) che per gli esami strumentali (2019=23%; 2022=27,6%); sempre nel 2022, la percentuale ha subito un incremento di oltre 4 punti rispetto al 2019 in entrambe i casi.³

Guardando alla prevenzione, secondo la Corte dei Conti⁴, anche se *in miglioramento rispetto al 2020, continuano a presentare valori estremamente contenuti gli screening oncologici effettuati nelle regioni in Piano e solo parziale nel 2022 è stato il recupero delle prestazioni non effettuate durante la pandemia. La vaccinazione antinfluenzale per la popolazione anziana, pur aumentata rispetto al 2019, si colloca in tutte le regioni molto al di sotto della soglia richiesta del 75 per cento.*

In questo report Salutequità intende concentrarsi sulla prevenzione approfondendo il tema delle **vaccinazioni raccomandate e gratuite dell'anziano** (vaccinazioni con chiamata attiva, persone di età ≥ 65 anni)⁵ sane o che presentano una o più patologie croniche o versano in condizione di fragilità e degli **screening oncologici organizzati** allo scopo di promuovere l'equità di accesso e il benessere individuale e della comunità. Proprio dalla prevenzione infatti, attraverso azioni e strategie mirate si traggono benefici quali ad esempio l'evitare l'insorgenza di malattie o la comparsa di complicanze di salute, talvolta letali; una migliore qualità di vita oltreché un suo prolungamento; una riduzione del rischio di disabilità a lungo termine.

La prevenzione può aiutare a ridurre le disuguaglianze nella salute, poiché offre a tutti l'opportunità di adottare comportamenti sani e accedere a cure preventive, indipendentemente dallo

¹ AGENAS, Portale statistico. <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=site/public> - Ultimo accesso 22/08/23

² AGENAS, Programma Nazionale Esiti. 2022. <https://pne.agenas.it/> - Ultimo accesso 17/07/23

³ ISTAT, Spese Per Consumi Delle Famiglie. 2022

⁴ Corte dei Conti, Rapporto 2023 sul Coordinamento della Finanza Pubblica. 2023

⁵ ≥ 60 nel caso della vaccinazione antinfluenzale come da PNPV 2023-2025.

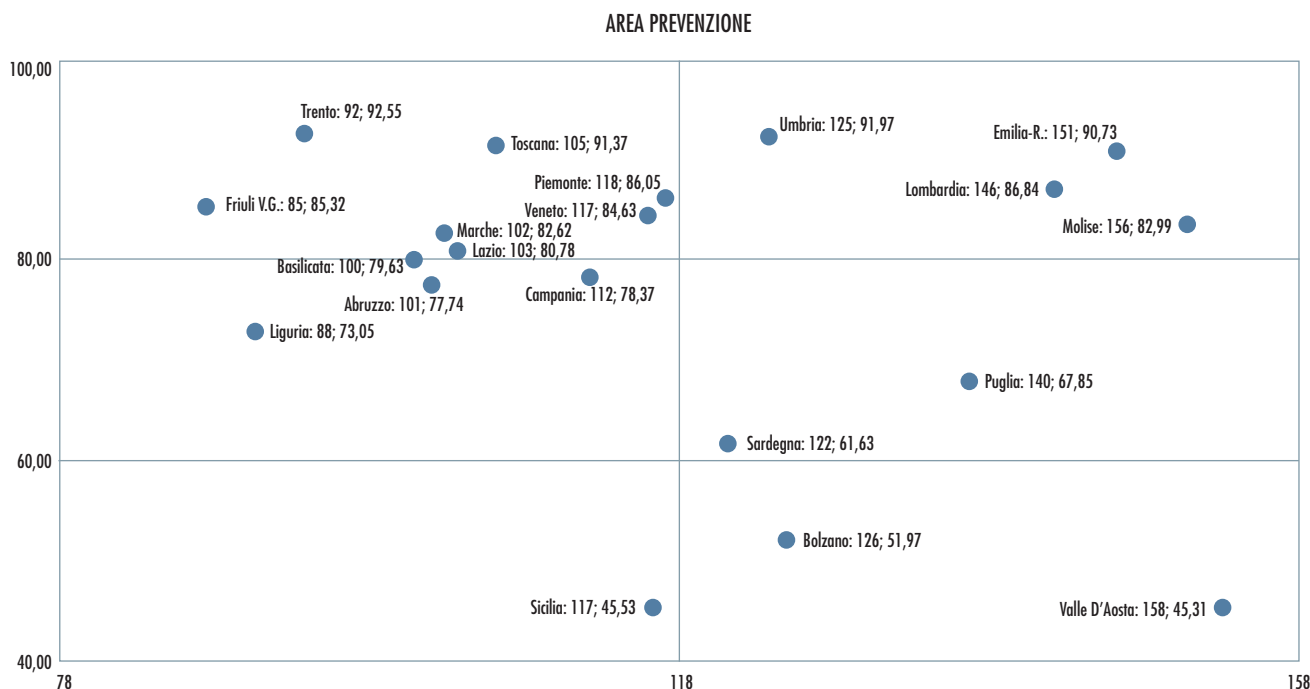
status sociale ed economico e non ultimo, può contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario che sappiamo essere sottoposto a pressioni sempre maggiori a causa dell'invecchiamento della popolazione e delle malattie croniche.

Nonostante ciò, il pilastro della prevenzione appare un'area ancora estremamente vulnerabile (Tab. 1) e il primo obiettivo è quello di rafforzarla.

Tab. 1 - Risultati NSG - Punteggi complessivi Area Prevenzione, anni 2019-2021					
	2021	Differenza tra 2021 e 2020	2020	Differenza con i livelli pre-pandemia	2019
REGIONE	Area Prevenzione	Δ 2021/2020	Area Prevenzione	Δ 2021/2019	Area Prevenzione
Piemonte	86,05	9,97	76,08	-5,67	91,72
Valle d'Aosta	45,31	-28,75	74,06	-26,85	72,16
Lombardia	86,84	24,82	62,02	-5,11	91,95
P.A. Bolzano	51,97	0,07	51,9	-1,81	53,78
P.A. Trento	92,55	4,13	88,42	13,92	78,63
Veneto	84,63	3,89	80,74	-9,5	94,13
Friuli V.G.	85,32	9,69	75,63	4,93	80,39
Liguria	73,05	22,2	50,85	-9,04	82,09
Emilia Romagna	90,73	1,65	89,08	-3,68	94,41
Toscana	91,37	3,24	88,13	0,7	90,67
Umbria	91,97	2,33	89,64	-3,68	95,65
Marche	82,62	3,61	79,01	-6,83	89,45
Lazio	80,78	6,32	74,46	-5,45	86,23
Abruzzo	77,74	23,71	54,03	-4,65	82,39
Molise	82,99	18,78	64,21	6,74	76,25
Campania	78,37	16,84	61,53	-0,51	78,88
Puglia	67,85	1,02	66,83	-13,74	81,59
Basilicata	79,63	22,56	57,07	2,7	76,93
Calabria	52,96	20,23	32,73	-6,94	59,9
Sicilia	45,53	2,09	43,44	-12,65	58,18
Sardegna	61,63	-9,16	70,79	-16,67	78,3

Premesso ciò, si è ritenuto interessante riportare di seguito la relazione che intercorre tra gli aspetti prettamente economico-patrimoniali acquisiti dal modello LA⁶ e gli aspetti qualitativi dei punteggi LEA per la prevenzione (Anno 2021). Il principale obiettivo del modello LA è rilevare *informazioni sui costi sostenuti, a livello aziendale e regionale, per garantire gli specifici livelli e sub-livelli di assistenza ai cittadini assistiti nelle singole aziende e regioni*. Il successivo grafico (Graf. 1) mostra sull'asse delle ascisse (x) i costi sostenuti e su quello delle ordinate (y) i punteggi LEA/NSG, a partire dal punteggio più basso per arrivare a quello più alto.

Graf. 1 - Lea - Area prevenzione - Anno 2021



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Openbdap "Modello LA consolidato regionale", aggiornamento al 19 maggio 2023, e "Monitoraggio dei Lea attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia - Metodologia e risultati dell'anno 2021", maggio 2023; importi in euro (rielaborazione grafica Salutequità)

⁶ Cfr. Corte dei Conti, Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni/province autonome - Esercizi 2019-2022. Anno 2023

Nel primo quadrante in alto a sinistra si collocano le 7 regioni che sopportano costi minori ottenendo punteggi LEA più elevati. Tra queste: P.A. di Trento, Toscana, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Marche e Lazio.

Nell'ultimo quadrante in basso a destra si situano 3 Regioni che per l'erogazione dei LEA sostengono i costi maggiori a fronte di una valutazione inferiore alla soglia della sufficienza. Tra queste: P.A. di Bolzano, Sicilia e Valle d'Aosta.

Le restanti regioni, ad eccezione della Calabria (dato contabile non disponibile e punteggio LEA <60) si distribuiscono in quadranti diversi da quelli appena riportati.

Per una lettura più intuitiva si riporta anche la tabella dell'area prevenzione 2021 con il dato pro capite regionale (Tab. 2).⁷ Da questa e poi tornando al grafico 1 ad esempio si può evincere come Umbria, Emilia Romagna, Lombardia e Molise, pur sostenendo importanti costi per la prevenzione, ottengono una valutazione di molto superiore alla soglia di adempienza. O ancora, Puglia e Sardegna, a fronte di costi importanti sostenuti, superano di poco la soglia di adempienza (rispettivamente 67,85 e 61,63).

⁷ Ibidem

Tab. 2 - Area prevenzione – Anno 2021

REGIONE	Totale importo voce contabile	Popolazione	Pro capite	Punteggio NSG
Valle d'Aosta	19.598.913	124089	158	45,31
Molise	45.809.235	294294	156	82,99
Emilia-Romagna	668.657.616	4441353	151	90,73
Lombardia	1.458.351.135	9.981.554	146	86,84
Puglia	549.301.405	3.933.777	140	67,85
P.A. Bolzano	67.619.712	534.912	126	51,97
Umbria	108.082.601	865.452	125	91,97
Sardegna	194.481.702	1.590.044	122	61,63
Piemonte	503.406.098	4.274.945	118	86,05
Sicilia	564.975.474	4.833.705	117	45,53
Veneto	567.376.437	4.869.830	117	84,63
Campania	631.475.631	5.624.260	112	78,37
Toscana	389.231.926	3.692.865	105	91,37
Lazio	588.697.866	5.730.399	103	80,78
Marche	152.188.036	1.495.820	102	82,62
Abruzzo	128.955.919	1.281.012	101	77,74
Basilicata	54.297.001	545.13	100	79,63
P.A. Trento	49.676.396	542.166	92	92,55
Liguria	133.952.607	1.518.495	88	73,05
FVG	101.697.211	1.201.510	85	85,32
Calabria	n.d.	1.860.601	n.d.	52,96

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Openbdap "Modello LA consolidato regionale", aggiornamento al 19 maggio 2023, e "Monitoraggio dei Lea attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Metodologia e risultati dell'anno 2021", maggio 2023; importi in euro

Attraverso questo documento si è cercato dunque di mettere in evidenza alcune iniquità che caratterizzano il nostro Paese: si tratta di disuguaglianze non giustificate nell'accesso alla prevenzione e di importanti disparità che andrebbero superate e considerate illegittime anche dal punto di vista etico e sociale.

Più nel dettaglio, la **vaccinazione raccomandata e gratuita nell'anziano**, nell'adolescente e nelle persone con **patologia cronica** o in condizione di particolare **fragilità** sono gli ambiti che si intendono rafforzare⁸ approfondendo, in particolar modo, il ruolo delle Regioni nell'affrontare la sfida della prevenzione ed intercettando modalità per superare le difficoltà regionali attualmente esistenti, tanto più ora che la Conferenza Stato-Regioni ha raggiunto l'intesa sul **Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025** ed è stata sciolta la "questione" delle risorse economiche necessarie alle Regioni per attuarlo.⁹

Al contempo si vuole contribuire a modificare l'impatto che il Covid-19 ha avuto sull'assistenza oncologica, mettendo in evidenza strategie e strumenti in grado di garantire la piena adesione ai programmi di screening, e uno spaccato sui tempi di attivazione dei percorsi di presa in carico del paziente in caso di diagnosi precoce.

Tale impegno è quindi mosso dalla consapevolezza che **vaccinazione e diagnosi precoce** generano benefici intesi come capacità di ridurre l'impatto economico-sociale e limitano il rischio di mortalità, ricovero, incidenza delle complicanze e resistenza agli antibiotici.

Basti pensare ai diversi **studi di farmaco-economia** secondo cui la prevenzione può ridurre i costi legati alle cure mediche; prevenire una malattia o rilevarla precocemente è spesso più economico rispetto a trattarla in fasi avanzate ed ancora, al nuovo PNPV 2023-2025 che tra le diverse novità ha previsto il costante aggiornamento del Calendario Vaccinale, un maggiore impegno sulla comunicazione e la promozione di interventi nei gruppi di popolazione a rischio oltretutto in quelli difficilmente raggiungibili. Premesso ciò l'accesso alle vaccinazioni da parte della popolazione anziana (a rischio o che versa in condizione di fragilità) e agli screening oncologici organizzati rappresenta una sfida di sanità pubblica per l'equità il cui "guanto lanciato" deve essere raccolto da quei contesti regionali e aziendali ove insistono disuguaglianze particolarmente pronunciate ed esiti di salute estremamente differenti sui destinatari degli interventi.

⁸ Cfr. Salutequità: 11° Report "Vaccinazioni ed equità: focus su meningococco in età adolescenziale"; 10° Report "Prevenzione per l'equità. Le campagne vaccinali antinfluenzali nelle persone anziane fragili" e

⁹ Report "Equità di accesso in oncologia" - <https://salutequita.it/chi-siamo/report/>

⁹ Repertorio atto n. 193/CSR, 02/08/23. "All'attuazione della presente intesa si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, ferma restando l'attivazione del monitoraggio previsto nel Piano, ivi compreso il monitoraggio della spesa, funzionale ad assicurare le successive valutazioni politiche del Governo, in ordine comunque alla congruità delle risorse a disposizione e per valutare la possibilità di reperire ulteriori risorse in caso di eventuali maggiori costi. Alla ripartizione del finanziamento degli eventuali maggiori costi vaccinali accedono tutte le regioni e le province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente".

COSA CAMBIA CON IL PNPV 2023-2025

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni lo scorso 2 agosto 2023 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n° 194/2023.¹⁰ Tra gli obiettivi vi sono il mantenimento dello status polio-free, l'eliminazione di morbillo e rosolia (coperture per le vaccinazioni pediatriche) e il rafforzamento della prevenzione del cancro della cervice uterina, aumentando la protezione degli adolescenti contro il papilloma virus (HPV).

Per la prima volta il **calendario vaccinale** viene svincolato dal PNPV e sarà aggiornato in base ai futuri scenari epidemiologici, alle evidenze scientifiche e alle innovazioni in campo biomedico; un cambiamento importante perché in questo modo, nuove vaccinazioni potranno essere introdotte in tempi più rapidi sulla base di valutazioni di HTA, dell'epidemiologia, delle evidenze scientifiche e delle innovazioni frutto del progresso scientifico. Resta tuttavia aperta la mancata definizione di una metodologia che lo renda concretamente uno strumento agile: non è infatti chiaro il **meccanismo istituzionale** che permetterà ad ogni aggiornamento, un rapido allineamento del calendario vaccinale da parte delle Regioni.

Lo stesso PNPV tra le criticità registrate, sottolinea infatti la **necessità di revisione e aggiornamento dei LEA** per permettere l'inclusione degli aggiornamenti del calendario vaccinale e dei relativi indicatori di copertura nei livelli essenziali di assistenza, garantendo così il diritto del cittadino a fruire di tutte le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale.

Altrettanto importante è l'accento posto sulla **cultura della prevenzione e sulla comunicazione** da rivolgere sia alla popolazione sia ai professionisti sanitari e la promozione di interventi nei gruppi di **popolazione ad alto rischio per patologia**, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente.

Quest'ultimo aspetto si lega fortemente all'attenzione riposta anche sui **gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale ai fini della riduzione delle disuguaglianze e del raggiungimento e mantenimento delle coperture vaccinali target**. Per fare ciò, andrà tenuto di conto che le campagne basate sull'offerta vaccinale limitata a persone con fattori di rischio sono purtroppo sistematicamente fallite.¹¹

La vera sfida per l'equità nelle regioni sarà puntare sia sul **personale sanitario**, compreso quello fino ad ora non direttamente coinvolto nell'atto vaccinale, sia su strumenti di intervento studiati con l'obiettivo di **promuovere l'educazione e la consapevolezza** alla vaccinazione, l'adesione e la comunicazione nella popolazione (es. anziani=pubblico target).¹²

¹⁰ Gazzetta Ufficiale del 21/08/23 - G.U. Serie Generale.

¹¹ Bonanni P., Gasparini R., Greco D. et al., Abbassamento dell'età di raccomandazione della vaccinazione anti-influenzale a 60 anni: una scelta per la salute e per l'economia del Paese. 2015.

¹² Nella popolazione adulta le campagne di comunicazione dovrebbero basarsi su messaggi positivi capaci di "smuovere l'interesse" anche dei soggetti fragili e di quelli a rischio; utilizzare un approccio partecipativo per circoscrivere lo scetticismo nei confronti dei vaccini e l'esitazione vaccinale. Tra gli strumenti da privilegiare con gli over 60 rientrano lo spot televisivo piuttosto che il post sui social network o ancora lo spot radiofonico o opuscoli/manifesti da rendere disponibili presso le farmacie, gli studi medici di medicina generale, ambulatori specialistici e ospedali.

Rispetto all'investimento sul personale sanitario, fondamentale sarà il contributo da parte del Ministero della Salute nell'impegnarsi a definire e **varare gli standard quali/quantitativi dei Dipartimenti di Prevenzione** al fine di rendere equa ed omogenea l'offerta alla vaccinazione e nonostante il PNPV contenga sul punto un velato richiamo nella parte delle criticità riscontrate, quando affronta la questione delle *difficoltà nell'organizzazione e gestione del processo vaccinale, inclusa la registrazione delle vaccinazioni effettuate sul territorio nazionale*.

Considerabile è anche l'indicazione al completamento di ogni **Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR)** e la messa a sistema di quella nazionale (AVN); dall'interoperabilità di ogni singola AVR con l'AVN dipenderanno non solo la pianificazione delle campagne vaccinali e la programmazione dei fabbisogni di vaccini ma soprattutto la tempestiva raccolta dei dati sulle vaccinazioni effettuate e il loro monitoraggio.

Infine, sebbene nel Piano **il monitoraggio degli obiettivi del PNPV sia una parte rilevante** della stessa strategia di implementazione, a questo viene dedicato solo un brevissimo paragrafo ove si evidenzia la necessità di tenere conto degli indicatori già presenti nel PNP e nei LEA e di istituire una **Cabina di Regia** presso la Direzione Generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute, pur in assenza di riferimenti sui tempi di avvio e chiusura/permanenza dei lavori.

Entrando invece più nello specifico, con il PNPV 2023-2025 si supera l'uso discrezionale da parte delle regioni tra il vaccino Men C e il tetravalente Men ACYW nella fascia pediatrica (12° mesi) mentre per garantire il diritto alla salute degli anziani (malati cronici e fragili), **si raccomanda per la prima volta la vaccinazione antinfluenzale negli adulti a partire dai 60 anni** (Tab. 3).

Tab. 3 - Vaccinazione antinfluenzale negli adulti a partire dai 60 anni

Da molti anni in Europa e nel mondo diversi Paesi hanno abbassato a 60 (o 50 anni) l'età per la raccomandazione della vaccinazione antinfluenzale. L'Italia si allinea con un discreto ritardo se solo si considerano evidenze datate che hanno ampiamente dimostrato come nei Paesi ove la soglia di età è stata abbassata si sia registrato un trend in crescita delle coperture vaccinali nella popolazione adulta. Con questa strategia infatti è stato possibile intercettare una quota di persone con patologia cronica o in condizione di fragilità che normalmente è più difficile da raggiungere, facendo leva sulla sola identificazione delle condizioni di rischio.

Più in generale si tratta di un PNPV fortemente atteso dagli addetti ai lavori e sul quale è stata espressa soddisfazione tuttavia, al fine di contribuire concretamente a invertire la tendenza di alcuni obiettivi di copertura mai raggiunti, le regioni e le ASL dovranno mettere mano ad **aspetti organizzativi**, determinando quali hanno funzionato e quali no, risolvendo quelli che hanno impedito il raggiungimento degli obiettivi di copertura.¹⁴

Si guarda dunque verso un evoluto modello organizzativo basato sulla collaborazione ed integrazione tra professionisti sanitari; nulla di concorrenziale, piuttosto una volontà a concretizzare migliori obiettivi di copertura vaccinale (Tab. 4).

Questo richiede da un lato una revisione del processo con azioni condivise a monte e non a valle, del supporto organizzativo ed operativo di MMG, Infermieri, Medici specialisti e Ospedalieri, farmacisti e dall'altro un impegno etico e professionale degli operatori sanitari allo scopo di raggiungere il target e garantire massima informazione e il completo diritto alla salute.

È quindi evidente che per "dare gambe" al PNPV 2023-2025 le regioni dovranno favorire e poter contare su una efficace integrazione tra i diversi professionisti sanitari, spingendo in particolar modo sul completo funzionamento/utilizzo dell'Anagrafe Vaccinale Regionale e del FSE e sulla possibilità quindi che ogni professionista sia nelle condizioni di poter visionare/aggiornare lo stato vaccinale dei pazienti.

¹⁴ A livello nazionale, tra gli aspetti ostacolanti si segnala la mancanza degli standard quali/quantitativi di personale che ad oggi non sono nemmeno stati definiti.

Tab. 4 - Raggiungere migliori obiettivi di copertura: professionisti e ampliamento dell'offerta vaccinale negli anziani, nella popolazione ad alto rischio per patologia e nei fragili

Studio medico e Medico di Medicina Generale (MMG)	<p>La maggior parte degli anziani offerisce presso lo studio del MMG, mentre i fragili o i non autosufficienti possono da questo essere raggiunti a domicilio. Il MMG conosce il paziente e la sua storia clinica, dispone dell'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (o a particolari software) dei propri assistiti ed è in grado di identificare precocemente coloro che appartengono alle categorie a rischio, coloro che ne entrano a far parte e coloro nei quali si manifesta lentamente una condizione di fragilità. Infine il MMG è anche il professionista sanitario che può proporre e procedere alla co-somministrazione (es. antinfluenzale + pneumococcica nell'anziano).</p>
Domicilio del paziente e Infermiere	<p>L'infermiere di famiglia e comunità così come gli infermieri che svolgono attività nei distretti e all'interno dell'ADI contribuiscono efficacemente a rendere la popolazione consapevole sull'utilità e sicurezza della pratica vaccinale, svolgendo interventi di informazione, formazione ed educazione sanitaria nei confronti di pazienti e famiglie. Come accaduto per la somministrazione a domicilio dei vaccini anti SARS-CoV2, questi professionisti potrebbero essere determinanti nell'immunizzare in futuro anziani, pazienti cronici e fragili.</p>
Territorio, Medici specialisti e PDTA	<p>Gli specialisti che hanno in carico soggetti affetti da diabete, cardiopatie, BPCO, insufficienza epatica, insufficienza renale, malattie autoimmuni, ematologiche, oncologiche dovrebbero raccomandare la vaccinazione durante le visite di controllo. Per fare ciò andrebbero rivisti i PDTA delle patologie afferenti all'elenco di Persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati ad esempio all'influenza.</p> <p>Un recente studio¹⁵ ha analizzato il database "PDTA Net" (periodo 2008-2019) evidenziando che nelle Regioni italiane, nonostante le raccomandazioni del PNPV, sussistono ancora importanti carenze nell'adozione di percorsi condivisi per la gestione dei pazienti con BPCO e asma. Il ruolo attribuito alle vaccinazioni all'interno di questi PDTA è infatti limitato e poco aggiornato rispetto all'offerta prevista dal PNPV.</p>
Ospedali e Medici Ospedalieri	<p>Il ricovero ospedaliero andrebbe considerato un'opportunità di contatto durante la quale i diversi professionisti sanitari svolgeranno un ruolo cruciale nell'informazione, nella comunicazione e nella facilitazione dell'attivazione del percorso di vaccinazione del paziente, nonché di possibile esecutore della vaccinazione. Alcuni reparti ospedalieri, quale Medicina Interna, spesso sovraccollati a causa delle complicanze dell'influenza, dovrebbero essere primariamente presi in considerazione.</p>
Farmacia di comunità e farmacisti	<p>Durante la pandemia da SARS-CoV-2 le farmacie di comunità sono state direttamente coinvolte nella somministrazione della vaccinazione contro il Covid-19. Attualmente il DM77 ha riconosciuto alle farmacie il ruolo di presidio sanitario ove è possibile sottoporsi anche alla vaccinazione antinfluenzale¹⁶ allo scopo di irrobustire la prossimità, la capillarità e la tempestività dei servizi di vaccinazione.</p>

¹⁵ Prato R., Martinelli D., Calabria S. et al., La vaccinazione dei pazienti con BPCO e Asma nei PDTA in Italia: gap da colmare e prospettive future. 2023

¹⁶ L'adesione da parte delle farmacie di comunità è su base volontaria e previa frequenza e superamento di un corso di formazione organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Secondo il Rapporto OSMED 2022, da una panoramica sugli accordi per la DPC nelle regioni italiane – focus sulla Farmacia dei Servizi, **14 regioni hanno dichiarato di avere attivato la Farmacia dei Servizi...**¹⁷ si aggiunge la regione Marche in cui il servizio è in corso di attivazione (Tab. 5); diversi i servizi diffusi: tra questi risultano la vaccinazione Sars-Cov-2 e la vaccinazione antinfluenzale.

Tab. 5 – Riferimento alla Farmacia dei Servizi/Comunità negli accordi regionali¹⁸

REGIONE	Totale importo voce contabile	Popolazione	Pro capite
Piemonte	SI	NO	//
Valle d'Aosta	SI	SI	€7,16
Lombardia	SI	SI	€6,16
P.A. Bolzano	SI	NO	//
P. A. Trento	Servizio non attivo	//	//
Veneto	SI	SI	€6,16+€200 una tantum a raggiungimento target differenziato per tipologia/fatturato SSN farmacie
FVG	SI	SI	Somministrazione della vaccinazione anti SARSCov2 e vaccinazione antinfluenzale: €10 (+IVA) - somministrazione quale somma di €6,16/inoculo + €3,84 per gli adempimenti
Liguria	SI	NO	//
Emilia Romagna	SI	SI	€ 10,40 euro + IVA
Toscana	Servizio non attivo	//	//
Umbria	SI	**	//
Marche	Servizio in corso di attivazione	//	//
Lazio	SI	SI	€6,16 IVA INC.
Abruzzo	N.D.	N.D.	//
Molise	SI	Attività di acquisizione, fornitura e distribuzione dei vaccini antinfluenzali per >65 e <65	Campagna vaccinale antinfluenzale 20 - 21 €100+IVA una tantum a farmacia & €0,50+IVA a vaccino erogato dalla farmacia

¹⁷ AIFA, Rapporto OSMED 2022, Anno 2023

¹⁸ Ibidem, Trattandosi di accordi periodicamente rivisitati, risulta fondamentale aggiornare costantemente i risultati.

REGIONE	Totale importo voce contabile	Popolazione	Pro capite
Campania	SI	N.D.	//
Puglia	SI	NO (in fase di definizione in Commissione Regionale)	100
Basilicata	Servizio non attivo	//	//
Calabria	SI	SI	1.Somministrazione della vaccinazione anti-SARS-Cov-2 e antinfluenzale: € 12+IVA. 2.Somministrazione dei vaccini antinfluenzali: € 7,66+IVA.
Sicilia	Servizio non attivo	//	//
Sardegna	SI	NO	//

Fonte: Salutequità su dati AIFA - Rapporto OSMED 2022. Anno 2023

** dal 10 novembre 2022 si somministra anche l'antinfluenzale (integrazione alla fonte AIFA)

1. VACCINAZIONI RACCOMANDATE E GRATUITE

Le vaccinazioni raccomandate e gratuite sono parte integrante delle politiche di prevenzione dalle malattie e hanno l'obiettivo di ridurre la diffusione di infezioni e proteggere la salute pubblica.

Queste si rivolgono a target organizzati in diverse classi di età (Fig. 1) o a gruppi di popolazione.

Fig. 1 - Calendario Nazionale Vaccinale per età

	2 mesi	3 mesi	4 mesi	5 mesi	6 mesi	10 mesi	12 mesi	14 mesi	5 anni	11 anni	13 anni	18-59 anni	50-64 anni	60 anni	65 anni	66 anni e più
Esavalente: Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus influenzae di tipo b (DTaP-IPV-HBV-Hib)																
Rotavirus (RV)	i															
Pneumococco coniugato (PCV)																ii
Meningococco B (MenB)								iii								
Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella (MPRV o MPR+V)							iv									
Meningococco ACWY (MenACWY)							v									
Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite (DTaP-IPV/dTpa-IPV)									vi		vii					
Papillomavirus (HPV)										viii						
Difterite, Tetano, Pertosse adulto (dTpa)												ix				
Influenza (FLU)*						x								xi		
Herpes Zoster (HZV)																xii
Pneumococcico polisaccaridico 23-valente (PPSV23)																xiii

Le colonne fino a 13 anni si riferiscono a singoli accessi, considerando quindi le relative co-somministrazioni.

Vaccinazione raccomandata per età

Nota Bene: i mesi e gli anni di vita si intendono compiuti. Esempi: la prima dose DTaP-IPV-HBV-Hib può essere offerta a partire da 2 mesi compiuti, ovvero a partire dal 61° giorno di vita; la dose di richiamo DTaP-IPV-HBV-Hib a 10 mesi, ovvero a partire dal 301° giorno di vita, ecc.

Fonte: Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025, 20 marzo 2023

¹⁹ Salutequità, Vaccinazioni ed equità: focus su meningococco in età adolescenziale. 2022 - https://salutequita.it/wp-content/uploads/2023/02/Report_Salutequita-su-vaccinazione_adolescenti_focus-meningococco_final-x-sito.pdf

Salutequità lo scorso dicembre 2022 ha affrontato il tema delle vaccinazioni rivolte agli adolescenti nel report "Vaccinazioni ed equità: focus su meningococco in età adolescenziale"¹⁹ suggerendo tra le diverse proposte di:

1. Esplicitare chiaramente il **mantenimento della gratuità** nel tempo per i beneficiari che avessero perso o differito la vaccinazione – anche a causa della pandemia da Covid 19 – in modo vincolante su tutte le Regioni;
2. Incardinare il **ruolo della scuola** nei processi e nei percorsi di promozione della salute e nell'effettuazione di interventi mirati di prevenzione...;
3. Prevedere nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA anche **indicatori legati alle vaccinazioni non obbligatorie**, tra cui quelle per gli adolescenti..., spingendo in questo modo le regioni al raggiungimento dell'obiettivo di copertura fissato dal PNPV in vigore.
4. Definire e varare gli **standard quali/quantitativi di personale** dei Dipartimenti di Prevenzione anche al fine di rendere equa ed omogenea l'offerta alla vaccinazione.

1.1 Vaccinazioni nell'adolescente: coperture

Nella fase discendente del Covid-19, il Ministero della Salute²⁰ individuava due vaccinazioni per gli adolescenti tra quelle prioritariamente da recuperare:

1. Prima dose **HPV** in entrambi i sessi (11 anni nel più recente PNPV);
2. Meningococco **ACWY** che nel precedente PNPV era raccomandato nella fascia 12-18 anni oppure nella fascia 12-14, se mai vaccinati in precedenza o già immunizzati nell'infanzia con MEN C o MEN ACWY.

Nel 2021 le coperture per queste due vaccinazioni si presentavano come nella seguente tabella (Tab. 6). Per una disamina delle coperture sul **MEN ACWY** negli adolescenti si rimanda al report di Salutequità già citato.²¹

²⁰ Cfr. Ministero della Salute, Circolare n° 0025631 del 30/07/2020

²¹ Cfr. nota 19

Per l'**HPV** invece la copertura vaccinale nazionale nelle ragazze (coorte 2009 - 12 anni nel 2021) era del **32,22%**, praticamente solo 1 ragazza su 3 aveva ricevuto un ciclo completo. La prima dose era stata invece ricevuta da 1 ragazza su 2 (**53,02%**).

Nei ragazzi (coorte 2009 - 12 anni nel 2021) la vaccinazione contro l'HPV - ciclo completo - era ferma al **26,75%**. La prima dose era stata invece ricevuta da meno di 1 ragazzo su 2 (**45%**).

Scorrendo i dati delle coperture relative agli anni precedenti, in generale, guardando all'anno 2021, si osserva un progressivo lieve miglioramento anche se nessuna regione ha raggiunto l'obiettivo del 95% come da PNPV 2017-2019.

Per l'HPV solo **9 regioni hanno vaccinato con prima dose almeno 1 ragazzo su 2**; per le restanti 12 il quadro mostra:

Maschi vaccinati contro HPV in:

- Prov. Aut. Bolzano e Friuli-Venezia Giulia circa 1 ragazzo su 10;
- Campania 1 su 5;
- Veneto, Marche, Lazio, Abruzzo, Sicilia e Sardegna circa 1 su 3;
- Liguria, Molise e Basilicata circa 2 su 5.

Femmine vaccinate contro HPV in:

- Prov. Aut. Bolzano e Friuli-Venezia Giulia circa 1 su 5;
- Sicilia e Sardegna poco più di 1 su 3;
- Veneto, Marche, Lazio, Abruzzo e Campania circa 2 su 5.

Tab. 6 - Coperture 2021 su vaccinazioni prioritarie individuate dal Ministero della Salute come da Circolare n° 0025631 del 30/07/2020

REGIONE	Anno 2021 Coorte 2005 16 anni		Anno 2021 Coorte 2003 18 anni		Anno 2021 Coorte 2009 HPV per (solo maschi)		Anno 2021 Coorte 2009 HPV (solo femmine)	
	MEN C	MEN ACWY	MEN C	MEN ACWY	HPV % vaccinati con almeno 1 dose	HPV % vaccinati con ciclo completo	HPV % vaccinate con almeno 1 dose	HPV % vaccinate con ciclo completo
Piemonte	74,52	66,85	87,23	77,42	51,24	35,99	56,95	39,95
Valle d'Aosta	85,59	80,99	83,65	82,25	54,07	15,66	62,91	19,87
Lombardia	79,46	66,09	84,71	80,83	62,39	34,52	65,88	37,42
P. A. Bolzano	16,23	32,17	11,64	59,92	15,67	8,01	19,52	9,67
P. A. Trento	84,69	82,18	85,40	84,82	64,02	56,98	68,82	61,68
Veneto	87,71	81,02	77,76	86,45	34,77	10,58	37,76	11,86
FVG	3,03	83,45	2,32	75,35	15,91	4,79	18,20	5,24
Liguria	68,03	62,82	54,56	61,1	46,66	29,39	59,14	39,41
Emilia-Rom.	93,15	87,26	90,02	87,35	64,39	43,39	68,69	47,42
Toscana	52,48	30,41	17,44	15,05	58,31	45,43	68,92	57,22
Umbria	90,32	11,82	88,39	51,4	75,76	48,93	76,72	52,17
Marche	58,73	62,63	49,16	73,64	30,83	14,89	39,31	19,30
Lazio	69,14	57,69	57,26	52,1	32,42	16,33	47,22	25,12
Abruzzo	35,02	52,99	27,61	51,91	31,03	20,92	44,39	30,82
Molise	55,57	38,23	36,01	45,39	43,30	28,10	53,48	33,24
Campania	35,23	30,36	29,37	32,51	23,47	12,87	41,72	23,87
Puglia	0	77,39	0	76,17	61,22	36,21	69,08	43,27
Basilicata	73,09	74,15	26,99	87,22	44,62	27,61	51,90	35,03
Calabria	45,75	41,24	48	32,83	50,60	36,18	49,85	35,14
Sicilia	32,69	34,26	26,52	46,35	27,61	17,42	35,84	20,59
Sardegna	71,58	51,97	61,91	51,81	29,86	16,33	37,78	17,64
Italia	58,95	58,5	53,47	62,22	45,00	26,75	53,02	32,22

 Regioni che hanno vaccinato meno di 1 persona su 2 contro HPV

Fonte: Salutequità su rielaborazione dati Ministero della Salute

1.2 Vaccinazioni raccomandate nell'anziano

Le vaccinazioni sono uno strumento fondamentale per proteggere la salute degli anziani e prevenire malattie che potrebbero avere conseguenze più gravi per questo gruppo di popolazione. In Italia le vaccinazioni raccomandate e gratuite per gli anziani sono tre²²:

1. Vaccinazione anti-influenzale

Per le persone dai 60 anni in su.²³ Gli anziani sono più suscettibili alle complicanze dell'influenza, quindi è raccomandato che ricevano il vaccino antinfluenzale ogni anno, indipendentemente dalla presenza di particolari situazioni di rischio, secondo le indicazioni fornite annualmente con Circolare del Ministero della Salute.

Per le persone di 65 anni sono raccomandate e gratuite:

2. Vaccinazione pneumococcica

Questo vaccino protegge contro le infezioni da batteri pneumococcici che possono causare polmonite, meningite e altre malattie gravi. È raccomandato in particolare agli anziani se versano in condizioni mediche preesistenti che li pongono a rischio di infezioni respiratorie (es. BPCO).

3. Vaccinazione contro l'Herpes Zoster (HZ)

Questo vaccino protegge dagli episodi comunemente conosciuti come Fuoco di Sant'Antonio e dalle complicanze frequenti e associate, come la nevralgia post-erpetica.

Le vaccinazioni offrono agli anziani numerosi **benefici per la loro salute** e benessere: garantiscono protezione da malattie gravi e aiutano a rafforzare il sistema immunitario, riducendo il rischio di sviluppare complicanze gravi.

Nell'anziano queste permettono inoltre di ridurre notevolmente il **rischio di ospedalizzazione, disabilità a lungo termine e morte** causate da queste malattie o dalle loro complicanze; contribuiscono a creare una barriera di protezione che riduce la diffusione delle malattie infettive all'interno della propria comunità, consentendo loro di rimanere attivi e godere di buona salute.

Gli anziani possono **ricevere le vaccinazioni** raccomandate dal proprio **Medico di Medicina Generale**, presso i **Centri Vaccinali della ASL** di appartenenza, nelle **Farmacie** (in queste ultime, delle tre vaccinazioni appena menzionate, si può ricevere solo l'antinfluenzale), nelle **strutture sanitarie pubbliche** come le **Case di Cura** e le **Residenze Assistenziali** e al proprio **domicilio**.

²² Ministero della Salute, Vaccinazioni Persone di età ≥ 60 anni - <https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4810&area=vaccinazioni&menu=fasce>

²³ Prima dell'intesa sul PNPV 2023-2025 la soglia per tutte le vaccinazioni raccomandate e gratuite nell'anziano era ≥65 anni.

Vaccinazione anti COVID-19 – Circolare ministeriale del 14 agosto 2023

Il Ministero della Salute attraverso la Circolare n°25782 ha dato indicazioni rispetto alla vaccinazione anti-Covid rivolta alla popolazione anziana. In estrema sintesi, alla campagna antinfluenzale della stagione 2023-2024 sarà affiancata la campagna nazionale di vaccinazione anti COVID-19 con l'utilizzo di una nuova formulazione di vaccini a mRNA e proteici. Tra gli obiettivi della campagna nazionale c'è *quello di prevenire la mortalità, le ospedalizzazioni e le forme gravi di COVID-19 nelle persone anziane e con elevata fragilità...*

Tale vaccinazione viene inoltre consigliata a familiari e conviventi di persone con gravi fragilità.

1.2.1 Vaccinare gli anziani: coperture e rispetto dei LEA nelle Regioni

La copertura vaccinale è di per sé l'indicatore più idoneo per verificare la capacità delle regioni di offrire attivamente la vaccinazione. Considerato che tutte le vaccinazioni indicate nel PNPV vigente sono da intendersi come Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e che in Italia da diversi anni si registra un progressivo invecchiamento della popolazione, ci si aspetterebbe di poter disporre di uno specifico indicatore di monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) capace di restituire cosa accade per tutte le vaccinazioni rivolte all'anziano.

Lo stato dell'arte invece è questo: per la **vaccinazione antinfluenzale nell'anziano** il **NSG** si avvale dell'indicatore "no core"²⁴ **P06C** (Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano) mentre per gli anziani (≥ 65 anni) vaccinati **contro lo Pneumococco e l'Herpes zoster (HZ)**, non esiste alcun indicatore di misurazione.

In realtà, la vaccinazione "pneumococcica" è richiamata dall'indicatore "no core" **P03C** ma ad essere misurato è il rapporto percentuale tra numero di soggetti **entro i 24 mesi di età...** e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita.

Le informazioni sulla vaccinazione nell'anziano si perdono quindi in una "zona grigia": a livello nazionale le coperture contro lo pneumococco e l'HZ non vengono pubblicate forse perché non disponibili/incomplete e tale assenza si porta automaticamente dietro l'impossibilità di disporre di un indicatore di monitoraggio dei LEA e di procedere a comparazioni e interventi mirati.

²⁴ Si tratta di un indicatore non funzionale all'assegnazione del punteggio Lea alle Regioni ovvero un indicatore che non è parte integrante del sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le Regioni.

In generale è ufficiosamente risaputo che le coperture dello Pneumococco e dell'Herpes zoster (HZ) nell'anziano sono di molto inferiori all'obiettivo prefissato dal precedente PNPV (2017-2019), rispettivamente del 75% e 50%.

I dati sulle dosi di vaccino antinfluenzale rivolte alla popolazione target (obiettivo minimo perseguibile=75%, obiettivo ottimale per >65 anni e gruppi a rischio=95%) sono invece da anni raccolti nel **portale InFluNet** dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS); questo nella stagione 2023-2024 sarà sostituito, molto probabilmente, dall'implementazione dell'AVN per i vaccini antinfluenzali; le Regioni teoricamente continueranno ad inserire i dati relativi al numero di dosi somministrate distinte per fascia di età, target e tipologia di vaccino.

A differenza delle altre due vaccinazioni, attraverso le informazioni del portale è stato possibile osservare come nella **stagione 2020-2021** si sia registrata la percentuale di copertura più alta delle precedenti 10 campagne antinfluenzali: **65,3%** degli over 65 vaccinati anche per effetto "trascinamento" dell'esperienza Covid-19 e come nella stagione immediatamente successiva... (2021-2022) si sia ridotta di oltre 7 punti percentuali, arrivando al **58,1%**.²⁵

Quest'ultimo dato di copertura vaccinale è **l'unico indicatore** insieme al Tasso di lesività grave in incidente stradale (Ministero della Salute, 2021, per 100.000 abitanti) ad aver registrato un **peggioramento** in termini di variazione sia rispetto all'anno precedente sia rispetto a 10 anni prima²⁶ (Fig. 2).

Fig. 2 - Copertura vaccinale antinfluenzale età 65+ (Ministero della Salute, 2021/2022, per 100 abitanti)

Rif, SDG	INDICATORE	Rispetto all'indicatore SDG	Valore	VARIAZIONE		Convergenza tra regioni rispetto a 10 anni prima
				Rispetto all'anno prima	Rispetto a 10 anni prima	
	Copertura vaccinale antinfluenzale età 65+ (Ministero della Salute, 2021/2022), per 100 abitanti	identico	58,1			← →

Fonte: Salutequità su dati ISTAT, Rapporto SDGs 2023. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia, 2023

²⁵ Salutequità, Prevenzione per l'equità. Le campagne vaccinali Antinfluenzali nelle persone anziane fragili. 10° Report, 2022 - http://salutequita.it/wp-content/uploads/2022/11/SE-report-anziani_vaccinazione_def.pdf

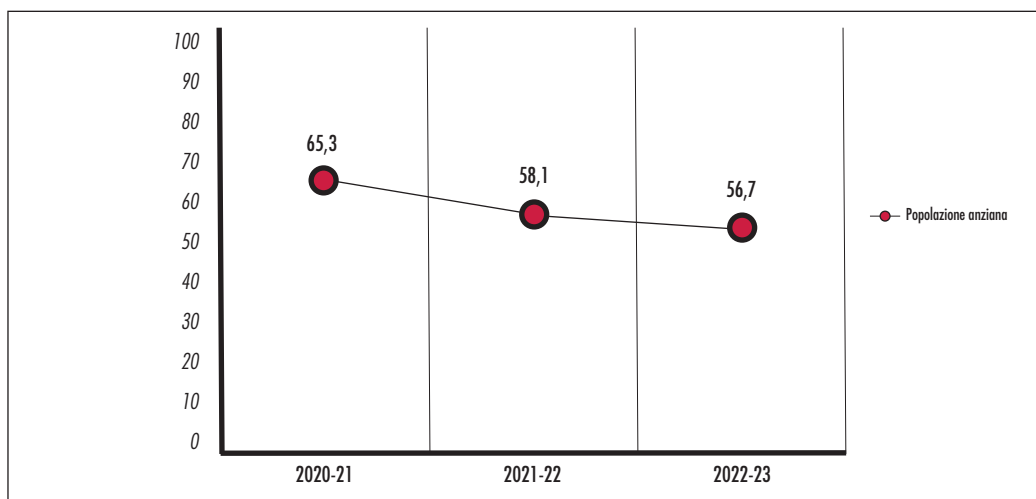
²⁶ ISTAT, Rapporto SDGs 2023. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia, 2023

Nella **stagione 2022-2023** la copertura antinfluenzale negli anziani è ulteriormente diminuita rispetto alla stagione precedente, fermandosi al **56,7%**.²⁷

In estrema sintesi, la capacità delle regioni di offrire gratuitamente e attivamente la protezione vaccinale contro l'influenza è precipitata notevolmente; la percentuale dei vaccinati tra gli over 65 delle ultime tre stagioni è nuovamente in calo (Graf. 2) e non in linea con l'obiettivo minimo previsto anche dall'OMS.

In realtà, l'obiettivo dell'OMS negli anni è stato raggiunto e talvolta in qualche caso superato **soltanto da 7 regioni**: Emilia-Romagna (stagione 2005-2006, 2006-2007), Umbria (stagione 2009-2010, 2010-2011, 2020-2021), Abruzzo (stagione 2006-2007), Campania (stagione 2002-2003), Puglia (stagione 2005-2006), Calabria e Sicilia (stagione 2020-2021).

Graf. 2 - Andamento vaccinazione antinfluenzale negli anziani - Stagioni: 2020/21 - 2021/22 - 2022/2023



Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute

Entrando nel dettaglio delle coperture - stagione 2022-2023 - circa 3 anziani su 5 sono stati vaccinati in Friuli Venezia Giulia (58,3%), Emilia Romagna (62,3%), Toscana (58,9%), Lazio (60,2%), Abruzzo (62,5%), Basilicata (66,3%), Calabria (62,1%) e Sicilia (58,9%).

²⁷ Ministero della Salute. Dati coperture vaccinali Influenza - Luglio 2023 - [https://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=679&area=influenza&menu=vuoto#:~:text=Dalla%20stagione%202015%2F16%20,\)%20nella%20stagione%202022%2F2023.](https://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=679&area=influenza&menu=vuoto#:~:text=Dalla%20stagione%202015%2F16%20,)%20nella%20stagione%202022%2F2023.)

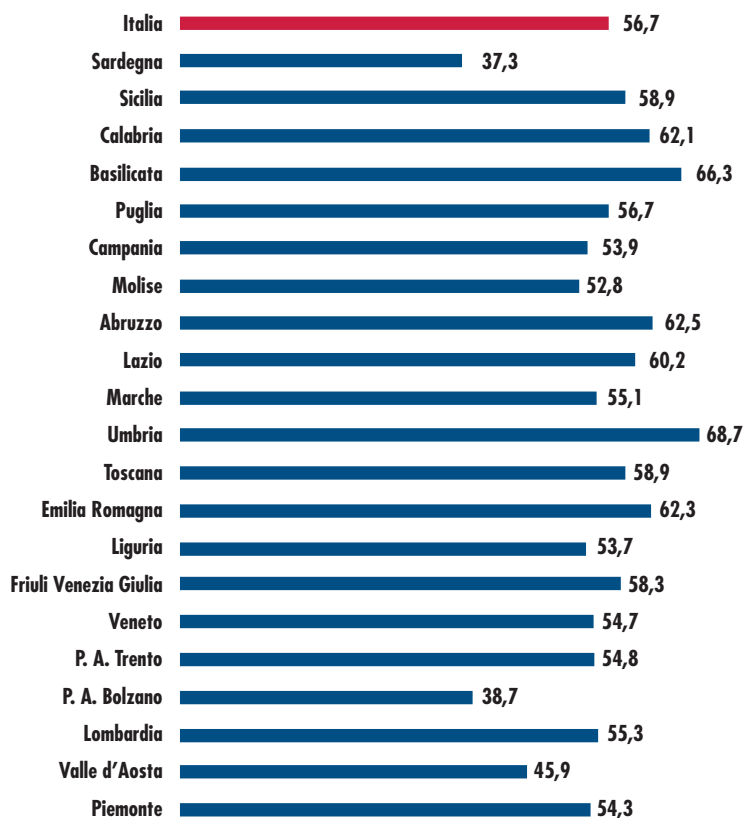
L'Umbria è l'unica regione in cui sono stati vaccinati quasi 7 anziani su 10 (68,7%). Valori compresi tra 37%-46% interessano Valle d'Aosta, P.A. Bolzano e Sardegna; le restanti regioni si situano in prossimità del valore medio nazionale (56,7%) che vede vaccinato 1 anziano su 2 (Tab. 7 e Graf. 3).

Tab. 7 - Copertura antinfluenzale negli anziani – Dettaglio regionale in %. Confronto ultime tre stagioni

REGIONE	2020-21	2021-22	2022-23
Piemonte	62,4	55,4	54,3
Valle d'Aosta	52,6	49,3	45,9
Lombardia	60,6	56,0	55,3
P. A. Bolzano	41,1	36,1	38,7
P. A. Trento	65,9	46,5	54,8
Veneto	59,6	51,8	54,7
FVG	66,5	60,3	58,3
Liguria	68,4	55,8	53,7
Emilia-Rom.	70,1	65,1	62,3
Toscana	65,5	58,4	58,9
Umbria	77,4	68,8	68,7
Marche	65,0	62,8	55,1
Lazio	67,7	61,2	60,2
Abruzzo	64,1	64,2	62,5
Molise	62,3	50,7	52,8
Campania	66,1	58,1	53,9
Puglia	61,1	58,2	56,7
Basilicata	56,4	68,5	66,3
Calabria	79,0	62,9	62,1
Sicilia	75,3	63,7	58,9
Sardegna	61,0	41,2	37,3
Italia	65,3	58,1	56,7

Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute

Graf. 3 - Copertura antimfluenzale negli anziani - Dettaglio regionale in %. Stagione 2022-2023



Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute

Appare importante segnalare come le percentuali mostrate nel grafico non permettano di ottenere un'articolata informazione sulle coperture; **il 56,7% di anziani vaccinati è infatti un valore medio che tiene insieme più tipologie di soggetti: il numero di quelli considerati a rischio per patologia, il numero di anziani fragili e quello di coloro che "mediamente" godono o ritengono di essere di buona salute.**

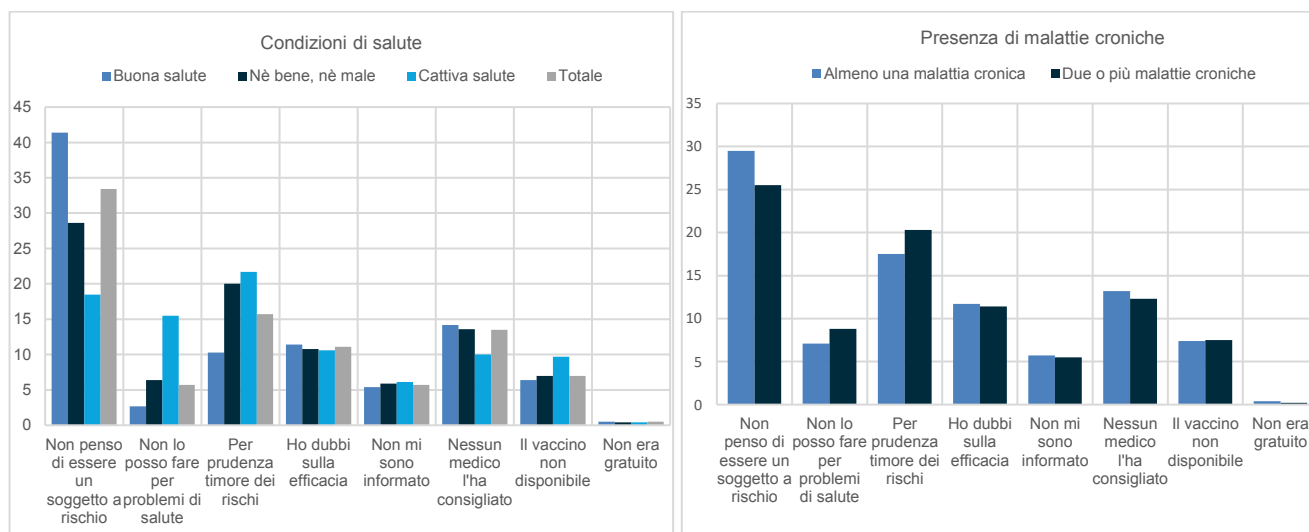
In pratica si dispone del dato relativo all'intera popolazione anziana ma non di informazioni puntuali rispetto agli anziani a rischio e ai fragili che rientrano nel target della campagna vaccinale.

Nel 2021 secondo l'ISTAT²⁸ **1/3 degli anziani non vaccinati riferiva di non essere un soggetto a rischio**. Il **33,4%** (≥ 65 anni) dichiarava di **non essersi immunizzato perché non riteneva di trovarsi in tale condizione**. La quota di coloro che dichiaravano di non essere soggetti a rischio scendeva al **22,9%** tra gli over 74 anni (1 anziano su 5).

Sempre nel 2021, tra gli anziani **cronici e "multicronici"** il numero di vaccinati era più alto, rimanendo tuttavia inferiore al target OMS.

A sottoporsi alla vaccinazione antinfluenzale era il **71,5%** tra coloro che **riferivano di essere in cattive condizioni di salute** e il **69,1%** di quelli in presenza di una o più malattie croniche (Graf. 4). Ultimo dato interessante era relativo a **1/5 degli anziani in cattive condizioni di salute non vaccinati**; tale fetta (21,7%) giustificava la mancata vaccinazione antinfluenzale con i **timori degli eventuali rischi conseguenti rispetto ad un 10% di coloro che dichiaravano di godere di buona salute**.

Graf. 4 - Persone di ≥ 65 anni - Motivo del mancato ricorso alla vaccinazione per condizioni di salute e presenza di malattie croniche. Anno 2021, per 100 persone di 65 anni e più dello stesso sesso che dichiarano di non essersi vaccinate



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana, 2023

²⁸ ISTAT, La vaccinazione antinfluenzale in Italia: propensione e comportamenti nel 2021. Marzo 2023.

Complessivamente, sempre secondo l'ISTAT, la propensione a vaccinarsi non pareva strettamente correlata allo status socio-economico dell'anziano, mentre una **significativa differenza** si osservava relativamente al **luogo di residenza**, con una maggiore propensione a vaccinarsi nelle regioni del Centro Italia.

1.3 Proteggere l'anziano "fragile"

Ci sono gruppi di persone che hanno un aumentato rischio di contrarre o sviluppare gravi complicanze da determinate malattie infettive.

I **gruppi a rischio** possono includere individui che versano in particolari condizioni di salute, si trovano in età avanzata, presentano un sistema immunitario indebolito o altri fattori che li rendono più suscettibili alle malattie. Le vaccinazioni per fasce di rischio proteggono dunque le persone più vulnerabili e l'anziano fragile rientra tra coloro che possono beneficiare di vaccinazioni mirate.

Parlare però di fragilità nell'anziano implica andare oltre la terminologia: la letteratura sull'argomento ha indicato diverse definizioni; secondo una datata della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG), da un punto di vista strettamente clinico, l'anziano fragile è "un soggetto di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche, clinicamente instabile, frequentemente disabile, nel quale sono spesso coesistenti problematiche di tipo socio-economico, soprattutto solitudine e povertà".²⁹

Oggi a livello internazionale non si è giunti ad una definizione univoca e condivisa di fragilità nell'anziano; la sola condizione di autosufficienza e/o il versare in condizione di disabilità non bastano infatti per descriverne il profilo.

Più recentemente la letteratura sull'argomento ha concordato sul fatto che **la fragilità è un concetto diverso dalla disabilità ed è estremamente importante riconoscerla con tempestività al fine di intervenire**.

Dai dati di PASSI d'Argento 2021-2022 nel nostro Paese risultavano fragili³⁰ circa 17 persone su 100, quindi quasi 1 persona su 5 (Tab. 8).

²⁹ SIGG, *Giornale Di Gerontologia*, Volume LV Supplemento 1 al Numero 6. 2007.

³⁰ Istituto Superiore di Sanità, *Passi d'Argento 2022 - 2023*. 2023. In PASSI d'Argento si definisce anziano fragile la persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse, IADL (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono).

Tab. 8 – Persone fragili in Italia

REGIONI	FRAGILI
Abruzzo	16.7
Basilicata	29.8
Calabria	24.3
Campania	28.1
Emilia Romagna	11.2
Friuli Venezia Giulia	15.6
Lazio	15.4
Liguria	9.9
Lombardia	n.d.
Marche	15.6
Molise	22.6
Piemonte	n.d.
Provincia di Bolzano	11.2
Provincia di Trento	12.8
Puglia	14.9
Sardegna	15.4
Sicilia	20.0
Toscana	14.3
Umbria	13.8
Valle d'Aosta	13.2
Veneto	12.9
Italia	17.0



Fonte: Salutequità su dati ISS, Passi d'Argento 2022-2023

La distribuzione degli anziani fragili (peggiori valori nazionali) riguardava le regioni del Sud: Basilicata, Calabria, Campania e Molise.

Il gradiente Nord-Sud premiava le regioni del Centro e del Settentrione ove Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Liguria, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Valle d'Aosta e Veneto si collocavano di almeno 3 punti percentuali sotto la media nazionale (17%).

Ciò premesso, verrebbe da chiedersi se gli anziani fragili³¹ e/o rischio si sono sottoposti alla vaccinazione antinfluenzale nella stagione 2022-2023 dal momento che di quel **56,7%**³² di popolazione anziana vaccinata, **poco sappiamo su quanti di loro fossero fragili, a rischio o in nessuna delle condizioni precedenti**,³³ trovandoci infatti all'interno di una strategia di vaccinazione che tiene conto solo dell'età e non della loro più generale condizione socio-sanitaria.

Di contro però, l'applicazione di una strategia basata sul rischio che tenga conto esclusivamente della "fragilità" non sarebbe possibile per gli **aspetti multidimensionali che caratterizzano questa condizione** e che sono estremamente differenti da un soggetto all'altro.

1.3.1 Perché anziani fragili e soggetti a rischio dovrebbero vaccinarsi contro l'influenza?

Ogni anno nel mondo l'influenza stagionale negli adulti è responsabile di circa **1 mld di casi**; dai **3 ai 5 milioni sono gravi** poiché si sono manifestate complicanze che nel **10%** delle situazioni hanno provocato la morte.

In Europa a cavallo tra l'autunno e l'inverno, una quota di popolazione compresa tra il **10% e il 30%** contrae l'influenza; a causa di questa si registrano centinaia di ricoveri ospedalieri e tra 15.000/70.000 decessi.³⁵ A pagare il prezzo più alto sono le persone di età >65 anni e che in particolare si trovano in condizioni cliniche già compromesse. Si veda a titolo esemplificativo la seguente tabella (Tab. 9) riferita alla patologia cardiovascolare.

³¹ Cfr. Definizione di fragilità dell'ISS - <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/fragili#dati>

³² Cfr. Tab. 7 del presente report. Copertura antinfluenzale negli anziani - Dettaglio regionale in %.

³³ Persone della stessa età possono presentare una condizione di salute differente: un 60enne può essere infatti affetto da una o più patologie, essere un fragile o magari godere di buona salute.

³⁴ SIPREC, Contributo degli Interventi di Prevenzione Cardiovascolare alla Sostenibilità del Sistema Sanitario in Italia. 2023

³⁵ Cfr. OMS, FluNews Europe - <https://flunewseurope.org/> - Ultimo accesso 21/08/23

Tab. 9 - Prevenzione cardiovascolare attraverso la vaccinazione antinfluenzale

Le stime degli effetti dell'influenza di norma si concentrano sui sintomi respiratori che nel tempo possono presentare complicanze come la polmonite. Le infezioni delle vie aeree sono infatti le principali conseguenze dell'influenza. Tuttavia, la letteratura sul tema ha da tempo evidenziato come le conseguenze dei virus influenzali siano molto più ampie³⁴:

1. Le infezioni respiratorie virali, comprese quelle dovute al virus dell'influenza, aumentano il rischio di polmonite e di malattie sistemiche che possono a loro volta precipitare eventi cardiovascolari fatali e non fatali.

2. Le patologie cardiovascolari al pari di quelle a carico dell'apparato respiratorio sono inoltre di per sé un elevato fattore di rischio: numerosi studi hanno dimostrato come durante la stagione influenzale o poco dopo, si registri un incremento nel numero di eventi cardiovascolari. Altri studi hanno segnalato l'effetto protettivo della vaccinazione antinfluenzale sull'incidenza di eventi cardiovascolari e sulla mortalità.

Nel nostro Paese l'influenza e la polmonite ad essa correlata è considerata tra le **prime 10 principali cause di morte** tant'è che, sulla scorta delle raccomandazioni dall'OMS, il Ministero della Salute individua ogni anno nella propria circolare ministeriale³⁶ e allo scopo di limitare le complicanze, il carico complessivo della malattia e l'impatto socio-sanitario, gli obiettivi della campagna vaccinale stagionale contro l'influenza:

1. *Riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte;*
2. *Riduzione del rischio di trasmissione a soggetti ad alto rischio di complicanze o ospedalizzazione;*
3. *Riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità.*

Lo strumento più efficace per raggiungere tali obiettivi è l'immunizzazione attraverso la vaccinazione; nel testo della circolare si raccomanda di anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale a partire dall'inizio di ottobre e offrire così la vaccinazione ai soggetti eleggibili in ogni fase della stagione influenzale.

Per la prima volta, inoltre, l'indicazione all'uso dei "vaccini potenziati"³⁷ per gli over 65 diviene una raccomandazione.

³⁶ Ministero della Salute, Circolare Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2023-2024, 2023. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2023&codLeg=93294&parte=1%20&serie=null>

³⁷ Il "vaccino potenziato" è un tipo di vaccino progettato per fornire una risposta immunitaria più forte o più duratura rispetto ad un vaccino standard. Un vaccino adiuvato è un vaccino potenziato il cui obiettivo, in estrema sintesi, è di ottenere una risposta immunitaria più robusta, di prolungare la durata della protezione immunitaria ed è indicato a gruppi di popolazione con risposte immunitarie più deboli.³⁸ Persone della stessa età possono presentare una condizione di salute differente: un 60enne può essere infatti affetto da una o più patologie, essere un fragile o magari godere di buona salute.

³⁸ Cfr. nota n° 36.

**Tab. 10 - Categorie per le quali la vaccinazione antiinfluenzale stagionale è raccomandata...
Persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza**

Persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza

- Soggetti di età pari o superiore a 65 anni
- Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza e nel periodo "post partum"
- Soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza:
 - a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopulmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO);
 - b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite;
 - c) diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con indice di massa corporea BMI >30);
 - d) insufficienza renale/surrenale cronica;
 - e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;
 - f) tumori e in corso di trattamento chemioterapico;
 - g) malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;
 - h) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale;
 - i) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;
 - j) patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari);
 - k) epatopatie croniche.
- Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale
- Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti
- Familiari e contatti (adulti e bambini) di soggetti ad alto rischio di complicanze (indipendentemente dal fatto che il soggetto a rischio sia stato o meno vaccinato)

Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori:

- Medici e personale sanitario/socio sanitario di assistenza in strutture che, attraverso le loro attività, sono in grado di trasmettere l'influenza a chi è ad alto rischio di complicanze influenzali
- Forze di polizia
- Vigili del fuoco
- Altre categorie socialmente utili che potrebbero avvantaggiarsi della vaccinazione, per motivi vincolati allo svolgimento della loro attività lavorativa; a tale riguardo, la vaccinazione è raccomandata ed è facoltà delle Regioni/PP.AA. definire i principi e le modalità dell'offerta a tali categorie
- Infine, è pratica internazionalmente diffusa l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antiinfluenzale da parte dei datori di lavoro ai lavoratori particolarmente esposti per attività svolta e al fine di contenere ricadute negative sulla produttività

Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani:

- Allevatori
- Addetti all'attività di allevamento
- Addetti al trasporto di animali vivi
- Macellatori e vaccinatori
- Veterinari pubblici e libero-professionisti

Altre categorie

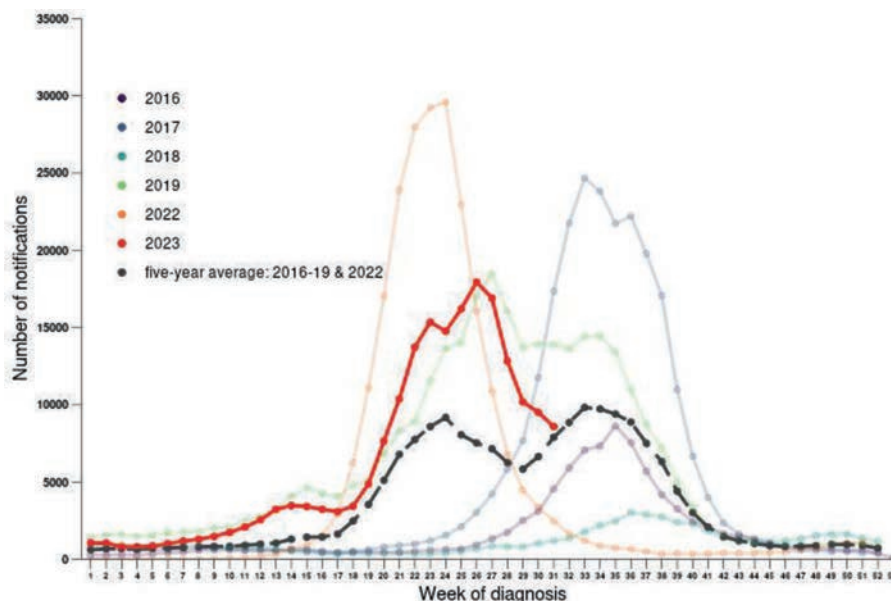
- Donatori di sangue
- Bambini sani nella fascia di età 6 mesi - 6 anni
- Soggetti nella fascia di età 60-64 anni

Un elevato **valore predittivo** di come evolverà nel nostro Paese la stagione 2023-2024 in termini ad esempio di gravità, impatto sulla popolazione a rischio, corrispondenza ed efficacia del vaccino si rintraccia nei report quindicennali sulla **sorveglianza dell'influenza australiana (AISR)**.³⁹

Le stagioni australiane sono al momento della presente scrittura opposte a quelle dell'emisfero settentrionale (da giugno ad agosto è infatti inverno) e sebbene i dati AISR non rappresentino un accurato rispecchiamento dell'attività influenzale poiché al momento non definitivi, i risultati seppur parziali possono contribuire a formulare previsioni dall'altra parte dell'emisfero.

Il successivo grafico mostra il numero preliminare di notifiche di influenza confermata in laboratorio nel corso degli anni fino ai primi giorni di agosto 2023 (Graf. 5).

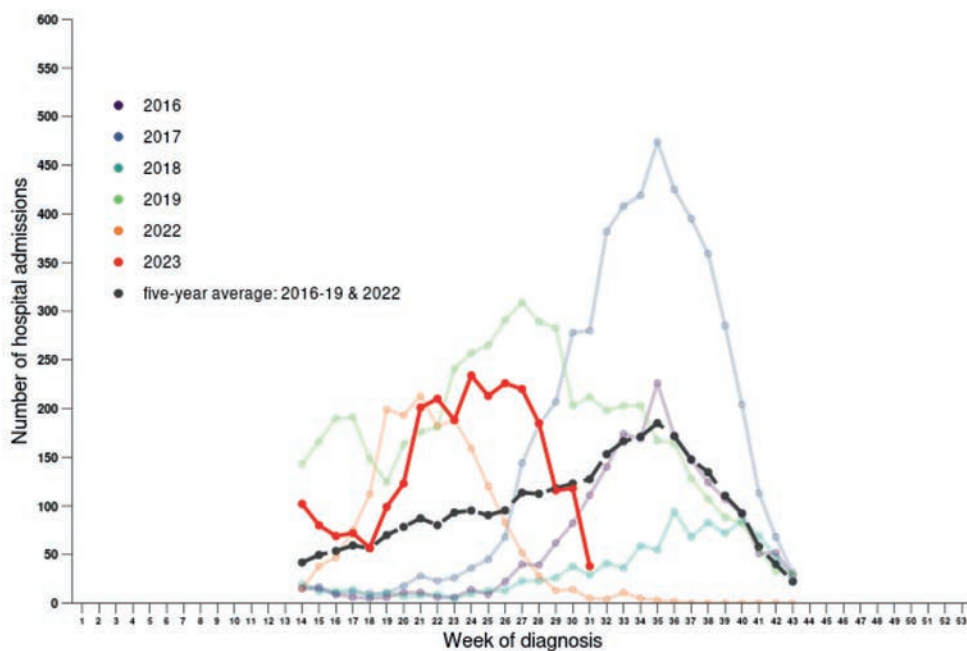
Graf. 5 - Notifiche di influenza confermata in laboratorio, Australia, dal 1° gennaio 2016 al 6 agosto 2023, per anno e settimana di diagnosi



Fonte: Australian Influenza Surveillance Report, n° 09, 2023

Il grafico seguente evidenzia invece il **numero preliminare di ricoveri** dovuti all'influenza registrato negli ospedali sentinella dell'Australia (Graf. 6).

Graf. 6 - Numero di ricoveri dovuti all'influenza negli ospedali sentinella, da aprile a ottobre, dal 2016 al 2023 per anno e settimana di diagnosi



Fonte: Australian Influenza Surveillance Report, n° 09, 2023

2. SCREENING ONCOLOGICI ORGANIZZATI

Gli screening oncologici organizzati sono programmi di prevenzione il cui obiettivo principale è di **individuare precocemente i tumori o le lesioni cancerose** in persone asintomatiche, consentendo un intervento terapeutico tempestivo e migliorando le possibilità di guarigione o la qualità di vita. Questi programmi sono rivolti a determinate categorie di popolazione considerate a rischio o a fasce di età specifiche (Tab. 11) in cui esiste una probabilità maggiore di sviluppare determinati tipi di cancro. Al momento alcune Regioni hanno proceduto all'allargamento delle fasce di età per gli screening già ricompresi nei LEA (Tab. 12 e Tab. 13) ma è utile ricordare come il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 (PON) consideri tale ampliamento un obiettivo da perseguire in tutte le regioni.

Tab. 11 – Fasce di età cui è rivolto lo screening organizzato

SCREENING	FASCIA di ETÀ	QUANDO	NOTE
Per il tumore del seno	Donne tra i 50 e i 69 anni	Mammografia ogni 2 anni	In alcune Regioni si sta sperimentando l'efficacia in una fascia di età tra i 45 e i 74 anni
Per il tumore del collo dell'utero	Donne tra i 25 e i 64 anni	Pap-test ogni 3 anni oppure Test per Papilloma virus (HPV-DNA test) ogni 5 anni	Le Regioni si stanno impegnando per adottare il modello basato sul test HPV-DNA da rivolgere alle donne sopra i 30 anni
Per il tumore del colon-retto	Persone tra i 50 e i 69 anni	Test del sangue occulto nelle feci ogni 2 anni	Il Piemonte utilizza la rettosigmoidoscopia al posto della ricerca del sangue occulto (1 sola volta - età 58-60 anni)

Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute, Portale Donna. Ultimo accesso 26 agosto 2023

Tab. 12 – Ampliamento fasce di età - Screening Mammografico in alcune regioni. Anno 2021

SCREENING	FASCIA di ETÀ	QUANDO	NOTE
Per il tumore del seno	Donne tra i 45 e i 49 anni	Mammografia ogni anno	Invitate 434.561 donne 37% della popolazione bersaglio
			Invito accettato da 252.807 donne (58%)
	Donne tra i 70 e i 74 anni	Mammografia ogni 2 anni	Invitate** 315.261 donne 31% della popolazione bersaglio
			Invito accettato da 213.000 donne (68%)

Fonte: Salutequità su dati Rapporto ONS 2021. Anno 2022

**Modalità di invito differente per regione

Tab. 13 - % donne invitate allo Screening Mammografico in regioni con fasce ampliate. Anno 2021

REGIONE	DONNE 45-49 ANNI invitate	DONNE 70-74 ANNI invitate
Piemonte	23%	9%
Valle d'Aosta (solo alcune aree)	<=10%	
Lombardia	20%	35%
Veneto		46%
Friuli Venezia Giulia	56%	30%
Liguria (solo alcune aree)	<=10%	
Emilia Romagna	92%	54%
Toscana	44%	25%
Umbria		43%
Marche (solo alcune aree)	<=10%	
Campania	34%	
Basilicata	28%	34%

Fonte: Salutequità su dati Rapporto ONS 2021. Anno 2022

2.1 Prevenzione oncologica e rispetto dei LEA nelle Regioni

Stando al Rapporto ONS 2021⁴⁰, il 2021 è stato un anno di resilienza importante e con risultati significativi per una buona parte dei programmi di screening italiani.

La copertura dello **screening mammografico** è stata dell'**86%**, superando di 27 punti il valore del 2020 (59%) e riavvicinandosi a quello del 2019 (88%) (Tab. 14).

Tab. 14 - Copertura Screening mammografico nazionale (donne invitate)			
SCREENING MAMMOGRAFICO	2021	2020	2019
	86%	59%	88%

Fonte: Salutequità su dati Rapporto ONS 2021. Anno 2022

Nelle **regioni del Nord** l'incremento dei valori è significativo (2021=101%; 2020=67%); al **Sud** si osserva una ripresa rispetto al 2020 (2021=58%; 2020=43%) anche se si è ancora distanti dal tornare ai livelli pre-pandemia. Le regioni del **Centro** avevano già registrato buone performance nel 2020 (87%) e nel 2021 risultano quelle maggiormente resilienti, attestandosi su un punteggio pari a 99%.

Per lo **screening cervicale** (i dati tengono conto del diverso intervallo tra test HPV e Pap Test) l'estensione degli inviti è stata dell'**88,3%**; si tratta di un recupero considerevole se confrontato con il dato del 2020 (64,7%) e di un importante riallineamento rispetto al 2019 (89,1%) (Tab. 15).

Tab. 15 - Copertura Screening cervicale nazionale (donne invitate)			
SCREENING CERVICALE	2021	2020	2019
	88,3%	64,7%	89,1%

Fonte: Salutequità su dati Rapporto ONS 2021. Anno 2022

Anche in questo caso nelle regioni del **Nord** si osserva un significativo recupero (2021=84,7%; 2020=52,8%). Le regioni del **Centro** sono però le uniche con una sostanziale capacità di recupero

⁴⁰ Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto ONS 2021. Anno 2022

nell'estensione (2021=129,6%; 2020=106,6%; 2019=114,6%). Anche al **Sud e Isole** c'è stata una tendenza volta al recupero (2021=68,8; 2020=55,9%) ma i valori restano comunque sotto la soglia di quelli del 2019 (82,2%).

Sempre nel 2021 per lo **screening coloretale** (sia ricerca del sangue occulto sia rettosigmoidoscopia in Piemonte) il valore nazionale si attesta al 79% (+27 punti rispetto al 2020 e circa +4 punti rispetto al 2019) (Tab. 16).

Tab. 16 - Copertura Screening coloretale nazionale (persone invitate)

SCREENING COLORETTALE	2021	2020	2019
	79%	52%	75%

Fonte: Salutequità su dati Rapporto ONS 2021. Anno 2022

La ripresa consistente si registra **al Nord e al Centro** che si situano su valori ottimali di copertura (rispettivamente 97% e 100%); al **Sud**, nonostante un recupero di oltre 15 punti rispetto al 2020, il punteggio si ferma al 43,7%.

Gli screening oncologici organizzati prevedono diverse fasi, tra cui l'invito da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza, l'adesione della persona, l'esame di screening, **l'eventuale diagnosi precoce e in caso di sospetta diagnosi, ulteriori indagini strumentali, certificazione della diagnosi e intervento terapeutico.**

Di seguito la tabella relativa ai **tempi di attesa** (Tab. 17) con il periodo di tempo che *intercorre tra la mammografia e il momento in cui è possibile riferire il referto negativo o, per i casi con dubbio diagnostico, il momento in cui si effettua una seduta di approfondimento o l'intervento chirurgico.* I tre indicatori considerati caratterizzano la qualità dei programmi di screening; sul punto l'ONS segnala come *un gran numero di programmi italiani continua a essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità di questi indicatori e i valori permangono ben al di sotto del livello accettabile.*

Tab. 17 - Tempi di attesa post mammografia. Periodo 2018-2021

ANNO DI ATTIVITÀ	2018	2019	2020	2021	Standard accettabile GISMA
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	59,6%	59,6%	74,2%	72,2%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	50,8%	52,5%	59,5%	61,6%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	26,3%	29,4%	31,8%	28,5%	-

Fonte: Salutequità su dati Rapporto ONS 2021. Anno 2022

Infine nella successiva tabella (Tab. 18) sono riportati i **tempi di attesa** con la percentuale di persone che **eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo**.

Tab. 18 - Tempi di attesa post mammografia. Periodo 2018-2021

ANNO DI ATTIVITÀ	2018	2019	2020	2021	Standard accettabile
% di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	47%	42%	43%	43%	>90%

Fonte: Salutequità su dati Rapporto ONS 2021. Anno 2022

In base alle informazioni finora riportate, se da un lato è apprezzabile lo sforzo volto al recupero dei programmi di screening, dall'altro è evidente come persistano differenze regionali con una conseguente mancata offerta ad una quota di popolazione avente diritto. Il riscontro più evidente è relativo alle macroaree del Paese (Nord, Sud, Centro) ove, sebbene si siano registrati miglioramenti (e non in tutte le zone), il divario Nord/Sud è rimasto tale e in qualche caso è peggiorato. A conferma di quanto, arrivano i risultati del Nuovo Sistema di Monitoraggio dei Lea (NGS)⁴¹; all'interno dell'area "prevenzione" per gli screening organizzati esiste infatti un indicatore di riferimento (P15C) del sottoinsieme "core". Si tratta di un indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata (Tab. 19).

⁴¹ Ministero della Salute, Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Anno 2020 e Anno 2021. Anno 2023

Tab. 19 - Risultati NSG – sottoinsieme CORE, area prevenzione, anno 2020, 2021 e 2019 (solo punteggio finale)

REGIONE	PISC - Proporzione di persone (in età target) che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto								
	2020				2021				2019
	Valore Indicatore cervice (%)	Valore Indicatore mammella (%)	Valore Indicatore colon-retto (%)	Punteggio finale	Valore Indicatore cervice (%)	Valore Indicatore mammella (%)	Valore Indicatore colon-retto (%)	Punteggio finale	Punteggio finale
Piemonte	27,35	31,2	20,12	51,7	48,7	57,4	49,14	97,46	96,03
Valle d'Aosta	66,98	29,2	13,33	53,13	58,87	21,11	59,71	73,55	100
Lombardia	4,22	31,25	12,59	20,46	9,87	55,97	38,21	58,23	67,41
P.A. Bolzano	42,67	41,13	31,81	76,33	54,82	68,3	30,83	89,78	82,49
P.A. Trento	86,53	27,29	48,83	79,87	102,35	96,95	62,51	100	100
Veneto	39,29	48,46	44,4	84,15	61,8	65,64	67,67	100	100
Friuli V.G.	55,04	56,33	38,64	90,98	91,38	56,97	55,53	97,38	100
Liguria	13,91	29	12,47	23,71	41,2	47,75	34,47	80,49	81,69
Emilia Romagna	42,18	59,41	46,96	92,9	61,91	84,1	73,62	100	100
Toscana	56,35	52,02	29,39	84,75	64,06	64,3	45,75	97,73	95,57
Umbria	76,67	62,74	41,21	95,31	79,19	71,6	42,51	96	96,72
Marche	32,39	35,44	28,34	65,96	33,87	43,51	29,18	69,5	85,68
Lazio	21,98	27,04	15,22	36,57	29,61	35,26	20,73	56,9	71,13
Abruzzo	25,29	18,75	18,38	37,33	30,78	33,87	23,33	58,96	74,88
Molise	13,97	19,97	16,92	21,49	28,36	30,8	25,51	58,71	45,03
Campania	6,7	9,05	1,91	0	19,45	20,94	5,36	21,35	26,92
Puglia	12,24	9,36	2,94	2,99	26,17	26,01	7,83	33,44	34,44
Basilicata	14,05	44,77	7,11	30,61	29,15	52,08	33,57	75,9	58,41
Calabria	5,16	2,34	1,41	0	7,06	2,46	0,91	0	2,68
Sicilia	16,88	15,62	5,36	12,67	25,6	25,95	15,56	40,5	33,82
Sardegna	13,06	9,17	3,92	4,08	20,07	19,47	9,39	21	42,53

La lettura della tabella - **colonna P15C punteggi finali** - conferma essere il **Sud Italia** la macroarea che registra i peggiori risultati in termini di adesione ai programmi di screening.

Nel 2019 le regioni inadempienti erano 7: Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. L'unica eccezione al Sud era rappresentata dall'Abruzzo.

Nel 2020 per effetto trascinarsi della pandemia le regioni inadempienti salivano a 13. Alle 7 regioni del 2019 si aggiungevano Lazio e Abruzzo e 4 regioni del Nord: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria.

Nel 2021 rispetto all'anno precedente, le regioni sotto la soglia di adempienza scendevano a 9 ma comunque 2 in più del 2019.

Al Nord recuperavano tutte ad eccezione della Lombardia mentre il Mezzogiorno si confermava fanalino di coda, tranne che per la Basilicata.

Tra le cause dell'inadempienza delle regioni è ipotizzabile o una bassa adesione da parte della popolazione target raggiunta dall'invito o carenze e inefficienze organizzative dei servizi deputati all'offerta, o ancora una combinazione di più fattori.

In termini di **prestazioni mancate**, la Corte dei Conti⁴² ha ricordato come nelle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2"... *le prestazioni afferenti alle tre campagne di screening oncologico fossero tra quelle considerate prioritarie e per le quali i Piani operativi regionali avrebbero dovuto contenere le modalità organizzative per colmare il gap assistenziale registrato rispetto al periodo pre-pandemico*. La successiva tabella (Tab. 20) evidenzia i risultati sul fronte delle liste d'attesa per gli screening sia guardando agli "inviti" che alle "prestazioni".

⁴² Cfr. nota n°4

Tab. 20 - Piani operativi del recupero screening

Regione	Liste di attesa al 01/01/2022		Volume di prestazioni inserite nel POR		% recupero stimata sul totale			% prestazioni recuperate rispetto al target	
	Inviti	Prestazioni	Inviti	Prestazioni	Inviti	Prestazioni	Finanziamento stimato	Inviti	Prestazioni
Piemonte	903.753	434.894	903.753	434.894	100%	100%	3.617.251 €	100%	100%
Valle d'Aosta	13.979	25.111	13.979	25.111	100%	100%	200.000 €	100%	89%
Lombardia	1.494.923	936.159	1.447.324	840.961	97%	90%	11.334.968 €	97%	90%
PA Bolzano	2.684	2.070	2.684	2.070	0%	100%	149.800 €	98%	93%
PA Trento	13.000	10.050	13.000	10.050	100%	100%	247.651 €	100%	100%
Veneto	169.213	146.552	169.213	146.552	100%	100%	1.813.813 €	63%	71%
Friuli V.G.	48.610	34.957	-	8.570	0%	25%	53.500 €	14%	25%
Liguria	175.346	109.660	35.000	30.000	20%	27%	904.732 €	20%	80%
Emilia-Romagna	93.932	86.478	93.932	86.478	100%	100%	1.108.310 €	100%	99%
Toscana	194.000	106.000	194.000	106.000	100%	100%	1.542.009 €	100	100
Umbria	Recuperato nel 2021								
Marche	516.095	44.517	92.897	8.903	18%	20%	1.333.033 €	82%	20%
Lazio	69.000	430.662	69.000	430.662	100%	100%	2.635.408 €	100%	9%
Abruzzo	57.608	66.385	41.954	45.156	73%	68%	2.045.653 €	95%	69%
Molise	13.546	6.337	13.546	12.145	100%	192%	50.000 €	100%	85%
Campania	548.163	166.865	548.163	166.865	100%	100%	5.823.737 €	21%	16%
Puglia	552.315	160.354	552.315	160.354	100%	100%	3.022.252 €	90%	80%
Basilicata	23.338	17.264	23.338	17.264	100%	100%	600.000 €	100	100
Calabria	280.441	142.070	280.440	142.069	100%	100%	2.000.000 €	34%	9%
Sicilia	366.060	64.800	366.060	64.800	100%	100%	2.271.486 €	96%	60%
Sardegna	177.453	76.490	220.961	99.381	125%	130%	2.350.996 €	56%	44%
Totale	5.713.459	3.067.675	5.081.559	2.838.285	89%	93%	43.104.599 €	82%	67%
Nord	2.915.440	1.785.931	2.678.885	1.584.686	92%	89%	19.430.025	95%	91%
Centro	779.095	581.179	355.897	545.565	46%	94%	5.510.450	95%	27%
Mezzogiorno	2.018.924	700.565	2.046.777	708.034	101%	101%	18.164.124	61%	44%

Fonte: Corte dei Conti, Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2023 - Elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della salute

2.2 Screening e disuguaglianze. I dati della Sorveglianza PASSI

Screening mammografico

L'aggiornamento del biennio 2021-2022 di PASSI⁴³ ha messo in evidenza che nel nostro Paese il **70%** delle donne (età 50-69 anni) si è sottoposto allo screening mammografico a scopo preventivo *all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali.*

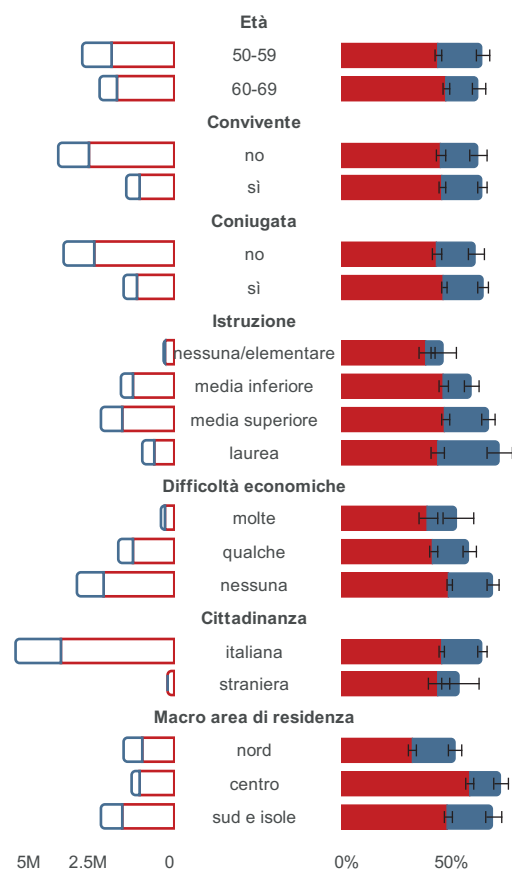
Fattori sociali, economici e culturali continuano a condizionare l'accesso alla prevenzione poiché la quota di donne che si sottopone allo screening mammografico è maggiore fra quelle più istruite o con maggiori risorse economiche, fra le donne di cittadinanza italiana rispetto alle straniere, e fra le donne coniugate o conviventi.

Nonostante gli screening organizzati siano un LEA e potenzialmente sono l'unica opportunità di fare prevenzione nelle donne meno istruite o con maggiori difficoltà economiche, le **disuguaglianze di salute** (anche se la forbice nel tempo si è ridotta) continuano a permeare il Paese: al Nord la copertura totale è pari all'80%, al Centro del 76% e al Sud solo 58%.

Agli estremi opposti con la copertura maggiore troviamo il Friuli Venezia Giulia (88%) mentre la copertura più bassa interessa Calabria (43%), Molise (51%) e Campania (51%).

Copertura screening mammografico per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ITALIA

Popolazione di riferimento: 8724615
Totale: 70.4% (IC95%: 69.3-71.5%)



Copertura screening mammografico organizzato
Copertura screening mammografico spontaneo

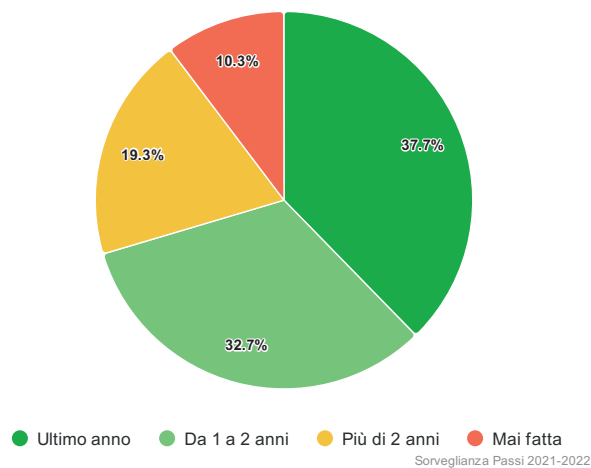
Sorveglianza Passi 2021-2022

⁴³ Istituto Superiore di Sanità (ISS) Sorveglianza Passi. 2023 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico?tab-container-1=tab1#dati>

Scorrendo i dati degli anni passati si è osservato che quando l'offerta/adesione ai programmi organizzati ha raggiunto coperture significative (es. Nord e Centro) il ricorso alla mammografia su iniziativa spontanea si è ridotto mentre al Sud, quando l'offerta ai programmi organizzati... è rimasta bassa, il ricorso alla mammografia su iniziativa spontanea ha continuato ad aumentare, senza tuttavia riuscire a compensare la carenza di adesione e/o di offerta di screening organizzati.

Non è marginale infine la quota di 50-69enni che non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo (10,3%) o ha dichiarato di averlo eseguito da oltre due anni (19,3%) (Graf. 7).

Graf. 7 - Periodicità di esecuzione della mammografia - ITALIA



Screening cervicale

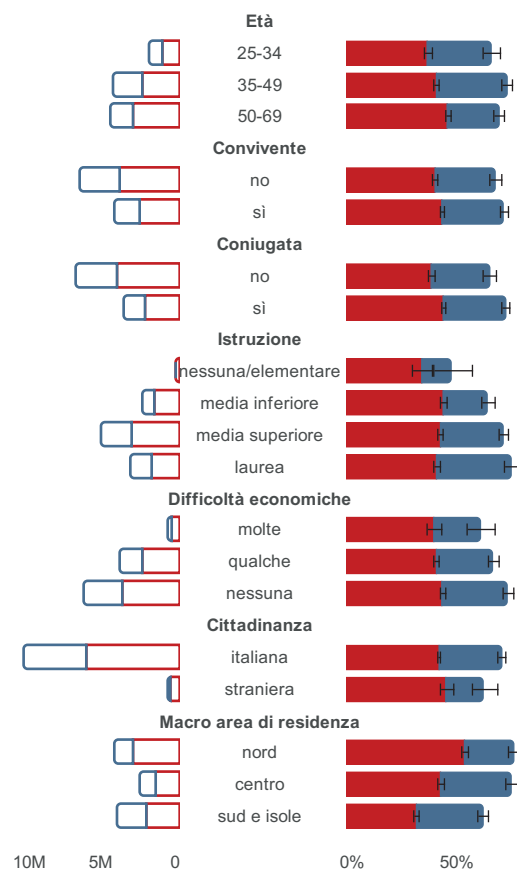
In Italia il 78% delle donne (25-64 anni) si sottopone allo screening cervicale (Pap-test o HPV test) a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale. Come per lo screening mammografico, sono le cittadine italiane, coniugate o conviventi, maggiormente istruite e con più risorse economiche a sottoporvisi.

Per questo screening l'Italia in termini di coperture è spaccata a metà: le regioni del Nord raggiungono un valore medio pari all'84% e quelle del Sud pari al 69%. Nel Mezzogiorno si osservano coperture minime in Molise (53%) e in Calabria (62%).

Anche per questo screening si è registrato un incremento significativo di adesioni della popolazione femminile, tuttavia l'impatto della pandemia ha comportato sia ritardi e riduzioni dell'offerta sia un decremento di adesioni.

Copertura screening cervicale per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ITALIA

Popolazione di riferimento: 15967969
Totale: 77.7% (IC95%: 77.0-78.4%)



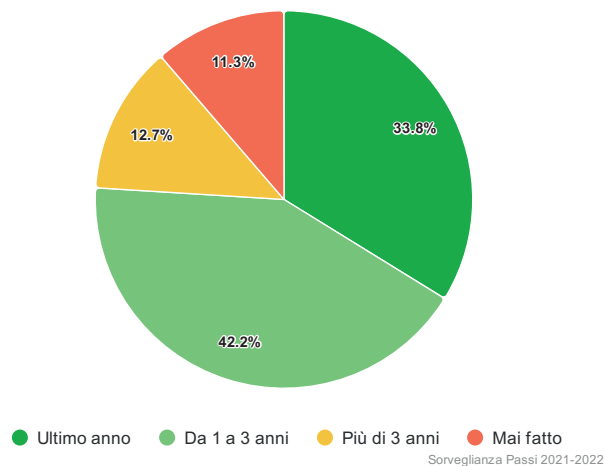
Copertura screening cervicale organizzato
Copertura screening cervicale spontaneo

Sorveglianza Passi 2021-2022

Nel 2022 i valori erano ancora sovrapponibili a quelli del 2020 con una copertura ancora lontana dai valori pre-pandemia.

Infine, l'11,3% delle donne di età tra 25-64 anni ha riferito di non essersi mai sottoposta allo screening cervicale o di averlo fatto da più di tre anni (12,7%) (Graf. 8).

Graf. 8 – Periodicità di esecuzione del test di screening cervicale - ITALIA



Screening coloretale

La copertura nazionale dello screening coloretale in Italia resta ancora piuttosto bassa: secondo i dati PASSI 2021-2022, **meno di una persona su 2 (45%)** di età compresa tra i 50 e i 69 anni ha riferito di essersi sottoposta ad uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo.

Anche per questo screening la variabilità regionale premia il Nord (67%) contro il Sud che si ferma al 26% e il Centro che si attesta al 52%.

Il maggior numero di persone che si è sottoposto allo screening coloretale lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle ASL (37%), mentre quello eseguito su base spontanea è risultato poco frequente (7%).

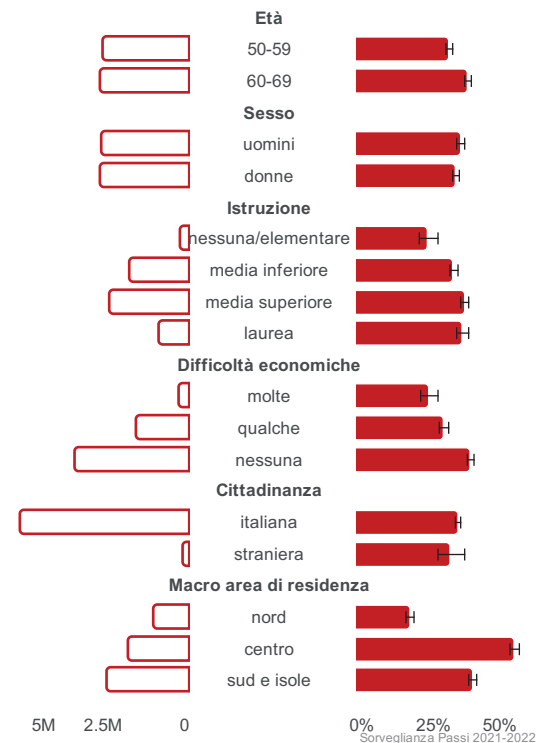
Negli ultimi 10 anni la copertura totale di questo screening (organizzati e non) è cresciuta significativamente in tutto il Paese, grazie all'aumento dell'offerta dei programmi e dell'adesione dei cittadini.

La ricerca del sangue occulto nelle feci è il test più utilizzato nella diagnosi precoce del tumore coloretale. Il 38% delle persone (fascia 50-69 anni) riferisce di averlo effettuato nei due anni precedenti l'intervista. Come per le altre due tipologie di screening, anche in questo caso **fattori sociali, economici e culturali** continuano a condizionare l'accesso alla prevenzione.

Le regioni più svantaggiate sono quelle del Mezzogiorno (solo il 19% della popolazione target residente nel Sud Italia dichiara di essersi sottoposto al test) contro il Nord (60%).

Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ITALIA

Popolazione di riferimento: 16992584
Totale: 38.4% (IC95%: 37.5-39.2%)



2.3 La chiamata attiva per lo screening organizzato

La “chiamata attiva” si riferisce ad un’azione proattiva compiuta dalla “struttura sanitaria” volta a identificare, promuovere e coinvolgere attivamente individui o gruppi di persone in iniziative di prevenzione. Gli screening organizzati rappresentano *un significativo esempio di inversione nel rapporto utente-struttura*.⁴⁴

Si tratta di una strategia che si serve nella maggior parte dei casi di mezzi quali **lettere, telefonate o messaggi** per informare sulla possibilità di sottoporsi gratuitamente ad uno screening oncologico (o per ricordare che è possibile ricevere determinate vaccinazioni).

Le strategie di chiamata attiva possono variare da una regione ad un’altra tuttavia la maggior parte utilizza strategie simili per coinvolgere le persone nei programmi di prevenzione (Tab. 21).

Tab. 21 – Interventi di promozione degli screening organizzati

	LETTERA ASL	Consiglio operatore sanitario	Campagna informativa	Nessuna azione
Interventi di promozione della mammografia	73,60%	65,80%	//	11,90%
Interventi di promozione dello screening cervicale	68,50%	61,30%	//	15,30%
Interventi di promozione dello screening coloretale	56,40%	34,80%	//	36,00%

Fonte: Salutequità su dati Istituto Superiore di Sanità - PASSI 2021-2022

L’ONS⁴⁵ nel suo ultimo rapporto ha segnalato che per recuperare la prevenzione mancata – screening oncologici – sono state sperimentate numerose esperienze innovative, adottate in particolare dal punto di vista organizzativo...e portate avanti soluzioni migliorative per facilitare l’accessibilità al servizio ottimizzando al massimo le risorse disponibili.

⁴⁴ Gruppo di comunicazione inter screening (Gic) (a cura di). Screening oncologici: dieci buone pratiche per la comunicazione. 2023

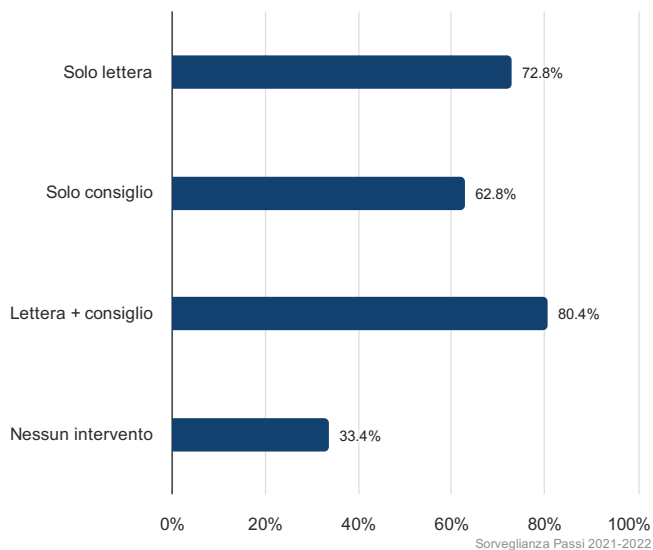
⁴⁵ Cfr. nota n°40.

Tra queste in alcune regioni sono state attivate **piattaforme web** per permettere al cittadino di accedere al servizio, verificare la propria posizione di invito, prenotare ed eventualmente spostare un appuntamento.

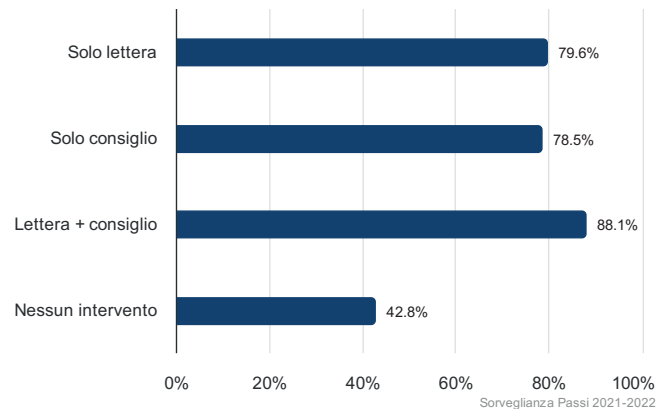
Tra le esperienze innovative ha segnalato l'attivazione o il potenziamento in alcuni casi di servizi di call center con il compito di raggiungere telefonicamente tutta la popolazione che aveva diritto allo screening e fornire quindi un appuntamento. Laddove i servizi erano più in crisi e depauperati in particolare di personale sono state attivate modalità di consegna per posta della provetta per la ricerca del sangue occulto fecale o addirittura sono state attivate consistenti iniziative sul campo come l'invio del dispositivo di autoprelievo per Hpv. Ancora, specie in quelle realtà dove l'assetto orografico era più critico, sono state istituite giornate ad hoc in cui, ad esempio, si rendevano disponibili unità mobili con mammografia a cui le donne che avevano diritto allo screening potevano accedere nel corso di una intera giornata.

PASSI 2021-2022 ha segnalato come la sola lettera di invito non basti a garantire la partecipazione delle donne allo screening mammografico e come invece sia fondamentale **il mix tra lettera e consiglio del medico di fiducia o di un operatore sanitario**. Medesima affermazione vale anche per lo screening cervicale e per quello coloretale. In particolare per quest'ultimo l'efficacia dell'intervento cresce all'aumentare del numero di input ricevuti, raggiungendo il massimo con la combinazione di tutti gli interventi. Al contrario, l'adesione allo screening è pressoché nulla tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione (4,1%).

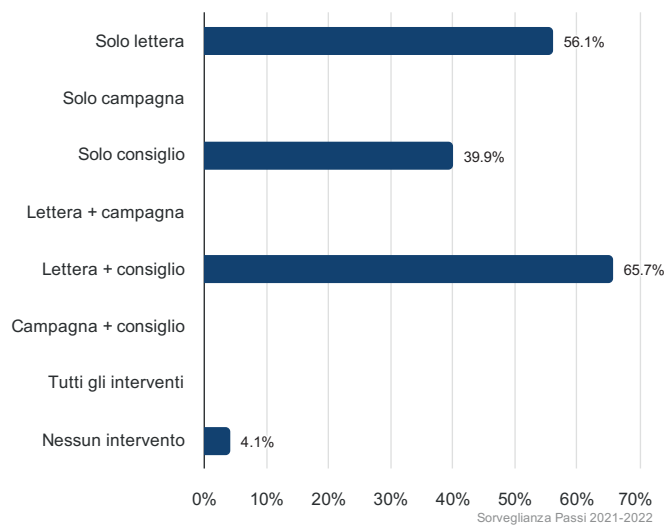
Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della mammografia secondo le linee guida
Copertura screening mammografico totale per tipo di intervento - ITALIA



Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening cervicale secondo le linee guida
Copertura screening cervicale totale per tipo di intervento - ITALIA



Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci - Ricerca del sangue occulto nelle feci per tipo di intervento - ITALIA



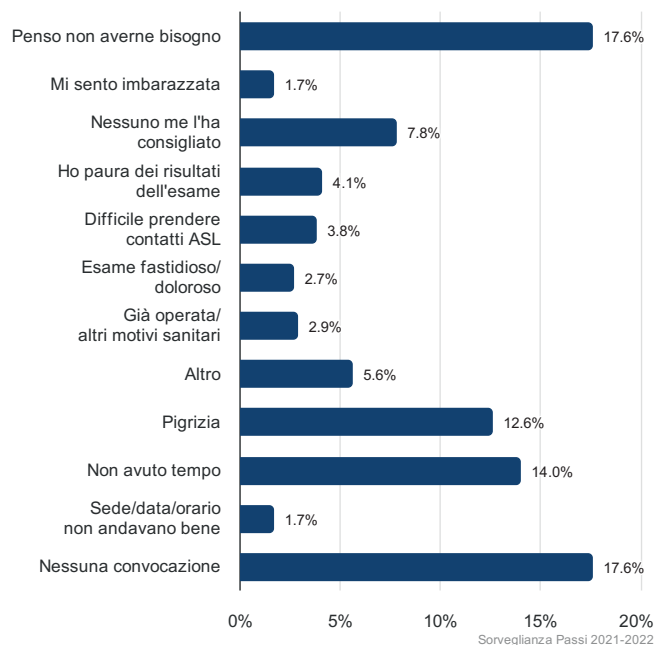
2.4 Motivi di mancata esecuzione degli screening organizzati (2021-2022)

Negli ultimi due anni sono due i motivi principali della non esecuzione dello **screening mammografico**: la mancata convocazione insieme al ritenere di non averne bisogno registrano entrambi un valore pari a 17,6%, in pratica quasi 1 donna su 5.⁴⁶

Il 14% non si è sottoposta allo screening mammografico per mancanza di tempo mentre un'altra fetta (12%) per pigrizia.

Punteggi esigui interessano motivazioni quali "mi sento imbarazzata" (1,7%), "esame fastidioso/doloroso" (2,7%), "difficile prendere contatti con la ASL" (3,8%), "sede, data, orario non andavano bene" (1,7%) ma non è da sottovalutare la quota pari al 7,8% che giustifica il rifiuto con "nessuno me l'ha consigliato".

Motivo della non esecuzione della mammografia negli ultimi due anni - ITALIA

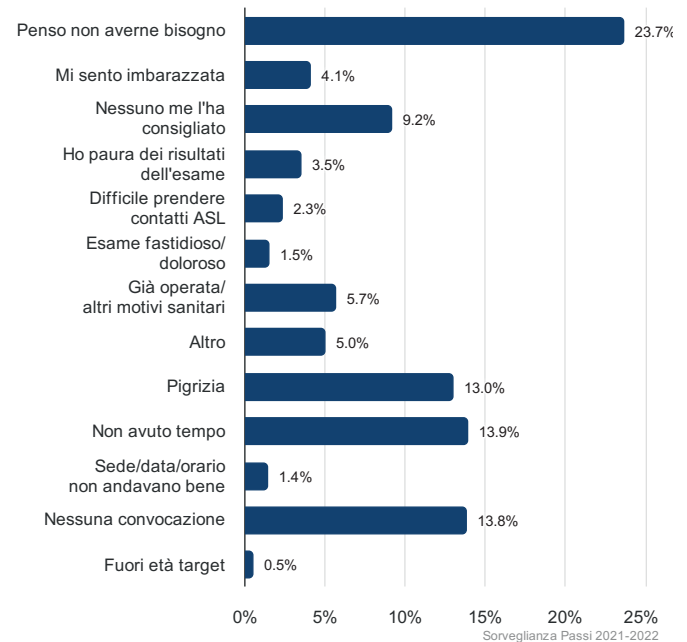


⁴⁶ Cfr. nota n°43.

Per lo **screening cervicale** la motivazione più evidente riguarda il ritenere di non averne bisogno (23,7%) mentre mancanza di tempo, pigrizia e mancata convocazione registrano valori molto simili tra loro, rispettivamente 13,9%, 13% e 13,8%.

La voce “nessuno me l’ha consigliato” riguarda quasi 1 donna su 10 (9,2%) mentre le restanti risposte non appaiono significative anche se circa 3 donne su 100 ancora riferiscono timori rispetto al risultato dell’esame (3,5%) e il 2,3% ritiene difficile prendere contatto con la ASL.

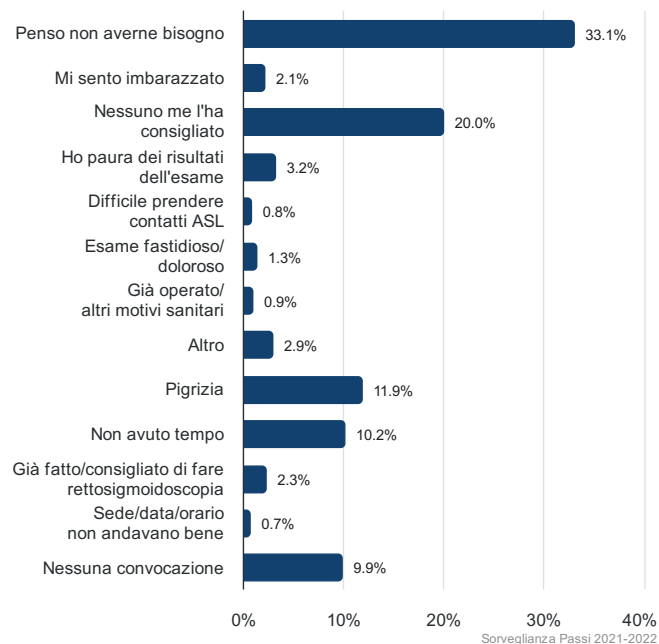
Motivi della non effettuazione del test di screening cervicale negli ultimi tre anni - ITALIA



Per lo **screening coloretta** la motivazione principale della non esecuzione è stata il ritenere di non averne bisogno (33,1%), seguita dalla voce "nessuno me l'ha consigliato" (20%) e da pigrizia e mancanza di tempo, rispettivamente 11,9% e 10,2%.

La mancata convocazione ha interessato quasi 1 persona su 10 (9,9%) mentre le restanti motivazioni registrano valori inferiori al 3%.

Motivo della non esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni - ITALIA



3. SFIDA DI SANITÀ PUBBLICA PER L'EQUITÀ

3.1 Valore della vaccinazione: la prevenzione fa risparmiare

La prevenzione attraverso le vaccinazioni può produrre significativi risparmi economici sia per i singoli individui, le famiglie e il Servizio Sanitario Nazionale.

Il PNPV 2017-2019 dedicava un paragrafo⁴⁷ ai costi della vaccinazione, segnalando come nel tempo fosse aumentata la consapevolezza sull'*Health Technology Assessment* (HTA) i cui studi prevedono anche la stima dei costi della mancata prevenzione: ad esempio, il risparmio in termini di costi diretti era stato stimato in *oltre 75 milioni di euro in 4 anni per eventi correlati allo pneumococco mentre per la vaccinazione contro l'HZ il risparmio stimato era pari a 3.081.760 per il 2016; 7.704.480 € per il 2017, 13.868.063 € per il 2018.*

Nel nuovo PNPV 2023-2025 manca un vero e proprio spazio dedicato agli studi di farmacoeconomia anche se è comunque presente un riferimento al fatto che *le vaccinazioni si sono dimostrate uno strumento altamente costo-efficace, riducendo i costi, sia diretti che indiretti, della malattia e delle sue complicanze.*

Il **tema dei costi diretti e indiretti** per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia dovuti a mancata vaccinazione ritorna anche nella già citata Circolare del Ministero sulla Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2023-2024.

In effetti, esistono diversi **studi di budget impact** che analizzano il "valore"⁴⁸ delle vaccinazioni e i loro effetti economici ma, nonostante le evidenze, *il valore complessivo delle vaccinazioni, ivi compresa quella antinfluenzale, a oggi non risulta essere del tutto riconosciuto.*⁴⁹

Le analisi di budget impact spesso vengono incluse nei **report HTA** (Health Technology Assessment); infatti a fronte della disponibilità di molteplici tecnologie sanitarie (es. tipologie di vaccino) l'approccio multidisciplinare e interdisciplinare è indispensabile poiché ha l'obiettivo di valutare il "valore" di un prodotto, fornendo informazioni evidence based che, se prese in considerazione, possono sostenere e orientare le scelte dei decisori verso un servizio sanitario equo, più sicuro e di elevata qualità.

⁴⁷ Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, I costi della mancata vaccinazione, pag. 21-24 e pag. 86-87.

⁴⁸ L'Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) nel 2019 ha individuato 4 dimensioni del valore della vaccinazione antinfluenzale: valore personale (es. esperienza dei pazienti); valore allocativo (es. accesso e equità nell'offerta), valore tecnico (es. HTA) e valore sociale (benessere, produttività). https://health.ec.europa.eu/publications/defining-value-value-based-healthcare_en

⁴⁹ Calabro G. E., Ricciardi W., Assessment della vaccinazione antinfluenzale secondo un approccio basato sui valori. 2022

Gli studi di budget impact nascono quindi per valutare anche l'impatto economico di un programma di vaccinazione sulla spesa sanitaria, sui costi diretti e indiretti, sulla produttività economica e su altri fattori socio-economici, e possono fornire una valutazione dettagliata degli effetti economici delle vaccinazioni, comprese le potenziali spese evitate e i risparmi generati dalla riduzione di cure mediche necessarie quali ad esempio le ospedalizzazioni.

A titolo esemplificativo si riportano nella tabella successiva (Tab. 22) i risultati del budget impact di uno studio italiano dell'anno 2021.⁵⁰

⁵⁰ Rumi F., Basile M., Cicchetti A., Analisi costo-efficacia e impatto sul budget del vaccino antinfluenzale quadrivalente ad alte dosi nella popolazione anziana italiana. 2021

Tab. 22 – Risultati del budget impact del vaccino antinfluenzale quadrivalente ad alte dosi nella popolazione anziana italiana

Input di costo	Scenario Senza QIV HD				Scenario con QIV HD				Differenziale	
	“No Vaccine”	QIV SD	Adjuvanted TIV	Totale	No Vaccine	QIV SD	Adjuvanted TIV	QIV HD		Totale
Costi Vaccino	0 €	131.245.008 €	73.424.703 €	204.669.710 €	0 €	112.452.639 €	58.583.539 €	122.227.591 €	293.263.770 €	88.594.059 €
Costi somministrazione	0 €	72.966.539 €	64.706.176 €	137.672.714 €	0 €	62.518.796 €	51.627.268 €	23.528.811 €	137.674.875 €	2.161 €
Medicinali prescritti	10.732.372 €	3.694.045 €	3.490.616 €	17.917.032 €	10.732.169 €	3.165.111 €	2.785.066 €	902.916 €	17.585.263 €	-331.769 €
Medicinali senza prescrizione	15.173.156 €	5.222.547 €	4.934.944 €	25.330.647 €	15.172.870 €	4.474.754 €	3.937.455 €	1.276.520 €	24.861.600 €	-469.047 €
Visite dal medico di base	10.670.395 €	3.672.712 €	3.470.458 €	17.813.565 €	10.670.193 €	3.146.834 €	2.768.983 €	897.702 €	17.483.712 €	-329.853 €
Accessi al PS “influenza-related”	2.898.307 €	997.587 €	942.650 €	4.838.544 €	2.898.252 €	854.747 €	752.115 €	243.835 €	4.748.949 €	-89.595 €
Ospedalizzazioni	2.835.793.750 €	1.544.052.522 €	1.379.849.522 €	5.759.695.794 €	2.835.740.227 €	1.322.966.746 €	1.100.943.768 €	407.278.623 €	5.666.929.364 €	-92.766.429 €
Totale	2.875.267.979 €	1.761.850.959 €	1.530.819.069 €	6.167.938.007 €	2.875.213.712 €	1.509.579.627 €	1.221.398.193 €	556.356.000 €	6.162.547.533 €	-5.390.474 €
Outcome										
Casi di influenza	1.338.021	460.542	435.180	2.233.743	1.337.996	394.599	347.218	112.568	2.192.381	-41.362
Visite dal medico di base	516.476	177.769	167.980	862.225	516.466	152.315	134.026	43.451	846.259	-15.966
Accessi al PS “influenza-related”	11.090	3.817	3.607	18.514	11.090	3.271	2.878	933	18.171	-343
Ospedalizzazioni	702.743	382.634	341.943	1.427.321	702.730	327.847	272.827	100.928	1.404.332	-22.989
Mortalità	541.244	334.807	297.599	1.173.650	541.234	286.867	237.446	107.029	1.172.576	-1.074
Influenza-related Mortality Approach	35.719	12.294	11.617	59.631	35.719	10.534	9.269	3.005	58.527	-1.104
Background Mortality Approach 1	505.525	322.512	285.982	1.114.019	505.515	276.333	228.177	104.024	1.114.049	31
LY	190.297.340	121.399.548	107.649.115	419.346.003	190.293.749	104.016.905	85.890.251	39.156.047	419.356.952	10.950
QALY	165.127.606	105.347.476	93.414.897	363.889.979	165.124.490	90.263.256	74.533.162	33.979.377	363.900.284	10.305

Fonte: Rumi F, Basile M, Cicchetti A., Analisi costo-efficacia e impatto sul budget del vaccino antinfluenzale quadrivalente ad alte dosi nella popolazione anziana italiana. 2021

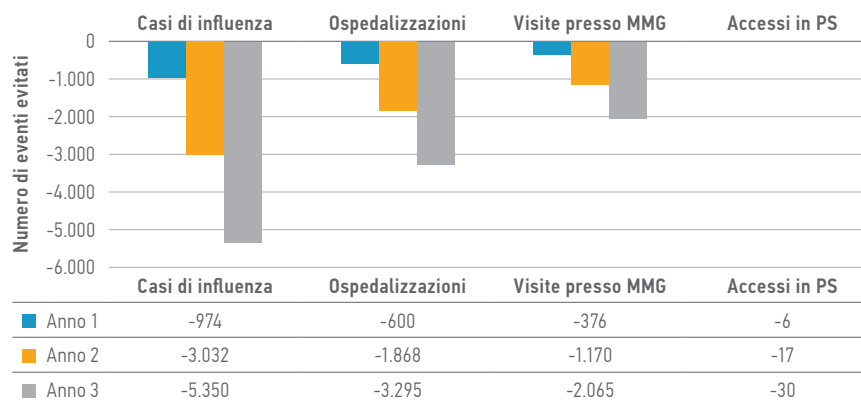
Per facilitare la lettura delle informazioni, si consideri che i ricercatori hanno messo a **confronto il vaccino QIV HD** (vaccino antinfluenzale contenente 4 volte gli antigeni di un vaccino a dose standard) **con il vaccino QIV SD** (standard).

I risultati, in uno scenario che considera le ospedalizzazioni correlate all'influenza (es. a causa di eventi cardio-respiratori) hanno messo in luce come il QIV HD possieda un *profilo costo-efficacia dominante nel confronto con QIV SD* e che il risparmio complessivo ottenuto confrontando i due scenari relativi ai ricoveri è pari a € 92.766.429.

Inoltre i costi di acquisizione e somministrazione di QIV HD sono stati compensati dai risparmi derivanti dalle ospedalizzazioni evitate e dagli altri driver presi in considerazione, risultando un risparmio complessivo di oltre 5 Mio € in 3 anni.

Restando sui vaccini QIV HD e QIV SD, alcuni ricercatori⁵¹ hanno preso a riferimento 3 regioni italiane (Lombardia, Lazio e Sicilia) e confrontato lo scenario possibile dell'impatto clinico in caso di switch completo dal QIV SD al QIV HD. (Graf. 9; 10 e 11).

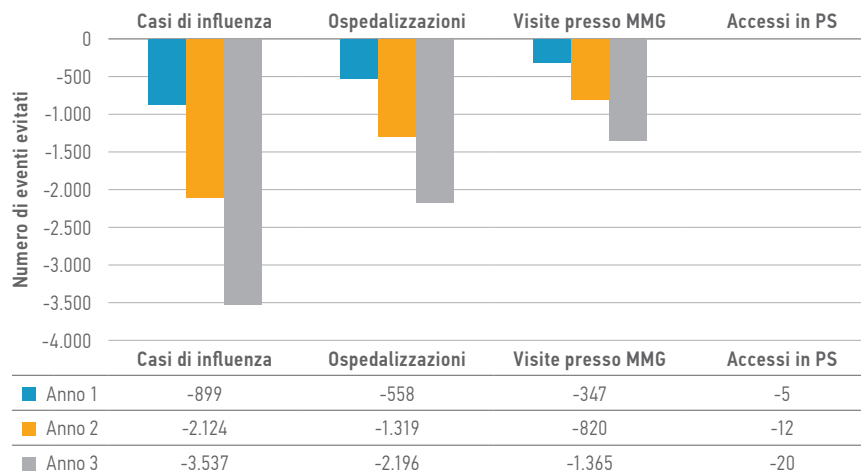
Graf. 9 – Regione Lombardia. Scenario dell'impatto clinico in caso di switch completo dal QIV SD al QIV HD nel corso dei tre anni



MMG = medico di medicina generale; PS = Pronto Soccorso.

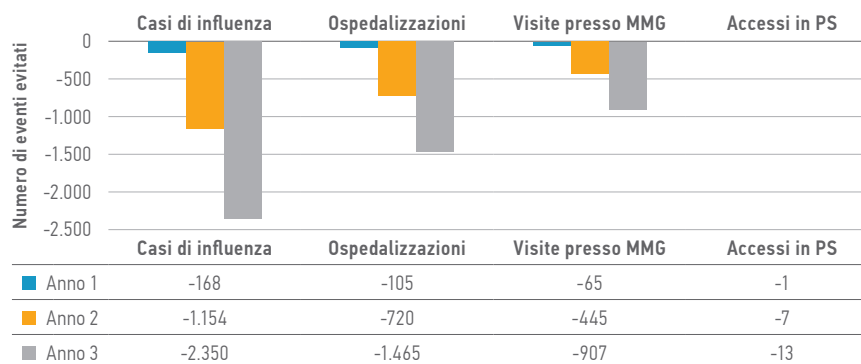
⁵¹ ClinicaEconomics, Analisi di budget impact per il vaccino antinfluenzale quadrivalente ad alto dosaggio (HD-QIV) nella popolazione anziana a livello regionale. Vol. 17, pag. 263-282. 2022

Graf. 10 – Regione Lazio. Scenario dell'impatto clinico in caso di switch completo dal QIV SD al QIV HD nel corso dei tre anni



MMG = medico di medicina generale; PS = Pronto Soccorso.

Graf. 11 – Regione Sicilia. Scenario dell'impatto clinico in caso di switch completo dal QIV SD al QIV HD nel corso dei tre anni



MMG = medico di medicina generale; PS = Pronto Soccorso.

Secondo gli studi di budget impact, molto sinteticamente, la vaccinazione può quindi contribuire a:

1. **Ridurre i costi sanitari diretti:** Le vaccinazioni prevengono le malattie infettive e le loro complicanze, riducendo la necessità di trattamenti medici talvolta anche molto costosi, visite dal MMG, ospedalizzazioni, accessi al pronto soccorso, cure a lungo termine, riabilitazione e supporto ai pazienti.
2. **Ridurre i costi indiretti:** L'ISTAT nel rapporto già richiamato nei precedenti paragrafi segnala che in Italia, la quota di lavoratori a tempo determinato da oltre 5 anni e di età compresa tra 60 e 64 anni è pari al 42%. Vaccinare questi soggetti permette di ridurre le assenze dal lavoro, migliorare la produttività, la qualità di vita e il benessere economico. Più in generale si tenga conto che i giorni lavorativi persi a causa dell'influenza ammontano a 11.100 all'anno con un costo pro capite di 327 euro.⁵²
3. **Generare risparmi sui programmi di assistenza sociale:** Le persone che evitano malattie infettive poiché vaccinate, sono meno inclini a richiedere assistenza sociale, alleggerendo così il sistema di welfare.

In un altro recente studio italiano⁵³ è stato determinato **l'impatto economico e fiscale dei vaccini raccomandati alla popolazione anziana (FLU, Pneumo e HZ)** e, rispetto alla vaccinazione antinfluenzale è emerso come questa generi benefici equivalenti a 1,8 volte il valore dell'investimento in termini di impatto fiscale e 11,1 volte in termini di perdita di produttività.

Infine, uno studio belga⁵⁴ del 2021 si è spinto oltre rispetto alle sole valutazioni economiche, segnalando come queste non riescano a riflettere l'intero valore della vaccinazione rispetto alla prevenzione delle complicanze legate ad alcune malattie prevenibili con vaccino, ai vantaggi in termini di salute per gli operatori sanitari, agli effetti gregge...all'effetto sulla resistenza antimicrobica...

A fronte di ciò, gli studi di budget impact dovrebbero diventare **fondamentali strumenti di valutazione dei decisori politici** poiché in grado di fornire una prospettiva robusta sugli **effetti a breve e lungo termine dei programmi di vaccinazione**. È importante sottolineare che gli effetti a lungo termine delle vaccinazioni, compresi quelli sulla salute pubblica e sulla qualità della vita, possono il più delle volte superare i risultati economici a breve termine.

⁵² Giannino MM, Politano G., Scarmozzino, A. et al., Costo dell'assenteismo per malattia durante le epidemie influenzali stagionali di media intensità tra gli operatori sanitari. 2019.

⁵³ Ruggeri M, Di Brino E, Cicchetti A. Estimating the fiscal impact of three vaccination strategies in Italy. 2020

⁵⁴ Annemans L, Beutels P, Bloom D.E. et al., Economic Evaluation of Vaccines: Belgian Reflections on the Need for a Broader Perspective. 2021

3.2 Le gare di acquisto in previsione della stagione influenzale 2023-2024

La gara di acquisto di un vaccino⁵⁵, nota anche come procedura di gara d'appalto o appalto pubblico, è un processo attraverso il quale una stazione appaltante, nello specifico il soggetto aggregatore regionale, trattandosi di categoria merceologica di propria competenza⁵⁶, provvede all'acquisto centralizzato di vaccini presso le aziende produttrici o distributrici.

Il processo è finalizzato a garantire un approvvigionamento sicuro (es. in termini di dosi necessarie) e "conveniente" di vaccini per la popolazione; quello di una gara d'acquisto di un vaccino antinfluenzale non può che partire da una **pianificazione e valutazione delle esigenze** di ciascuna Azienda del Servizio Sanitario Regionale; per un'accurata **determinazione del fabbisogno** si dovrebbe ad esempio tener conto delle dosi di vaccino sulla base della tipologia di popolazione (target), del tasso di copertura vaccinale desiderato, delle malattie da prevenire in quello specifico territorio e delle scorte eventualmente esistenti ma la maggior parte delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale rileva il fabbisogno quantitativo attraverso un'analisi dello storico (Tab. 23).

Tab. 23 - Esempi di alcune definizioni fabbisogni

1. ARIC Abruzzo: sulla base delle indicazioni fornite dai referenti della sanità pubblica delle quattro ASL, congiuntamente al Dipartimento Sanità e Prevenzione

2. SCR Piemonte: principalmente sulla base dell'andamento delle ultime campagne vaccinali. I fabbisogni sono stimati delle Aziende del Servizio Sanitario regionale destinatarie della gara

3. ARIA Lombardia: analisi della precedente campagna antinfluenzale con gli ordinativi di fornitura e con valori stimati dalla Direzione Generale Welfare. Dall'analisi si evince una buona corrispondenza media (96%) tra le quantità richieste in sede di gara, gli impegni di spesa e l'effettiva consegna dei vaccini sebbene si evidenzino dei comportamenti diversi tra le differenti tipologie di vaccini (73% vaccino quadrivalente su colture cellulari) - (Consultazioni preliminari di mercato, Giugno 2023)

⁵⁵ Si ringrazia il Prof. Claudio Amoroso, Presidente AREA e Componente del Direttivo FARE per il contributo alla revisione del paragrafo.

⁵⁶ Il DPCM del 24/12/15 ha individuato le categorie di beni (tra cui i farmaci all'interno dei quali sono ricompresi i vaccini) e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali...gli enti del Servizio Sanitario Nazionale ricorrono a Consip S.p.A. o agli altri soggetti aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure.

Al momento, attraverso una ricerca da desk (Google Search) sono state raccolte informazioni sulle regioni che hanno avviato/concluso la procedura per la fornitura dei vaccini antinfluenzali - campagna di vaccinazione 2023-2024 (Tab. 24).

Tab. 24 – Appalti/forniture vaccini antinfluenzali stagione 2023-2024

REGIONI	INFO SULLE PROCEDURE
PIEMONTE	Gara di acquisto sulla fornitura dei vaccini antinfluenzali N° 31-2023 del 4/08/23 disponibile (https://www.scr.piemonte.it/it/convenzioni/accordo-quadro-la-fornitura-di-vaccini-antinfluenzali-la-campagna-di-vaccinazione-2023-2024-gara-31). Tale gara è stata espletata anche per l'Azienda USL Valle d'Aosta e ASREM Molise.
LOMBARDIA	Gara di acquisto sulla fornitura di vaccini antinfluenzali n° 9077483 da parte di ARIA disponibile (https://www.sintel.regione.lombardia.it/eprocdato/auctionDetail.xhtml?id=170329941). Tale gara è stata espletata il 6/06/23 anche per le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, per l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, il Comprensorio Sanitario di Bolzano e l'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione di Motta di Livenza.
EMILIA ROMAGNA	Appalto specifico per la fornitura di vaccini antinfluenzali suddiviso in 5 lotti, in concorrenza ed esclusivi del 7/07/23 da parte di IntercenterER, disponibile su https://intercenter.regione.emilia-romagna.it/servizi-pa/convenzioni/convenzioni-attive/2023/vaccini-antinfluenzali-23-24
TOSCANA	Alla data del 30 agosto 2023, il sito di ESTAR, per ciò che concerne la vaccinazione 2023-2024, risulta fermo alla precedente campagna vaccinale https://www.estar.toscana.it/index.php/vaccinazione-antinfluenzale-un-milione-e-30-000-le-dosi-acquistate-da-estar/
UMBRIA	Appalto specifico indetto da Puntozero s.c.ar.l. (CRAS) per l'affidamento della fornitura di vaccini antinfluenzali alle aziende sanitarie della regione Umbria suddiviso in 5 lotti dello 01/06/23 https://puntozeroscarl.it/bandi-e-gare/CRAS/2023/appalto-specifico-indetto-da-puntozero-s-c-a-r-l-cras-per-l'affidamento-della-fornitura-di-vaccini-antinfluenzali-alle-aziende-sanitarie-della-regione-umbria-suddiviso-in-5-lotti-camp/
MARCHE	Alla data del 30 agosto 2023 il sito GT MultiEnte - Gare Telematiche/Piattaforma e-Procurement per gli Enti della Regione Marche non restituisce risultati utili (https://gtmultie.regione.marche.it/PortaleAppalti/it/homepage.wp) Consultato il sito della Regione - sez. Amministrazione Trasparente con esito negativo (https://www.regione.marche.it/Amministrazione-Trasparente/Bandi-di-gara-e-contratti/Procedure-gestite-dal-SUAM/Vaccini)
LAZIO	Alla data del 30 agosto 2023 il sito della Centrale di Acquisto S.TEL.LA non è accessibile tuttavia con Atto n° G04011 del 24/03/2023 è stato indetto un appalto specifico per l'acquisizione di Vaccini antiinfluenzali 2023/2024
ABRUZZO	Appalto specifico per la fornitura di Vaccini Antinfluenzali occorrenti alle Aziende sanitarie della Regione Abruzzo - istituito da ARIC su "Sistema Acquisti Telematici della Regione Lazio - S.TEL.LA", del 20/07/23 disponibile su https://centraleacquisti.regione.lazio.it/it/bandi-e-strumenti-di-acquisto/bandi-di-gara-in-scadenza/dettaglio-bando?id_doc=1625072&tipo_doc=BANDO_GARA_PORTALE

REGIONI	INFO SULLE PROCEDURE
MOLISE	Si veda regione Piemonte
CAMPANIA	Sul sito di SORESA (https://www.soresa.it/pa/Pagine/Convenzione-Dettaglio.aspx?ConvenzioneId=126) risultano pubblicate le Convenzioni per la Fornitura di Vaccini Antinfluenzali e altri vaccini ad uso umano- III Appalto Specifico scadute il 6 giugno 2023.
PUGLIA	Nel sito di InnovaPuglia (https://www.innova.puglia.it/visualizza-newsletter/-/asset_publisher/R6CJINjpYAnO/content/avviso-appalto-aggiudicato-vaccini-antinfluenzali-28-07-2023?_101_INSTANCE_R6CJINjpYAnO_redirect=http%3A%2F%2Fwww.innova.puglia.it%2Fweb%2Fguest%2Farchivio-newsletter%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_R6CJINjpYAnO%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D1) in data 25/07/23 - tramite avviso di appalto aggiudicato (n.ro gara: 9098268) risulta conclusa la procedura telematica...Appalto Specifico n. 20 finalizzato all'acquisizione di Vaccini antinfluenzali per gli Enti e le Aziende del SSR della Puglia. Gli approfondimenti sul sito di EMPULIA non risultano disponibili.
BASILICATA	Alla data del 30 agosto 2023, il sito di SUA-RB, per ciò che concerne la vaccinazione 2023-2024, risulta fermo alla precedente campagna vaccinale (https://www.sua-rb.it/PortaleAppalti/it/ppgare_bandi_lista.wp?actionPath=/ExtStr2/do/FrontEnd/Bandi/listAllInCorso.action&currentFrame=7)
CALABRIA	Alla data del 30 agosto 2023 non risultano disponibili informazioni attraverso ricerca da desk.
SICILIA	Sul sito istituzionale della Regione in data 19/06/23 è pubblicata la procedura di gara per la fornitura dei vaccini per la campagna antinfluenzale 2023 - 2024 (https://www.regione.sicilia.it/istituzioni/regione/strutture-regionali/assessorato-economia/ufficio-speciale-centrale-unica-committenza-l-acquisizione-beni-servizi/procedura-gara-fornitura-vaccini-campagna-antinfluenzali-2023-2024).
SARDEGNA	Sul sito istituzionale della Regione in data 21/04/23 è stata pubblicata la Procedura aperta informatizzata per la fornitura annuale di vaccini antinfluenzali - Campagna 2023/2024 - destinati al fabbisogno delle aziende sanitarie della Regione autonoma della Sardegna - ID gara ANAC N. 9019269 (https://www.regione.sardegna.it/atti-bandi-archivi/atti-amministrativi/bandi/105562)

Fonte: Salutequità tramite ricerca da desk su motore di ricerca Google Search, ultimo accesso il 30/08/23.

Prendendo a riferimento le procedure avviate dalle Centrali di Acquisto: SCR Piemonte, ARIC Abruzzo, ARIA, Intercent ER e CUC Sicilia, **le procedure utilizzate sono risultate:**

1. **Procedura aperta:** avendo i requisiti richiesti, permette a tutti di rispondere ad un bando di gara. Ha una tempistica che se non avviata in tempi utili potrebbe non risultare compatibile con l'approvvigionamento di vaccini. Esaurisce la sua funzione per lo specifico approvvigionamento per cui è nato. È stata utilizzata da ARIA con aggiudicazione multifornitore, previa applicazione dell'Accordo Quadro.

2. **Procedura ristretta:** utilizza il sistema dinamico di acquisto per farmaci e vaccini non specificatamente antinfluenzali. Si tratta di qualificare una tantum le Società interessate alla fornitura la cui validità permane per un massimo di 4 anni. Di conseguenza per avviare successivamente una gara non è più necessario ripubblicare il bando ma avviare il c.d. appalto specifico rivolto a tutte le Società qualificate, concedendo appena 10 giorni per la presentazione dell'offerta. In tal modo si garantiscono eventuali altri approvvigionamenti qualora si rendessero successivamente necessari. La maggior parte delle Centrali di acquisto procede in tal modo.

3. **Accordo quadro (AQ):** Nell'ambito di entrambe le procedure - aperta e ristretta - è possibile prevedere l'accordo quadro monofornitore e multifornitore. Hanno applicato l'AQ monofornitore Intercent ER ed ARIC. L'accordo quadro multifornitore risulta una forma molto valida perché mette a disposizione dei professionisti sanitari una maggiore disponibilità di terapie riferite alla stessa tipologia di vaccino, ma ancor di più assicura la certezza della fornitura potendo disporre di più di un fornitore, evitando quindi eventuali "rottture di stock". L'individuazione dell'operatore economico che effettuerà la prestazione avviene sulla base di decisione motivata in relazione alle specifiche esigenze cliniche. Una diversa opzione di affidamento avviene sulla base della definizione di quote predeterminate di fornitura, come nel caso di SCR che per il lotto 1 vaccino inattivato quadrivalente ha previsto il 70% del quantitativo al primo classificato ed il restante 30% al secondo. Questo tipo di scelta richiede una previsione dei fabbisogni molto prossima alle reali esigenze della popolazione perché diversamente si potrebbero creare difficoltà negli approvvigionamenti in sede di esecuzione contrattuale.

4. **Procedura negoziata senza bando:** non prevede la pubblicazione di un bando di gara ed è stata utilizzata dalla CUC Sicilia (Ufficio Speciale Centrale Unica di Committenza per l'Acquisizione di Beni e Servizi) relativamente a 3 lotti di Vaccino influenzale quadrivalente (virione split, inattivato, 60 microgrammi HA/ceppo), Vaccino influenzale quadrivalente (antigene di superficie, inattivato, prodotto in colture cellulari) e Vaccino antinfluenzale quadrivalente vivo attenuato. La motivazione addotta è relativa all'assenza di concorrenza per motivi tecnici e alla tutela di diritti esclusivi, mentre gli altri lotti erano ricompresi nella precedente gara unica triennale regionale in corso di validità. Tutte le Centrali esaminate hanno predisposto un lotto specifico per il vaccino antinfluenzale adiuvato.

PROPOSTE



TEMPESTIVITÀ ED UNIFORMITÀ DI ACCESSO

1

Definire la metodologia che renda concretamente agile il calendario vaccinale, **esplicitando il meccanismo istituzionale** che permetterà ad ogni suo aggiornamento un rapido allineamento da parte delle Regioni.

2

Revisionare e aggiornare i LEA per permettere **l'inclusione degli aggiornamenti del calendario vaccinale** e dei relativi indicatori di copertura, garantendo così il diritto del cittadino a fruire di tutte le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale così come richiamato nel PNPV 2023-2025.

3

Aggiornare e inserire nei LEA **l'estensione dello screening mammografico** alle donne di età compresa tra i 45 e i 49 anni e tra i 70 e i 74 anni, oggi già garantito per entrambe le fasce di età in Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana e Basilicata.

4

Recuperare gli screening oncologici non effettuati a causa della pandemia, utilizzando i **finanziamenti stanziati** e non ancora tutti utilizzati.



MISURAZIONE E TRASPARENZA DEGLI ESITI

1

Istituire la Cabina di Regia presso la Direzione Generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute così come richiamata nel PNPV 2023-2025, definendo con chiarezza i tempi (brevi) entro cui gli indicatori devono essere prodotti affinché **il sistema di monitoraggio entri in vigore a partire dal 2024**. È necessario tener conto che il sistema di misurazione potrà anche alimentare il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei LEA.

2

Analogamente all'indicatore CORE per i 3 screening oncologici organizzati, prevedere nel NSG **un indicatore CORE che possa misurare le coperture raggiunte** nelle vaccinazioni per gli anziani previste dal PNPV 2023-2025 (FLU, PNEUMO e HZ). Per farlo è necessario **raccogliere in modo uniforme**, attraverso l'Anagrafe Vaccinale Regionale, anche le coperture della vaccinazione pneumococcica e contro l'HZ degli adulti di età ≥ 65 anni e dei soggetti con patologia.

3

Garantire **trasparenza sui dati di copertura** per tutte le vaccinazioni raccomandate per tutte le età, comprese quelle per gli adulti relative a Herpes Zoster e Pneumococco. È altresì necessario un **sistema di monitoraggio costante** sull'andamento delle coperture raggiunte nel corso della campagna antinfluenzale per favorire un eventuale recupero durante i mesi invernali e contribuire all'attività di **co-somministrazione** delle restanti vaccinazioni raccomandate nelle persone ≥ 65 anni.



STANDARD DI PERSONALE DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

1

Definire e varare gli standard quali/quantitativi di personale dei Dipartimenti di Prevenzione anche al fine di rendere equa ed omogenea l'offerta attiva alla vaccinazione e completare il disegno complessivo delle risorse presenti e del fabbisogno di personale necessario per la garanzia delle attività del SSN.



RAGGIUNGERE LE PERSONE CON FRAGILITÀ: AGGIORNARE I PDTA

1

Aggiornare i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali esistenti e includere in quelli di nuova approvazione le vaccinazioni raccomandate e gratuite per persone con patologie croniche, rare, oncologiche. È utile l'individuazione di un indicatore di esito rispetto alla percentuale di pazienti fragili e/o a rischio per patologia che hanno aderito alla vaccinazione dopo essere stati correttamente informati da chi previsto nel PDTA.

Anche i **PAI** devono prevedere l'inclusione delle vaccinazioni e degli screening oncologici organizzati, laddove appropriato.



RAZIONALIZZARE I PERCORSI DI CURA E PREVENZIONE

1

Per le persone con patologie croniche, fragili e anziani è necessario facilitare l'adesione alla vaccinazione, **utilizzando al meglio tutte le occasioni di accesso ai servizi sanitari** (studi MMG, farmacie, distretto, ospedale, case della salute e case della comunità) partendo dalla promozione di una corretta informazione sulle attività di prevenzione, sulla condizione di rischio e su come ridurla, **fino ad arrivare alla contestuale somministrazione dei vaccini** appropriati.

2

Anche il **ricovero ospedaliero** rappresenta un'opportunità di contatto rispetto alle persone da proteggere con vaccini e screening oncologici. Ad esempio i **reparti di medicina interna** potrebbero essere primariamente presi in considerazione come luoghi per la campagna antinfluenzale, così come per le altre vaccinazioni dell'anziano.



RIDURRE LA BUROCRAZIA PER I PROFESSIONISTI SANITARI PER GARANTIRE PIÙ OFFERTA DI SERVIZI

1

Rivedere l'organizzazione dei percorsi attualmente utilizzati per attività di prevenzione come gli screening oncologici organizzati per **recuperare margini di produttività nelle attività sanitarie di prevenzione** a garanzia così di una maggiore offerta nei confronti degli assistiti. In particolare si suggerisce di **agire sulle attività burocratiche** in carico ai sanitari che possono essere assolte con la stessa qualità dal personale amministrativo.

FONTI DI RIFERIMENTO

AGENAS, Portale statistico. <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=site/public>

AGENAS, Programma Nazionale Esiti. 2022. <https://pne.agenas.it/>

AIFA, Rapporto OSMED 2022. Anno 2023

Annemans L., Beutels P., Bloom D.E. et al., Economic Evaluation of Vaccines: Belgian Reflections on the Need for a Broader Perspective. 2021

Australian Influenza Surveillance, Reports. 2023. <https://www.health.gov.au/resources/collections/aisr>

Bonanni P., Gasparini R., Greco D. et al., Abbassamento dell'età di raccomandazione della vaccinazione anti-influenzale a 60 anni: una scelta per la salute e per l'economia del Paese. 2015.

Calabro G. E., Ricciardi W., Assessment della vaccinazione antinfluenzale secondo un approccio basato sui valori. 2022

ClinicoEconomics, Analisi di budget impact per il vaccino antinfluenzale quadrivalente ad alto dosaggio (HD-QIV) nella popolazione anziana a livello regionale. Vol. 17, pag. 263-282. 2022

Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, Repertorio atto n. 193/CSR, 2 agosto 2023.

Corte dei Conti, Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica. 2023

Corte dei Conti, Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni/province autonome - Esercizi 2019-2022. Anno 2023

EXPH (Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health), Defining value in 'Value-based healthcare. 2019 https://health.ec.europa.eu/publications/defining-value-value-based-healthcare_en

Gazzetta Ufficiale del 21 agosto 2023 - G.U. Serie Generale.

Giannino MM, Politano G., Scarmozzino, A. et al., Costo dell'assenteismo per malattia durante le epidemie influenzali stagionali di media intensità tra gli operatori sanitari. 2019.

Gruppo di comunicazione inter screening (Gic) (a cura di). Screening oncologici: dieci buone pratiche per la comunicazione. 2023

ISTAT, La vaccinazione antinfluenzale in Italia: propensione e comportamenti nel 2021, marzo 2023

ISTAT, Rapporto SDGs 2023. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia, 2023

ISTAT, Spese Per Consumi Delle Famiglie. 2022

ISS (Istituto Superiore di Sanità), Sorveglianza Passi. 2023 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico?tab-container-1=tab1#dati>

ISS (Istituto Superiore di Sanità), Passi d'Argento 2022 - 2023. 2023

Jiménez-García R, Rodríguez-Rieiro C, Hernández-Barrera V, et al. Effectiveness of age-based

strategies to increase influenza vaccination coverage among high risk subjects in Madrid. 2011

Ministero della Salute, Circolare n° 0025631 del 30/07/2020

Ministero della Salute, Circolare Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2023-2024, 2023. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2023&codLeg=93294&parte=1%20&serie=null>

Ministero della Salute, Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. 2020. Anno 2023

Ministero della Salute, Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. 2021. Anno 2023

Ministero della Salute, Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, I costi della mancata vaccinazione, pag. 21.24

Ministero della Salute, Vaccinazioni Persone di età ≥ 60 anni - <https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4810&area=vaccinazioni&menu=fasce>

Ministero della Salute, Dati coperture vaccinali Influenza. Luglio 2023.

[https://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=679&area=influenza&menu=vuoto#:~:text=Dalla%20stagione%202015%2F16%20l,\)%20nella%20stagione%202022%2F2023.](https://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=679&area=influenza&menu=vuoto#:~:text=Dalla%20stagione%202015%2F16%20l,)%20nella%20stagione%202022%2F2023.)

OMS, FluNews Europe - <https://flunewseurope.org/>

Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto ONS 2021. Anno 2022

Prato R., Martinelli D., Calabria S. et al., La vaccinazione dei pazienti con BPCO e Asma nei PDTA in Italia: gap da colmare e prospettive future. 2023

Ruggeri M, Di Brino E, Cicchetti A., Estimating the fiscal impact of three vaccination strategies in Italy. 2020

Rumi F., Basile M., Cicchetti A., Analisi costo-efficacia e impatto sul budget del vaccino antinfluenzale quadrivalente ad alte dosi nella popolazione anziana italiana. 2021

Salutequità, Prevenzione per l'equità. Le campagne vaccinali Antinfluenzali nelle persone anziane fragili. 10° Report, 2022.

Salutequità, Vaccinazioni ed equità: focus su meningococco in età adolescenziale. 2022. https://salutequita.it/wp-content/uploads/2023/02/Report_Salutequita-su-vaccinazione_adolescenti_focus-meningococco_final-x-sito.pdf

Salutequità, Equità di accesso in oncologia. 9° Report. 2022. <https://salutequita.it/chi-siamo/report/>

SIGG, Giornale Di Gerontologia, Volume LV Supplemento 1 al Numero 6. 2007.

SIGG, I Vaccini Nell'adulto E Nell'anziano: Conoscerli Per Promuoverli. 2019

SIPREC, Contributo degli Interventi di Prevenzione Cardiovascolare alla Sostenibilità del Sistema Sanitario in Italia. 2023

SITL, SIMIT, Proposte Operative per la Vaccinazione dei soggetti adulti fragili/Immunocompromessi. 2019

SALUTE  **QUITÀ**  [®]

© Salutequità, 5 ottobre 2023

Attribuzione: Prevenzione sfida per l'equità nelle Regioni - 2023 - Disponibile su www.salutequita.it

Questo documento è distribuito con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale.

È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte.

SALUTE  **QUITÀ**®

Prevenzione sfida per l'equità nelle Regioni

Vaccinazioni nell'anziano e screening organizzati:
valore, risorse e accessibilità

Con il contributo non condizionato di

sanofi