

193

VACCINAZIONI

- 193 IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE VACCINALE
- 195 PRP 2015-2018
- 195 LE COPERTURE VACCINALI E LE LEGGI SULL'OBBLIGO
- 196 LE VACCINAZIONI RACCOMANDATE IN ETA' PEDIATRICA E IN ADOLESCENZA
- 199 HPV
- 200 DONNA IN GRAVIDANZA
- 201 ADULTO E ANZIANO
- 203 OPERATORE SANITARIO
- 204 EVENTI AVVERSI A VACCINO

206

SCREENING

ONCOLOGICI

- 206 LE PATOLOGIE TARGET DI SCREENING ONCOLOGICI
- 206 PRP 2015-2018
- 207 COPERTURE DEI PROGRAMMI DI SCREENING
- 209 EPIDEMIOLOGIA DEI TUMORI OGGETTO DI SCREENING
- 210 LO SCREENING E LE DISUGUAGLIANZE
- 213 LA PREVENZIONE SECONDARIA E L'INAPPROPRIATEZZA

214

SCREENING

NEONATALI

- 214 DEFICIT NEUROSENSORIALI
- 214 SCREENING METABOLICI

10.1 Vaccinazioni

Alcune malattie infettive presentano la caratteristica di poter essere prevenute, e uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per la loro prevenzione primaria, è rappresentato dalla vaccinazione. L'obiettivo dei programmi di prevenzione vaccinale è sia quello di ottenere la riduzione e, quando possibile, l'eradicazione di alcune malattie infettive che possono causare gravi complicazioni e/o per le quali non esiste una terapia efficace, sia quello di proteggere quelle persone che, per determinate condizioni epidemiologiche, di salute, occupazionali o comportamentali, sono più esposte al pericolo di contrarre determinate infezioni e di sviluppare forme gravi.

I vaccini si collocano, senza dubbio, tra gli interventi più efficaci, costo-efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Il beneficio è diretto, derivante dalla vaccinazione stessa che immunizza totalmente o parzialmente la persona vaccinata, e indiretto, in virtù della creazione di una rete di sicurezza (*herd immunity*), a favore dei soggetti non vaccinati, che riduce il rischio di contagio.

La straordinarietà di questo strumento è data dal fatto che esso, a fronte di un modesto impiego di risorse, comporta rilevanti benefici in termini di immunità individuale e immunità collettiva. Una popolazione sana risulta essere uno dei principali fattori di crescita economica e sociale di un Paese.

10.1.1 Il piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2017-19 e la sua implementazione in Emilia-Romagna

L'offerta vaccinale prevista dal PNPV 2017-19 e ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute, è stata completamente realizzata in Emilia-Romagna nel corso del 2017 e 2018 (DGR 427/2017 e 693/2018). Sono pertanto state introdotte nel calendario vaccinale regionale le seguenti vaccinazioni:

- Prima infanzia: Meningococco B, rotavirus e varicella;
- Adolescenza: estensione della vaccinazione anti HPV ai maschi e introduzione della 5° dose di antipolio; la vaccinazione contro il meningococco tetravalente (A, C, W, Y) come dose booster era già stata introdotta in Emilia-Romagna nel 2015, anticipando il PNPV;
- Donna in gravidanza: vaccinazione contro la pertosse;
- Età adulta/anziana (65enni): vaccinazione anti-pneumococco e anti Herpes Zoster.

Inoltre, è proseguita l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni, già in calendario, contro: difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus influenza b, pneumococco, meningococco tetravalente (A,C,W,Y), morbillo-parotite-rosolia e, per le persone ≥ 65 anni, influenza.

Così come è proseguita, con sempre maggiore impegno, l'offerta vaccinale alle persone di qualunque età che, per la presenza di patologie croniche, sono a particolare rischio di contrarre le infezioni e di sviluppare forme gravi delle malattie.

Altrettanto impegno è stato dedicato all'offerta vaccinale alle donne in gravidanza e alle donne in età fertile e agli operatori sanitari.

Figura 10.1 Calendario vaccinale Regione Emilia-Romagna dal 2019

Calendario Regionale delle vaccinazioni offerte attivamente a tutta la popolazione Anno 2019													
Vaccino	0 gg-30 gg	3° mese (61° giorno)	4° mese (91° giorno)	5° mese (121° giorno)	6° mese (151° giorno)	11° mese	13° mese	14° mese	6 anni	12°- 14° anno	65 anni	> 65 anni	Ogni 10 anni
DTPa (difterite tetano pertosse)		DTPa		DTPa		DTPa			DTPa	dTpa			dTpa
IPV (poliomielite)		IPV		IPV		IPV			IPV	IPV			
HBV (epatite B)	(nati da madre HBsAg+) HBV +HBV	HBV		HBV		HBV							
Hib (haemophilus influenzae b)		Hib		Hib		Hib							
MPRV (morbillo, parotite, rosolia e varicella)							MPRV		MPRV				
PCV (pneumococco)		PCV		PCV		PCV					PCV + PPSV		
Men B (meningococco B)			Men B		Men B			Men B					
Men Tetra (meningococco A,C,W e Y)							Men Tetra			Men Tetra			
Rotavirus		Rotavirus (due o tre dosi a seconda del vaccino utilizzato)											
HPV										HPV (2 dosi)			
Varicella										Varicella (2 dosi ai suscettibili)			
Influenza												Influenza	
Herpes Zoster											HZ		

- DTPa:** anti difterite-tetano-pertosse acellulare
- IPV:** anti poliomielite inattivato
- HBV:** anti epatite B
- Hib:** antiemofilo b
- MPRV:** anti morbillo-parotite-rosolia-varicella
- PCV:** anti pneumococco coniugato
- PPSV:** anti pneumococco polisaccaridico 23 valente
- Men tetra:** anti meningococco A,C,W,Y
- Men B:** anti meningococco B
- HPV:** anti papilloma virus umano
- HZ:** anti Herpes Zoster

10.1.2 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

La prevenzione delle Malattie Infettive è uno degli obiettivi trasversali a tutto il PRP, per cui tutti i 6 setting, hanno azioni rivolte a questo obiettivo anche se in misura diversa. Le attività più rilevanti sono:

Setting 1: Ambiente di lavoro

- 1.2 Promozione della salute nei luoghi di lavoro
- 1.8 Tutela della salute degli operatori sanitari

Setting 2: Comunità - Programmi di popolazione

- 2.12 Implementazione e monitoraggio programmi di screening oncologici
- 2.13 Sorveglianza malattie infettive
- 2.14 Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività

Setting 4: Comunità - Programmi per condizione

- 4.8 Promozione della salute nella carceri

Setting 6 - Ambito sanitario

- 6.10 Anticipare la diagnosi e ridurre la trasmissione di HIV e TB

10.1.3 Le coperture vaccinali e le leggi sull'obbligo

Il concetto di *herd immunity* è particolarmente importante per quei bambini che non possono essere vaccinati (es. bambini immunodepressi, con gravi patologie croniche, con tumori ecc.). Per questi bambini l'unica possibilità di frequentare i servizi educativi/scuola per l'infanzia è che tutti gli altri siano vaccinati per evitare che le malattie circolino e possano raggiungerli. La percentuale di vaccinati che garantisce la miglior protezione a tutta la popolazione deve attestarsi al di sopra del 95%. In Emilia-Romagna la copertura vaccinale è sempre stata molto buona e una delle migliori in Italia. Tali coperture, fino agli inizi degli anni 2000, superavano il 98% per alcune vaccinazioni (le "vecchie obbligatorie": difterite, tetano, poliomielite ed epatite B).

Fra il 2009 e il 2010 è iniziata una graduale diminuzione, tale calo si è accentuato particolarmente dal 2013, passando dal 95,7% (nel 2013) al 93,4% al 31/12/2015, al 92,4% al 31/12/2016 con una perdita di oltre tre punti percentuali in soli tre anni e scendendo sotto al livello di sicurezza del 95%. Per il morbillo poi le coperture sono scese dal 92,8% del 2011 all' 87% del 2015. Trattandosi di una malattia altamente contagiosa, che richiede il 95% di copertura con due dosi per poter essere controllata, tali coperture sono veramente a rischio.

Come citato nel [PNPV 2017-19](#), anche il Comitato Nazionale di Bioetica raccomanda di "Porre in essere, in caso di situazioni di allarme, azioni ripetute e adottare provvedimenti di urgenza ed eventuali interventi legislativi, necessari a ripristinare o raggiungere un livello accettabile di sicurezza sanitaria ottenibile mediante il mantenimento di elevate coperture vaccinali."

A questo scopo la Regione Emilia-Romagna ha introdotto all'interno dell'Art. 6 della legge 19/2016 "Servizi educativi per la prima infanzia. Abrogazione della L.R. n. 1 del 10 gennaio 2000" il comma 2 che recita: "Al fine di preservare lo stato di salute sia del minore sia della collettività con cui il medesimo viene a contatto, costituisce requisito di accesso ai servizi educativi e ricreativi pubblici e privati l'aver assolto da parte del minore gli obblighi vaccinali prescritti dalla normativa vigente. Ai fini dell'accesso la vaccinazione deve essere omessa o differita solo in caso di accertati pericoli concreti per la salute del minore in relazione a specifiche condizioni cliniche."

A questa legge regionale ha fatto seguito la legge nazionale 119/2017 che ha reso obbligatorie per i minori fino ai 16 anni 10 vaccinazioni (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus influenza b, morbillo, parotite, rosolia, varicella, quest'ultima a partire dai nati nel 2017) stabilendo che l'esecuzione di tali vaccinazioni rappresenti un requisito per l'ammissione ai servizi educativi e alle scuole dell'infanzia (per i bambini da 0 a 6 anni). Inoltre, la violazione dell'obbligo vaccinale comporta l'applicazione di sanzioni pecuniarie.

L'impatto di queste due leggi sulle coperture vaccinali è stato molto evidente come verrà mostrato nel successivo paragrafo.

10.1.4 Le vaccinazioni raccomandate in età pediatrica e in adolescenza

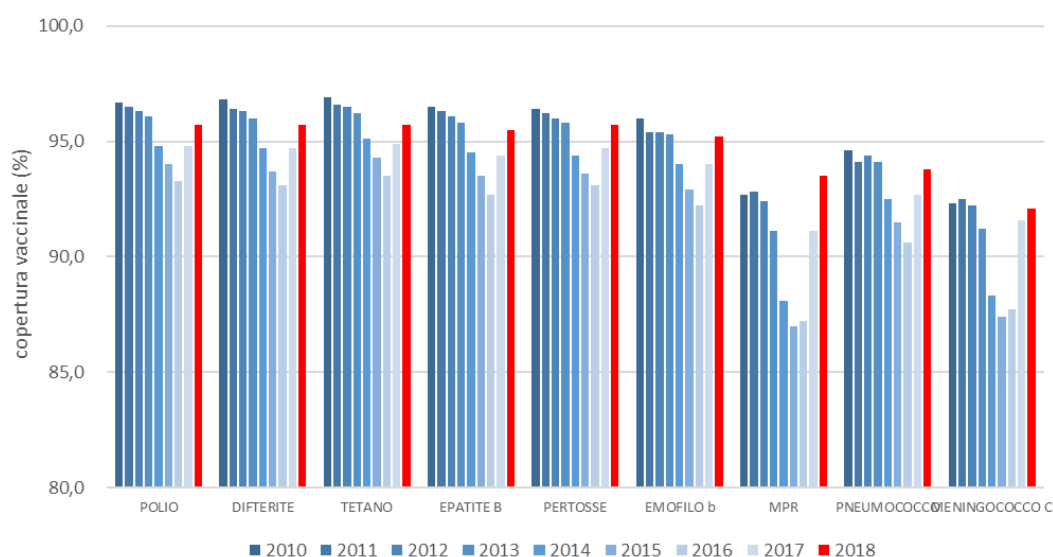
In età pediatrica vengono dunque offerte 10 vaccinazioni obbligatorie contro: difterite, tetano, poliomielite, pertosse, epatite B, emofilo b, morbillo, parotite, rosolia e varicella (quest'ultima obbligatoria a partire dai nati nel 2017) e 4 vaccinazioni raccomandate contro: pneumococco, meningococco ACWY, meningococco B e rotavirus. Tali vaccinazioni richiedono cicli a più dosi e la vaccinazione non può essere considerata correttamente eseguita se non si completa tutto il ciclo previsto. Le coperture vaccinali vengono calcolate al 24° mese di vita, a 7 anni e in adolescenza.

Coperture vaccinali al 24° mese

La copertura vaccinale al 24° mese prevede l'effettuazione di:

- 3 dosi di polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, emofilo b e pneumococco
- 1 dose di morbillo, parotite, rosolia, varicella e meningococco C.

Figura 10.2 Andamento delle coperture vaccinali al 24° mese, Emilia-Romagna 2010-2018



Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna

Tabella 10.1 Coperture vaccinali al 24° mese al 31.12.2018 per AUSL, Emilia-Romagna

AUSL di notifica (ed ex-AUSL)	Coperture vaccinali al 24° mese (%) al 31.12.2018 - coorte 2016									
	Polio	Difterite	Tetano	Epatite B	Pertosse	Emofilo B	MPR	Varicella	Pnuemo cocco	Meningo cocco C
Piacenza	94,2	94,1	94,2	93,9	94,1	93,2	93,0	72,9	92,3	91,2
Parma	97,1	97,1	97,1	97,0	97,1	96,9	94,1	82,4	96,0	93,1
Reggio Emilia	96,9	96,8	96,9	96,4	96,8	96,0	94,5	79,9	93,7	93,6
Modena	96,1	96,1	96,2	96,0	96,1	95,7	94,3	80,4	94,8	93,8
Bologna	95,6	95,6	95,6	95,4	95,6	95,0	93,7	82,2	93,4	92,0
Imola	96,5	96,6	96,7	96,7	96,6	95,8	94,4	84,9	95,0	93,1
Ferrara	94,6	94,6	94,6	94,7	94,6	94,4	93,5	77,7	93,5	91,9
Romagna	94,9	94,8	94,9	94,6	94,8	94,3	91,9	71,4	93,0	89,9
Ravenna	97,0	96,9	97,0	96,7	96,9	96,5	95,7	85,7	95,2	94,1
Forlì	94,9	94,9	95,0	94,1	94,9	94,1	90,9	71,4	92,6	88,5
Cesena	95,3	95,2	95,3	95,2	95,2	94,6	91,7	70,9	93,2	89,8
Rimini	92,3	92,3	92,4	92,2	92,3	91,9	88,3	55,8	90,7	86,3
Emilia-Romagna	95,7	95,7	95,7	95,5	95,7	95,2	93,5	78,2	93,8	92,1

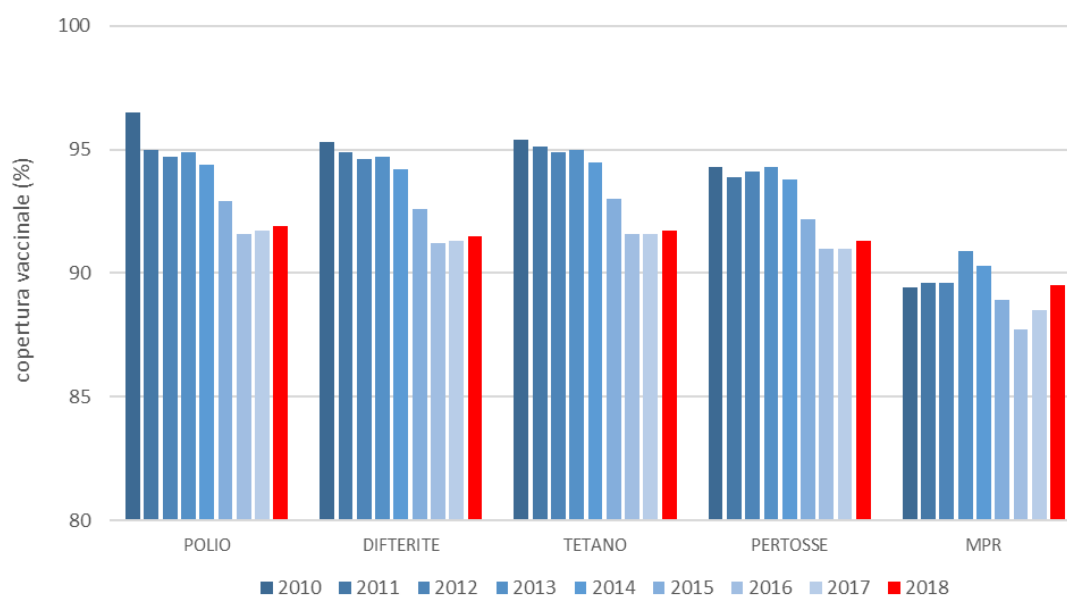
Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna

Coperture vaccinali a 7 anni

La copertura vaccinale a 7 anni prevede l'effettuazione di:

- 4 dosi di polio, difterite, tetano e pertosse
- 2 dosi di morbillo, parotite, rosolia e varicella

Figura 10.3 Andamento delle coperture vaccinali a 7 anni, Emilia-Romagna 2010-2018



Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna

Tabella 10.2 Coperture vaccinali a 7 anni al 31.12.2018 per AUsl, Emilia-Romagna

AUSL di notifica (ed ex-AUSL)	Coperture vaccinali a 7 anni (%) al 31.12.2018 - coorte 2011					
	Polio	Difterite	Tetano	Pertosse	MPR	Varicella
Piacenza*	76,3	76,2	76,2	76,0	90,9	10,9
Parma	92,3	92,0	92,1	91,9	90,1	20,4
Reggio Emilia	94,1	92,6	92,8	92,4	91,1	17,9
Modena	94,5	94,1	94,3	93,8	91,1	13,5
Bologna	91,4	91,1	91,2	90,9	88,8	18,2
Imola	94,6	94,3	94,7	94,2	93,0	17,4
Ferrara	90,8	90,9	91,0	90,9	80,1	16,5
Romagna	92,8	92,7	93,1	92,5	89,8	5,8
Ravenna	96,2	96,2	96,2	95,9	93,7	8,1
Forli	94,9	94,9	95,3	94,8	91,7	8,2
Cesena	92,9	92,5	93,2	92,2	88,1	2,3
Rimini	87,9	87,8	88,3	87,7	85,3	3,9
Emilia-Romagna	91,9	91,5	91,7	91,3	89,5	13,9

*risente di problemi legati alla trasmissione del dato

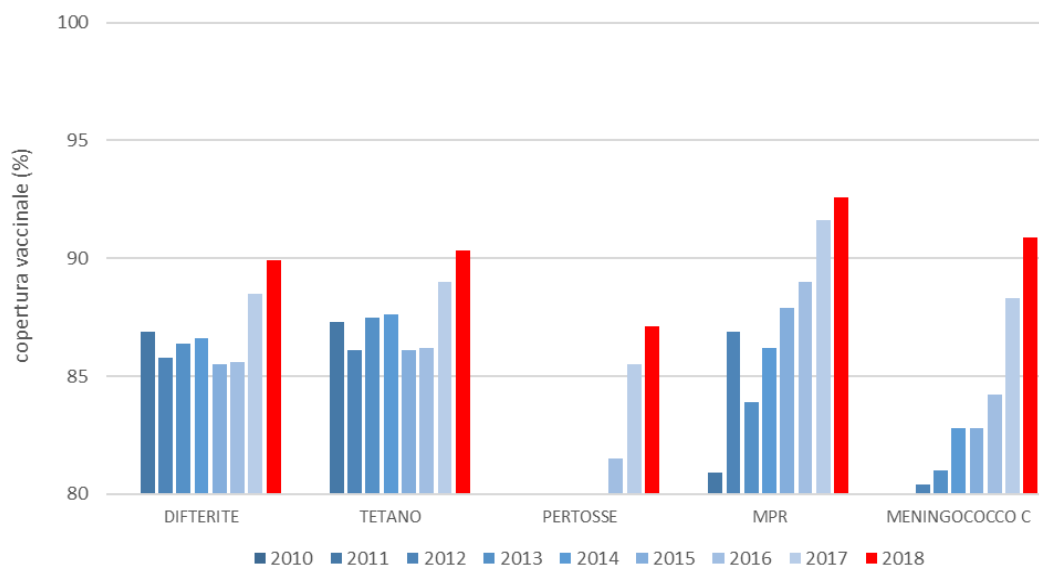
Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna

Coperture vaccinali a 16 anni

La copertura vaccinale a 16 anni prevede l'effettuazione di:

- 5 dosi di difterite, tetano e pertosse
- 2 dosi di morbillo, parotite e rosolia

Figura 10.4 Andamento delle coperture vaccinali a 16 anni, Emilia-Romagna 2010-2018



Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna

Tabella 10.3 Coperture vaccinali a 16 anni al 31.12.2018 per AUSL, Emilia-Romagna

AUSL di notifica (ed ex-AUSL)	Coperture vaccinali a 16 anni (%) al 31.12.2018 - coorte 2002				
	Difterite	Tetano	Pertosse	MPR	Meningococco C
Piacenza	84,9	85,2	83,7	86,1	85,3
Parma	84,7	85,0	80,7	91,7	88,9
Reggio Emilia	89,3	89,6	86,3	95,5	90,3
Modena	92,2	92,5	88,6	94,5	94,1
Bologna	89,8	90,3	87,3	92,5	91,5
Imola	92,6	92,7	90,7	95,4	92,3
Ferrara	94,3	94,3	91,8	92,0	90,0
Romagna	90,6	91,4	88,1	91,7	90,7
Ravenna	94,3	94,7	91,3	94,2	94,4
Forlì	93,8	94,4	91,3	94,9	92,7
Cesena	91,9	92,8	89,6	93,7	91,5
Rimini	84,2	85,2	82,0	86,1	85,3
Emilia-Romagna	89,9	90,3	87,1	92,6	90,9

Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna

10.1.5 Human papilloma virus (HPV)

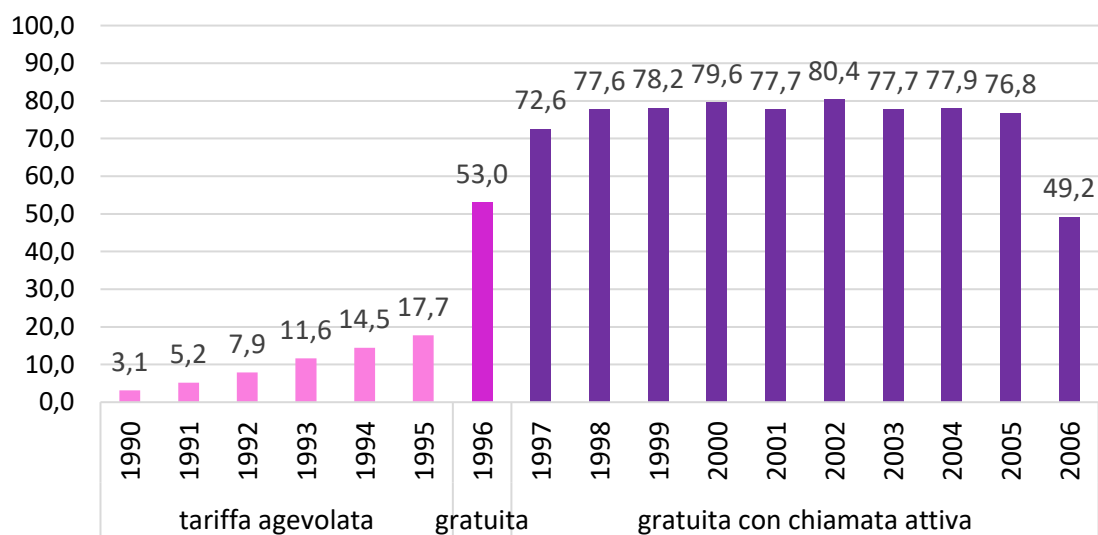
L'offerta della vaccinazione contro l'HPV è iniziata nel 2008 con offerta attiva e gratuita per le ragazze nel dodicesimo anno di vita (nate nel 1997 nel 2008). Le ragazze nate nel 1996 hanno avuto diritto alla gratuità ma senza la chiamata attiva. Il diritto alla gratuità, a partire dalle nate nel 1996, viene mantenuto fino al compimento dei 18 anni. Le ragazze nate prima del 1996 possono eseguire questa vaccinazione presso gli ambulatori vaccinali delle Ausl con pagamento di un prezzo agevolato. Inoltre, la Regione Emilia-Romagna ha deliberato la gratuità di questa vaccinazione per le persone HIV positive di tutte le età, per gli MSM e le persone dedite alla prostituzione.

Dal 2018 è partita l'offerta attiva e gratuita anche per i maschi nel dodicesimo anno di vita, a partire dai nati nel 2006, come previsto dal PNPV. Anche i maschi, a partire dai nati nel 2006, mantengono il diritto alla gratuità fino al compimento dei 18 anni. Al 31/12/2018 l'adesione dei dodicenni maschi alla prima dose è stata buona, pari al 67,4%, mentre il 32% ha completato il ciclo vaccinale, ma l'offerta è ancora in corso.

A partire dal 2018 l'offerta vaccinale, sia per i maschi che per le femmine, prevede la somministrazione del vaccino 9valente per chi inizia il ciclo vaccinale.

Durante il 2019 verrà avviata l'offerta attiva e gratuita alle ragazze di 25 anni in occasione del primo invito allo screening del tumore del collo dell'utero e la gratuità per le donne che hanno subito trattamenti chirurgici per lesioni HPV correlate.

Figura 10.5 Coperture vaccinali per HPV tra le donne per coorte di nascita e tipologia di offerta vaccinale, Emilia-Romagna 1990-2006



Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna

10.1.6 Le vaccinazioni nella donna in gravidanza

La vaccinazione della donna in gravidanza rappresenta un fondamentale strumento di protezione per il nascituro e per la donna stessa. Le vaccinazioni previste da effettuare durante la gravidanza sono l'antinfluenzale e la antidifterite-tetano-pertosse.

La vaccinazione antinfluenzale, già offerta alle gestanti da diversi anni nella nostra regione, fino all'anno 2018 veniva effettuata alle donne che si trovavano nel secondo o nel terzo trimestre di gravidanza durante la stagione influenzale. Alla luce delle evidenze scientifiche dal prossimo anno la vaccinazione potrà essere offerta indipendentemente dall'età gestazionale, quindi anche in corso del primo trimestre.

La vaccinazione della donna in gravidanza con antidifterite-tetano-pertosse rappresenta lo strumento fondamentale di protezione per il neonato nei primi mesi di vita nei confronti del batterio responsabile della pertosse.

Se la vaccinazione viene effettuata nell'ultimo trimestre di gravidanza, preferibilmente fra la 28° e la 32° settimana di gestazione, nel 90% dei casi circa gli anticorpi materni prodotti contro la pertosse raggiungono il bambino attraversando la placenta, conferendogli l'immunità che lo proteggerà nei primi mesi di vita, prima cioè che lui stesso possa iniziare i cicli vaccinali previsti per l'infanzia.

La vaccinazione antidifterite-tetano-pertosse in gravidanza è stata introdotta in regione Emilia-Romagna nel 2017, contestualmente alle indicazioni nazionali contenute nel PNPV 2017-2019, raggiungendo nel 2018 le coperture indicate in Tabella 10.4.

Tabella 10.4 Vaccinazione antidifterite-tetano-pertosse in gravidanza per AUSL di residenza della madre, Emilia-Romagna 2018

AUSL di notifica (ed ex-AUSL)	Vaccinazione dTPa in gravidanza		
	n° donne gravide vaccinate	n° parti donne residenti	% donne gravide vaccinate
Piacenza	228	1.782	12,8
Parma	611	3.216	19,0
Reggio Emilia	768	3.779	20,3
Modena	1.110	5.060	21,9
Bologna	1.012	6.159	16,4
Imola	240	941	25,5
Ferrara	269	1.763	15,3
Romagna	2.927	7.434	39,4
<i>Ravenna</i>	<i>830</i>	<i>2.517</i>	<i>33,0</i>
<i>Forlì</i>	<i>649</i>	<i>1.308</i>	<i>49,6</i>
<i>Cesena</i>	<i>796</i>	<i>1.402</i>	<i>56,8</i>
<i>Rimini</i>	<i>652</i>	<i>2.207</i>	<i>29,5</i>
Emilia-Romagna	7.165	30.134	23,8

Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna

10.1.7 Le vaccinazioni nell'adulto/anziano

Il PNPV 2017-2019 ha introdotto per le persone di 65 anni di età l'offerta di due importanti vaccinazioni: quella anti-pneumococco e quella anti-herpes zoster, che vanno ad aggiungersi alla vaccinazione antinfluenzale già da molti anni prevista per tutti gli over 65enni.

La **vaccinazione anti-pneumococco** viene offerta in maniera attiva e gratuita dal 2017 alle persone che compiono i 65 anni nel corso dell'anno (nati nel 1952 nel 2017) e prevede la somministrazione sequenziale del vaccino coniugato 13-valente seguito dal vaccino polisaccaridico 23-valente. Tale vaccinazione in Emilia-Romagna viene eseguita prevalentemente dai Medici di Medicina Generale.

Questa vaccinazione protegge dall'infezione da parte di questo batterio che, in particolar modo nelle persone anziane, può provocare gravi forme di polmoniti e, a volte, diffusione sistemica con quadri clinici gravi rappresentati da meningite o sepsi.

Nel 2018, secondo anno dall'introduzione dell'offerta vaccinale, le coperture raggiunte sono state soddisfacenti su tutto il territorio regionale. (Tabella 10.5)

Tabella 10.5 Copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione nata nel 1952 e nel 1953, Emilia-Romagna vaccinazioni eseguite dal 1/1/2017

Azienda USL	Nati nel 1952 Prevenar13	Nati nel 1952 Pneumovax23	Nati nel 1953 Prevenar13
Piacenza	26,6	15,2	27,4
Parma	26,0	13,6	25,6
Reggio Emilia	37,8	25,8	39,5
Modena	33,6	22,6	35,7
Bologna	33,5	21,5	36,1
Imola	41,9	26,7	38,7
Ferrara	28,6	14,5	53,7
Romagna	30,5	24,6	28,6
Emilia-Romagna	31,9	21,3	34,7

Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna - Flusso SOLE

La **vaccinazione anti herpes zoster** è stata introdotta con chiamata attiva e gratuita a partire dal 2018 rivolta alla coorte di persone nate nel 1953, mentre con offerta gratuita su richiesta a partire dal 2017 (anno dell'introduzione della vaccinazione tra i Livelli Essenziali d'Assistenza) per i nati nel 1952.

Questa vaccinazione, che comprende una sola dose senza necessità di ulteriori richiami, riduce il rischio di comparsa dell'herpes zoster e soprattutto dell'insorgenza delle gravi complicanze ad esso correlate (in particolare la nevralgia postherpetica).

Nel 2018, primo anno dall'introduzione dell'offerta vaccinale eseguita dai servizi di Igiene e sanità pubblica, le coperture raggiunte sono state, anche in questo caso, variabili sul territorio regionale, da un 13% a Parma per arrivare ad un 40% ad Imola e Ferrara (Tabella 10.6)

Tabella 10.6: Vaccinazione anti herpes zoster, Emilia-Romagna 2018

AUSL di notifica (ed ex-AUSL)	Vaccinazione zoster nati nel 1953		
	n° vaccinati nati nel 1953	n° residenti nati nel 1953	% vaccinati
Piacenza	855	3.267	26,2
Parma	662	4.934	13,4
Reggio Emilia	1.869	5.844	32,0
Modena	2.258	7.940	28,4
Bologna	1.869	9.936	18,8
Imola	643	1.597	40,3
Ferrara	1.854	4.666	39,7
Romagna	3.750	12.932	29,0
<i>Ravenna</i>	<i>1.387</i>	<i>4.514</i>	<i>30,7</i>
<i>Forlì</i>	<i>793</i>	<i>2.213</i>	<i>35,8</i>
<i>Cesena</i>	<i>731</i>	<i>2.412</i>	<i>30,3</i>
<i>Rimini</i>	<i>839</i>	<i>3.793</i>	<i>22,1</i>
Emilia-Romagna	13.760	51.116	26,9

Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna

Prosegue inoltre l'offerta gratuita per la **vaccinazione antinfluenzale** a tutte le persone a partire dai 65 anni che viene svolta prevalentemente presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e, in piccola parte, dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica. Questa vaccinazione contribuisce a ridurre l'impatto clinico, sociale ed economico che l'influenza esercita ogni anno sull'individuo e sulla collettività. In tabella 10.7 sono illustrate le coperture raggiunte nel corso del periodo 2014-2018.

Tabella 10.7: Copertura vaccinazione antinfluenzale nella popolazione di età >=65 anni

Azienda USL	campagna 2013/2014	campagna 2014/2015	campagna 2015/2016	campagna 2016/2017	campagna 2017/2018	campagna 2018/2019
Piacenza	56,5	51,3	54,3	55,8	55,3	56,2
Parma	46,8	42,1	43,0	44,3	44,6	46,8
Reggio Emilia	58,9	53,6	54,7	56,2	56,1	56,8
Modena	58,0	52,2	53,4	54,6	54,9	56,7
Bologna	55,8	50,1	52,3	53,6	54,4	57,2
Imola	58,2	51,6	54,8	52,9	56,0	58,0
Ferrara	59,8	53,6	54,9	56,3	56,8	57,2
<i>Ravenna</i>	<i>55,8</i>	<i>49,8</i>				
<i>Forlì</i>	<i>56,3</i>	<i>49,7</i>				
<i>Cesena</i>	<i>55,7</i>	<i>50,4</i>				
<i>Rimini</i>	<i>52,0</i>	<i>44,4</i>				
Romagna		48,4	49,4	50,6	50,6	51,7
Emilia-Romagna	55,8	50,0	51,5	52,7	53,1	54,6

Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna - Flusso SOLE

10.1.8 Le vaccinazioni nell'operatore sanitario

Con la DGR n. 351 del 12/03/2018: Approvazione del documento "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario", la Regione Emilia-Romagna ha stabilito che gli operatori sanitari, in particolare quelli che lavorano nei reparti considerati ad alto rischio (oncologia, ematologia, centro trapianti, neonatologia, ostetricia, pediatria, malattie infettive, pronto soccorso) possono ottenere l'idoneità alla mansione lavorativa solo se immuni (per ciclo vaccinale completo o conferma sierologica di avvenuta malattia) a morbillo, parotite, rosolia, varicella oltre che all'epatite B, come già previsto da precedenti normative. Inoltre, la DGR raccomanda fortemente anche la vaccinazione antinfluenzale e antidifto-tetano-pertosse.

In Tabella 10.8 è riportato il trend delle coperture per la vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari

Tabella 10.8: Copertura vaccinazione antinfluenzale degli operatori sanitari*, Emilia-Romagna 2014-2019

Aziende Sanitarie	Campagna 2014-15	Campagna 2015-16	Campagna 2016-17	Campagna 2017-18	Campagna 2018-19
AUSL Piacenza	11,6%	16,5%	15,9%	23,9%	32,9%
AUSL Parma	20,0%	20,8%	30,3%	32,8%	51,5%
AOSP Parma	3,6%	6,2%	15,8%	14,5%	22,9%
AUSL Reggio Emilia	14,9%	20,2%	25,0%	29,6%	36,3%
AOSP Reggio Emilia	10,4%	17,4%	26,6%		
AUSL Modena	15,4%	18,7%	24,7%	38,2%	45,6%
AOSP Modena**	11,6%	15,0%	42,8%	36,4%	46,3%
AUSL Bologna	18,9%	21,1%	28,0%	32,5%	47,8%
AOSP Bologna	7,6%	16,5%	24,2%	40,5%	52,3%
IOR Bologna	6,8%	8,9%	13,0%	20,0%	30,4%
AUSL Imola	13,0%	19,2%	27,2%	30,1%	36,8%
AUSL Ferrara	23,4%	26,0%	32,4%	35,6%	41,6%
AOSP Ferrara	8,9%	9,2%	14,3%	18,3%	34,3%
<i>Ravenna</i>	<i>12,4%</i>				
<i>Forlì</i>	<i>14,1%</i>				
<i>Cesena</i>	<i>12,7%</i>				
<i>Rimini</i>	<i>11,6%</i>				
AUSL Romagna	12,5%	16,5%	19,8%	25,7%	32,8%
Emilia-Romagna	13,4%	17,3%	23,7%	29,6%	39,5%

* la copertura è stata calcolata considerando al denominatore gli operatori dipendenti del Servizio Sanitario Regionale nel ruolo sanitario (fonte: Conto Annuale del Ministero dell'Economia e delle Finanze), i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (fonte: Archivio regionale Medici di base e Pediatri di libera scelta.), al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale.

**dal 2017/18 con Baggiovara

Fonte: AVR, Anagrafe Vaccinale Regionale, Emilia-Romagna - Flusso SOLE

10.1.9 Eventi avversi a vaccino

Fra gli elementi fondamentali per garantire la massima qualità del processo vaccinale, vi è anche quello di assicurare la attenta sorveglianza degli eventi avversi a vaccino. Gli operatori dei servizi vaccinali raccolgono e segnalano al centro di vaccino vigilanza regionale e a quello nazionale (AIFA) tutti gli eventi patologici riferiti dai vaccinati o dai loro genitori comparsi dopo la vaccinazione.

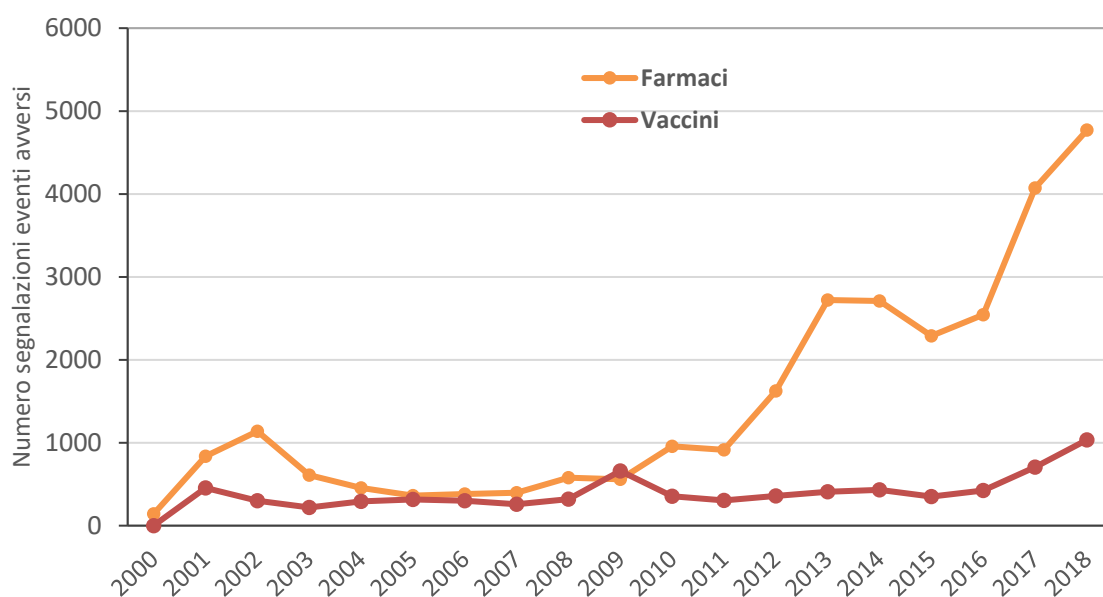
Si tratta spesso di eventi per i quali non è possibile stabilire un sicuro nesso di causalità, potrebbero in alcuni casi essere provocati da altri fattori intercorsi dopo la vaccinazione.

Tuttavia, per correttezza vengono raccolte tutte le segnalazioni, purché ovviamente sussista la plausibilità biologica e il nesso temporale.



Il quadro si presenta rassicurante come si può vedere dalla Figura 10.6 sull'andamento delle segnalazioni (numeri assoluti) dal 2000 al 2018 suddivise tra farmaci e vaccini. **I piccoli aumenti visibili nel 2009 e nel 2017-2018 dipendono dall'introduzione in calendario di nuove vaccinazioni**, con un corrispondente importante aumento del numero di dosi somministrate nonché sono testimonianza di una corretta maggior attenzione degli operatori quando iniziano a somministrare vaccini di nuova introduzione.

Figura 10.6 Andamento del numero delle segnalazioni di eventi avversi per Farmaci e Vaccini, Emilia-Romagna 2000-2018



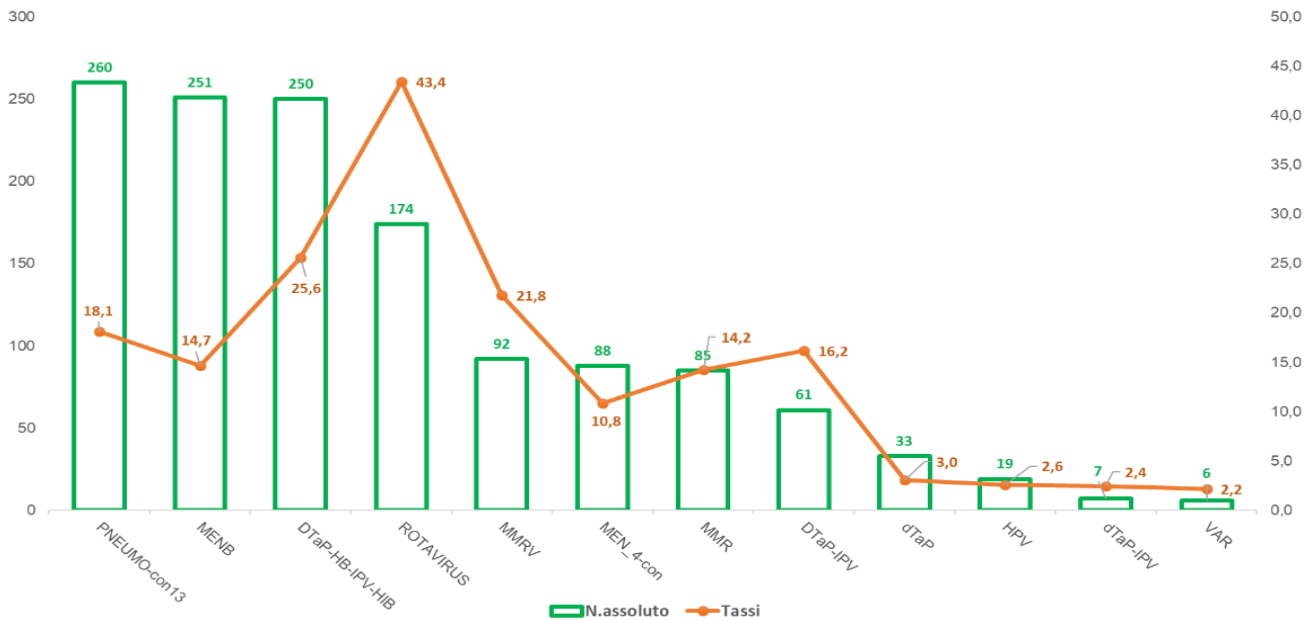
Fonte: VigiSegn, Analisi dei dati della Rete Nazionale di Farmacovigilanza di AIFA, <https://vigisegn.vigifarmaco.it/>

Nella Figura 10.7 si rappresenta il numero assoluto e il tasso delle segnalazioni per tipologia di vaccino per l'anno 2018. Mentre come numero assoluto sono più elevati ovviamente i vaccini più somministrati, il tasso /10.000 tiene conto della numerosità del denominatore.

PROGRAMMI DI POPOLAZIONE

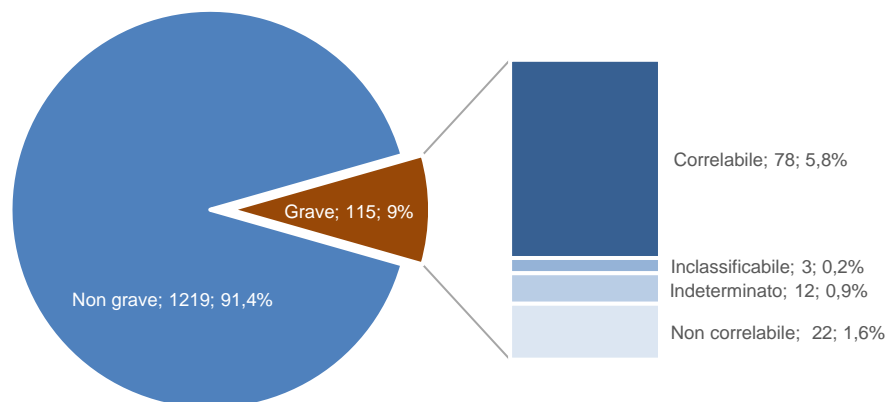
- ➡ La Figura 10.8 evidenzia che il **91,4% delle segnalazioni riguardava eventi non gravi**. Solo il 9% è stato classificato come “grave” e solo il 5,8% è risultato correlabile.
- ➡ Gli eventi avversi definiti “**gravi**” riguardavano prevalentemente **febbre alta, vomito, pianto, cefalea, convulsioni febbrili e reazioni localizzate** al sito di iniezione.

Figura 10.7 Andamento delle segnalazioni (numero assoluto) e loro tassi /10.000, Emilia-Romagna 2018



Fonte: Fonte: VigiSegn, Analisi dei dati della Rete Nazionale di Farmacovigilanza di AIFA, <https://vigisegn.vigifarmaco.it/>

Figura 10.8 Segnalazioni eventi avversi per stato di gravità, Emilia-Romagna 2018



Fonte: Fonte: VigiSegn, Analisi dei dati della Rete Nazionale di Farmacovigilanza di AIFA, <https://vigisegn.vigifarmaco.it/>

10.2 Screening oncologici

10.2.1 Le patologie target di screening oncologici

Fra le patologie croniche e in particolare fra i tumori, tre patologie sono oggetto di screening organizzato nella popolazione: il cancro del seno, del colon-retto, e della cervice uterina. Queste sono le uniche sedi tumorali per cui esiste uno screening di comprovata efficacia e costo-efficacia.

Proprio per la disponibilità di un intervento di prevenzione secondaria si dedica un focus a queste patologie. La Tabella 10.9 riassume le indicazioni principali per ciascun programma.

Tabella 10.9 Caratteristiche dei programmi di screening secondo le LLGG Italiane (2006)

Sede	Popolazione target	Test primario	Approfondimenti	Intervallo screening
Mammella	45-74*	Mammografia bilaterale con doppia proiezione e doppia lettura	Ecografia, DBT, ingrandimento mx, microbiopsia/citologia	1 anno (45-49 anni) 2 anni (50-74 anni)
Colon-retto	50-69	FIT (ricerca sangue occulto nelle feci con metodo immunochimico)	Colonscopia	2 anni
Cervice uterina	25-29	Pap-test	Colposcopia	3 anni
	30-64§	HPV DNA test	Citologia di triage, colposcopia per le positive	5 anni

*Le LLGG del Ministero della Salute del 2006 indicano 50-69. Successivamente è stata data la possibilità di ampliare a 45-74 per le regioni che abbiano una estensione completa per la fascia 50-69. Per la fascia 45-49 l'Emilia-Romagna ha scelto l'intervallo annuale.

§ Il Ministero della Salute ha emanato una circolare nel gennaio 2013 in cui si indicano le condizioni per l'uso del test HPV nei programmi di screening. Il passaggio ad HPV come test primario è iniziato in regione Emilia-Romagna nel 2015-2016 e dal 2019 è a regime, ossia tutte le donne di 30-64 anni sono invitate ad HPV test.

Il piano nazionale della prevenzione (PNP) 2014-2018 prevede di aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico, l'introduzione dell'HPV test per lo screening della cervice uterina, e l'identificazione precoce dei soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.

Per quanto riguarda il primo obiettivo si misura con l'indicatore di copertura come descritto più sotto.

In Emilia-Romagna lo screening con HPV è stato introdotto a partire dal 2015 e nel 2019, come da programmazione, è terminata la fase di transizione, e tutte le donne in fascia di età 30-64 anni ricevono l'invito ad eseguire l'HPV test invece del Pap test. Il programma per l'identificazione delle donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella è attivo in Regione fin dal 2012.

10.2.2 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Setting 1: Ambiente di lavoro

1.2 Promozione della salute nei luoghi di lavoro

Setting 2: Comunità - Programmi di popolazione

2.1 Sorveglianza epidemiologica e valutazione di impatto della prevenzione sulla diffusione dei tumori in Emilia-Romagna

2.12 Implementazione e monitoraggio programmi di screening oncologici

Setting 6 - Ambito sanitario

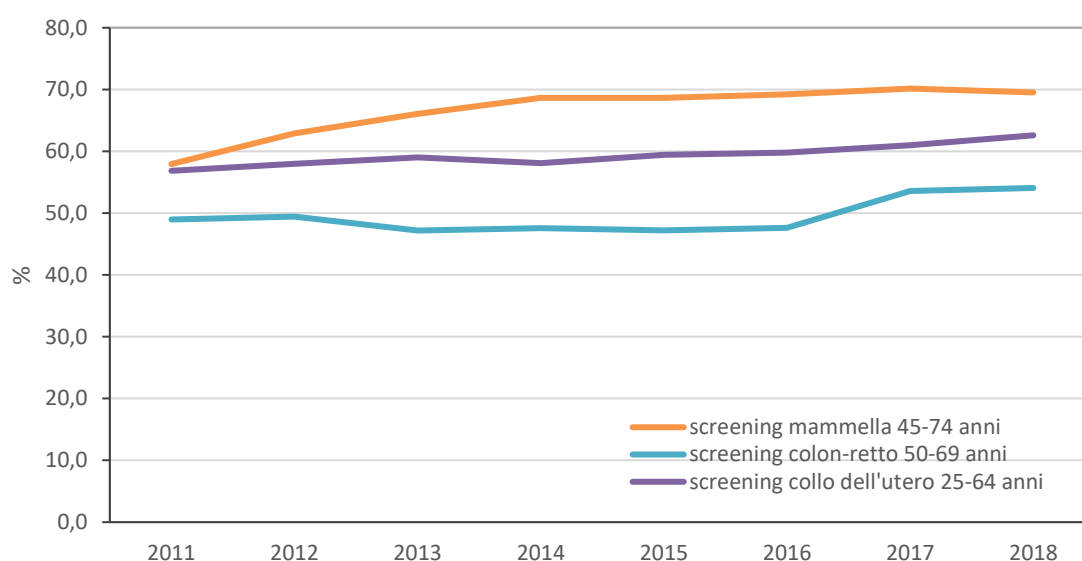
6.8 Identificare precocemente le donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella (e dell'ovaio) e monitorarne l'andamento

10.2.3 Copertura del programma di screening (rilevazione regionale al 31 dicembre 2018)

Affinché lo screening sia efficace, è fondamentale raggiungere un'adeguata copertura della popolazione target, cioè la proporzione di persone che ha eseguito il test di screening (o una colonscopia per lo screening coloretale), secondo i tempi raccomandati, al netto di eventuali esclusioni definitive o temporanee per interventi come l'isterectomia, il follow up, o esami spontanei recenti e documentabili.

In Figura 10.9 è evidenziato il trend regionale di questo indicatore, calcolato in maniera puntuale a una certa data, che presenta valori molto stabili nel tempo per tutti e tre i programmi. Occorre segnalare che lo screening del tumore al seno è stato esteso alle donne tra i 45 e i 49 anni e tra i 70 e i 74 anni solo a partire dal 2010, pertanto la copertura di tutta la fascia 45-74 ha raggiunto i livelli della fascia storica 50-69 solo dopo qualche anno dall'avvio. L'indicatore della copertura per lo screening del colon retto, a partire dal dato del 2017, include anche le persone che hanno eseguito una colonscopia nel programma.

Figura 10.9 Percentuale di popolazione coperta dal programma di screening regionale per anno (indicatore al 31 dicembre), Emilia-Romagna 2011-2018



Fonte: scheda regionale puntuale al 31 dicembre. * Per lo screening colon-retto il dato è al 30 novembre.

Tabella 10.10 Popolazione coperta dal programma di screening per AUSL di residenza al 31 dicembre 2018, Emilia-Romagna

Azienda USL	Screening tumore della mammella	Screening tumore del colon retto	Screening tumore della cervice uterina
	Donne di 45-74 anni che hanno eseguito una mammografia nell'ultimo anno (45-49 anni) o negli ultimi due anni (50-74anni)	Donne e uomini 50-69 anni che hanno fatto un test del sangue occulto negli ultimi due anni o una colonscopia negli ultimi 5 anni	Donne 25-64 anni che hanno fatto un Pap test negli ultimi 3 anni o HPV test negli ultimi 5 anni
	%	%	%
Piacenza	60,6	48,0	54,2
Parma	49,5	49,2	70,5
Reggio Emilia	75,0	66,8	73,7
Modena	73,7	53,9	68,4
Bologna	66,1	57,5	49,0
Imola	73,8	55,7	59,8
Ferrara	76,9	51,4	65,9
Romagna	74,5	50,7	62,4
<i>Ravenna</i>	76,5	55,3	64,6
<i>Forlì</i>	77,2	44,7	56,6
<i>Cesena</i>	73,4	48,1	64,4
<i>Rimini</i>	71,4	50,2	61,8
Regione ER	69,5	54,1	62,6

Fonte: scheda regionale puntuale al 31 dicembre 2018. Per lo screening colon-retto il dato è al 30 novembre 2018

10.2.4 Copertura del programma di screening (rilevazione ministeriale griglia LEA, anno 2017)

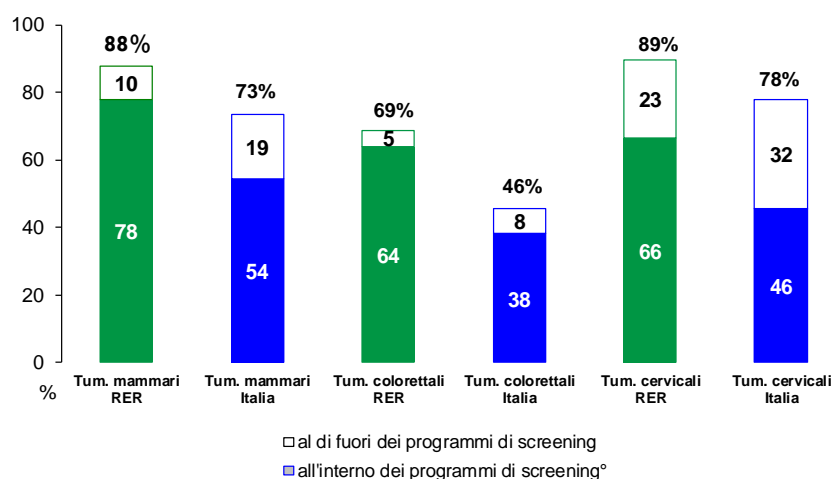
A livello nazionale viene calcolato un indicatore di copertura annuale dei programmi di screening che considera solo la popolazione da invitare in un anno e le persone che nell'anno hanno eseguito il test di screening. La popolazione al denominatore è la popolazione residente (fonte ISTAT) della fascia d'età e dell'anno considerato, pertanto è un indicatore di copertura annuale. Per lo screening della cervice uterina, a partire dal 2016, è stata introdotta una correzione per tenere conto dell'introduzione dell'HPV test con cadenza quinquennale, che ha fatto notevolmente aumentare il dato dell'Emilia-Romagna. L'aumento di copertura per la regione al momento risulta fittizio, in quanto gli inviti ad HPV test sono iniziati a fine 2015 e quindi nel 2017 non vi erano ancora donne con HPV test eseguito da più di 3 anni.

I valori regionali e nazionali per l'anno 2017 sono: screening mammella (50-69 anni) 73% e 46%; screening colon-retto 55% e 30%, screening cervice uterina 91% e 38%.

10.2.5 Copertura del programma di screening (rilevazione PASSI 2015-2017)

I dati dei flussi screening non permettono di rilevare la quota effettiva di persone che si sottopongono spontaneamente a uno di questi test preventivi, mentre questo dato è rilevabile dalla fonte PASSI: un sistema di sorveglianza basato su interviste telefoniche. Scomponendo la copertura complessiva stimata con PASSI, tra la quota di esami fatti all'interno dei programmi di screening da quelli effettuati spontaneamente come prevenzione individuale, si nota che quest'ultima percentuale è più alta per la prevenzione dei tumori cervicali e mammari e più ridotta per quelli del colon retto. In Emilia-Romagna tuttavia queste percentuali sono più basse per tutti tre gli screening che nell'intero Paese.

Figura 10.10 Esecuzione dei test preventivi per i tumori oggetto di screening nei tempi raccomandati dentro e fuori dai programmi organizzati, Italia ed Emilia-Romagna 2015-2017



Fonte: PASSI RER e Pool nazionale

10.2.6. L'epidemiologia dei tumori oggetto di screening

L'andamento dell'incidenza e della mortalità dei tumori oggetto di screening è riportato nel capitolo 9.3.2, qui si ricordano solo alcune note.

Tumori della mammella



L'incidenza del cancro della mammella in RER è leggermente più alta della media italiana.

Dopo un picco avvenuto al momento dell'attivazione dei programmi di screening alla fine degli anni '90, l'incidenza si è mantenuta **costante, fino a un modesto picco nel 2010**; questo aumento riguarda le classi di 45-49 anni e 70-74 anni per le quali la Regione Emilia-Romagna ha esteso l'invito attivo proprio dal 2010.

La mortalità è in costante diminuzione.

Tumori del colon-retto



L'incidenza del cancro del colon-retto era in aumento costante prima dell'implementazione dei programmi di screening,

Nel periodo 2005-2007, corrispondente al primo round di screening, si è osservato un picco di incidenza, ma già dal secondo round (2007-09), l'incidenza è tornata ai livelli pre-screening, mentre nei round successivi (2009-13) **l'incidenza si assesta su livelli inferiori a quelli precedenti all'inizio dello screening**, in particolare a carico delle fasce di età già interessate dallo screening nel corso del primo round.

Lo screening colorettrale, nonostante un'adesione non ottimale da parte della popolazione, ha determinato, dal momento della sua attivazione, una **netta diminuzione dell'incidenza e mortalità (-30% in entrambe) nei due sessi.**

Tumori della cervice uterina

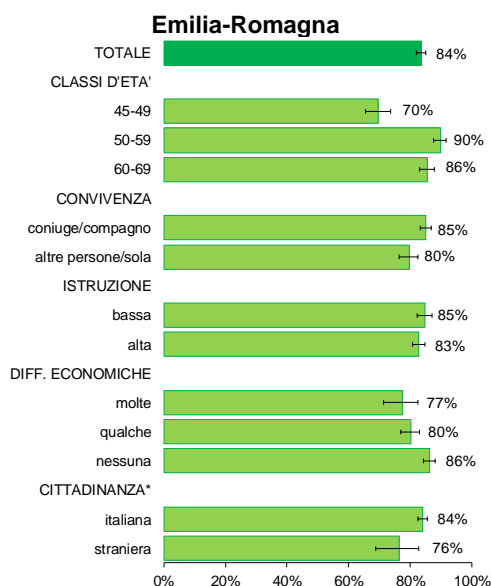


L'incidenza del cancro della cervice uterina è in costante diminuzione. Questo è unanimemente riconosciuto come effetto dello screening citologico. La riduzione di incidenza è dovuta alle forme squamose, altamente più frequenti.

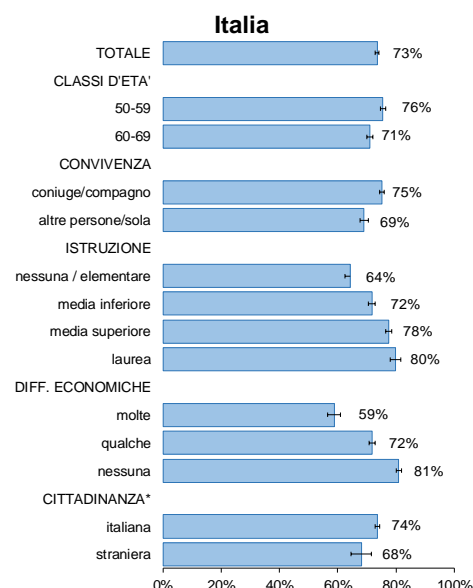
10.2.7 Lo screening e le diseguaglianze

- ➡ I programmi di screening organizzati, anche grazie all'invito attivo della popolazione, hanno ridotto i differenziali socio economici per livello d'istruzione e reddito, all'accesso agli esami per la prevenzione oncologica secondaria di comprovata efficacia.
- ➡ Questo fenomeno di riduzione delle diseguaglianze è particolarmente forte in Emilia-Romagna rispetto alle altre regioni italiane, dove anche l'analisi dei trend delle coperture, mostra che i differenziali socio economici si riducono in maniera superiore a quello che si verifica nel Paese.
- ➡ Rimangono importanti differenze di copertura per cittadinanza: gli stranieri provenienti dai paesi a forte pressione migratoria, aderiscono meno all'invito dei programmi ed effettuano meno spontaneamente il test. Va però ricordato che la copertura degli stranieri agli esami per la prevenzione dei tumori della mammella e del colon retto in Emilia-Romagna è superiore a quella registrata in Italia; per quelli della cervice uterina la copertura regionale tra gli stranieri è simile quella nazionale degli italiani.

Figura 10.11 Copertura alla mammografia preventiva entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche - Donne 50-69enni (%), Italia 2014-2017 ed Emilia-Romagna 2015-2017

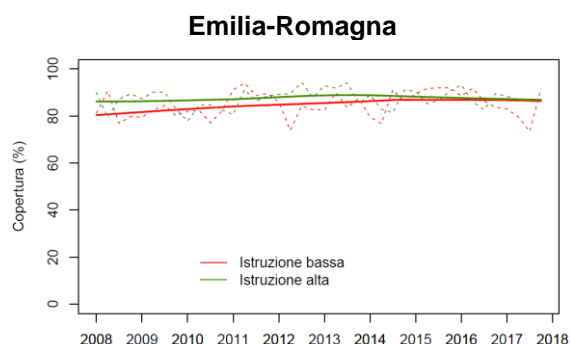


Fonte: PASSI RER

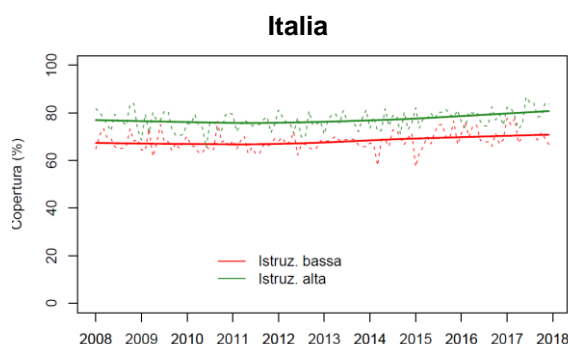


Fonte: PASSI pool nazionale

Figura 10.12 Donne 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito la mammografia preventiva entro i tempi raccomandati per livello d'istruzione, Italia ed Emilia-Romagna 2008-2017



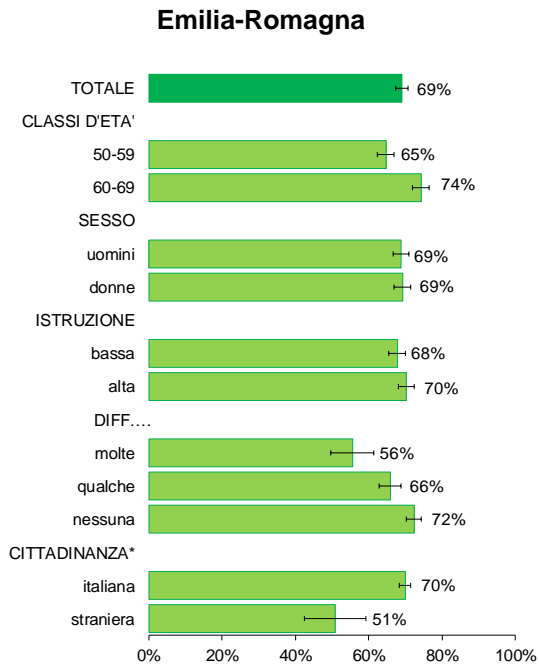
Fonte: PASSI RER



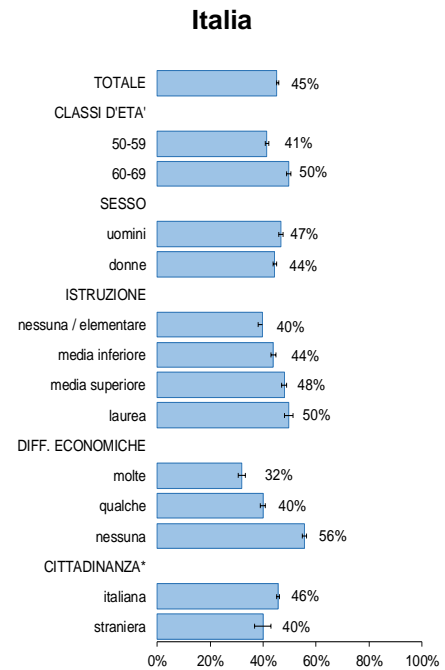
Fonte: PASSI Pool nazionale

PROGRAMMI DI POPOLAZIONE

Figura 10.13 Copertura agli esami per la prevenzione dei tumori colorettali entro i tempi raccomandati per caratteristiche socio-demografiche - Persone 50-69enni (%), Italia 2014-2017 ed Emilia-Romagna 2015-2017

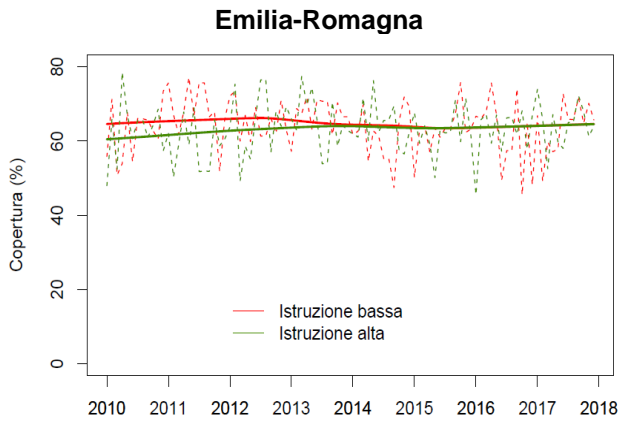


Fonte: PASSI RER

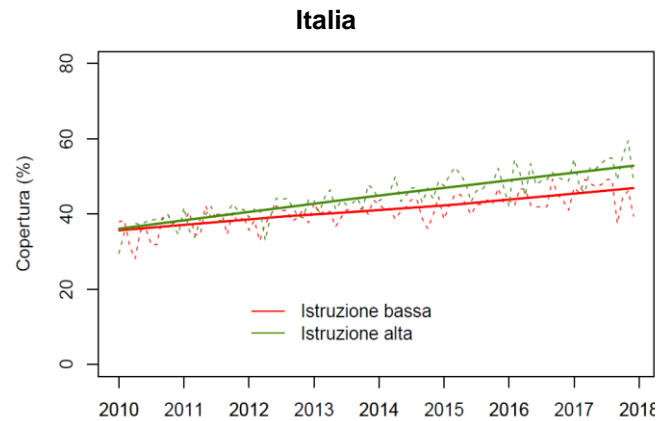


Fonte: PASSI pool nazionale

Figura 10.14 Persone 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito un esame preventivo per la diagnosi precoce dei tumori colorettali entro i tempi raccomandati per livello d'istruzione, Italia ed Emilia-Romagna 2010-2017

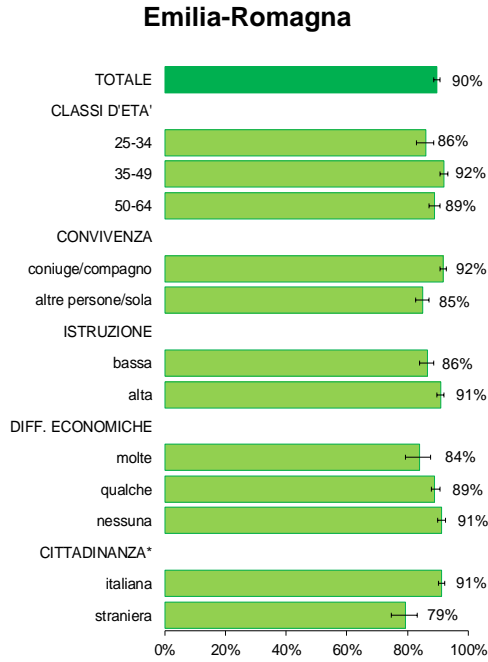


Fonte: PASSI RER

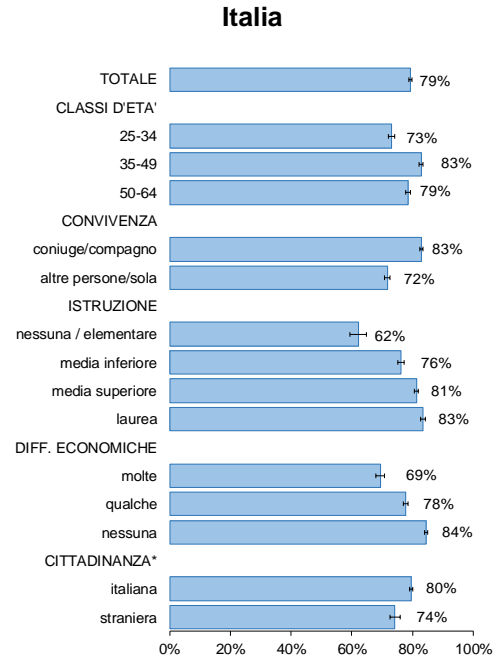


Fonte: PASSI Pool nazionale

Figura 10.15 Copertura al test preventivo dei tumori cervicali raccomandati per caratteristiche socio-demografiche - Donne 25-64enni (%), Italia 2014-2017 ed Emilia-Romagna 2015-2017

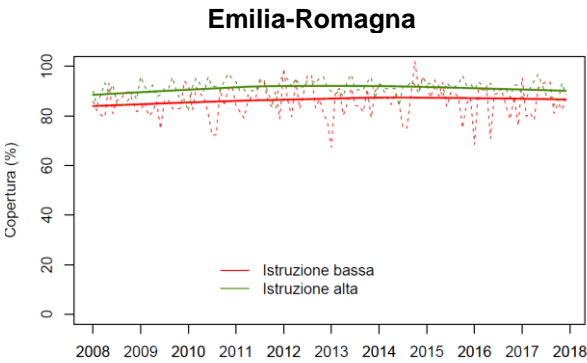


Fonte: PASSI RER

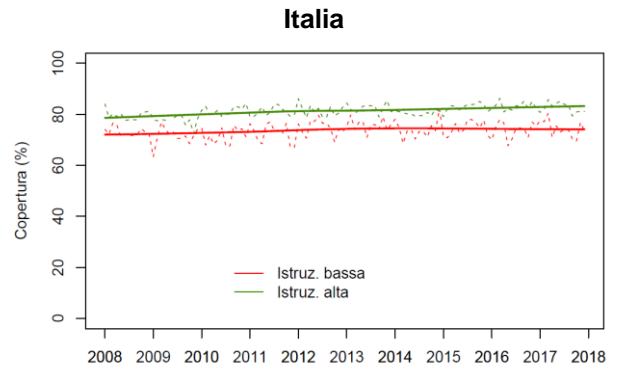


Fonte: PASSI pool nazionale

Figura 10.16 Donne 25-64enni che hanno riferito di aver eseguito un test preventivo per la diagnosi precoce dei tumori cervicali entro i tempi raccomandati per livello d'istruzione, Italia ed Emilia-Romagna 2008-2017



Fonte: PASSI RER



Fonte: PASSI Pool nazionale

10.2.8 La prevenzione secondaria e l'inappropriatezza

La prevenzione secondaria, anche nel caso degli unici tre screening con una chiara dimostrazione di efficacia, non è mai priva di conseguenze negative sulla popolazione. Infatti, per diagnosticare una lesione in fase precoce, l'intera popolazione asintomatica è invitata a effettuare un test di screening e una percentuale non piccola di questa viene inviata ad ulteriori accertamenti, anche in qualche misura invasivi.

Oltre all'effetto negativo nei falsi positivi, esiste il problema della sovradiagnosi, cioè la possibilità di individuare lesioni che non avrebbero dato alcun sintomo durante il corso della vita. Per lo screening mammografico, questo effetto è particolarmente importante, perché queste lesioni, che risultano in tutto e per tutto maligne, ma non progrediscono, inducono un sovratrattamento rilevante nella donna.

Per questi motivi è necessario che gli esami di screening siano effettuati rispettando gli intervalli (non diminuendo, ma neppure aumentando la frequenza e dunque la probabilità di avere almeno un test falso positivo nel corso della vita) e le fasce di età (la sovradiagnosi aumenta all'aumentare dell'età), mantenendo così il miglior equilibrio possibile tra capacità di individuare una lesione significativa presente (pochi falsi negativi) e la necessità di contenere gli effetti indotti dai falsi positivi.

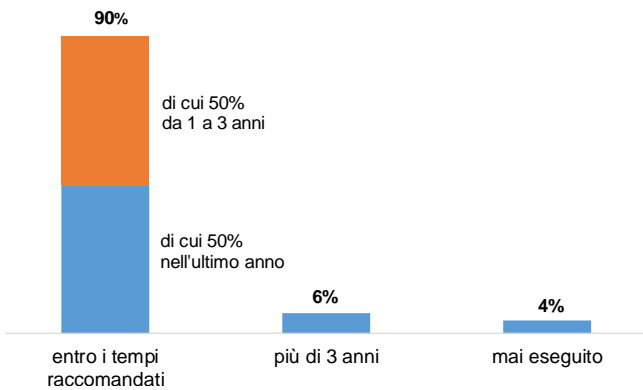


I dati di PASSI evidenziano come la **proporzione di donne che effettua il Pap test più frequentemente di quanto raccomandato, cioè ogni uno o due anni, sia sicuramente rilevante e come le donne che effettuano la mammografia con cadenza annuale oltre i 50 anni sia ancora consistente**; sebbene questi indicatori di sovra utilizzo siano al di sotto della media italiana. Nelle Figure 10.17 e 10.18 si nota che il 50% delle donne hanno riferito di aver effettuato un esame preventivo per i tumori della cervice uterina nell'ultimo anno a fronte di un atteso del 33% e il 61% di aver effettuato mammografia negli ultimi 12 mesi a fronte di una atteso del 50%.



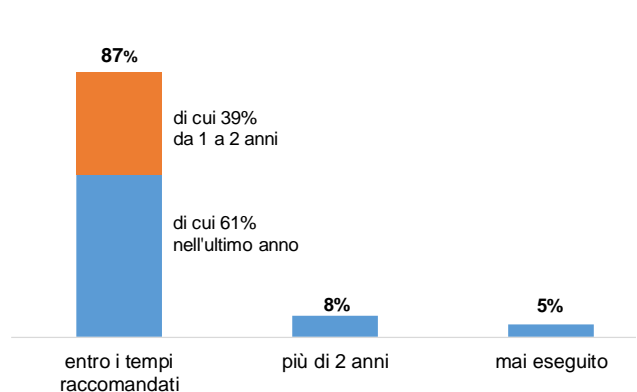
Per il colon-retto non esiste un problema di sovra utilizzo del test del sangue occulto nelle feci (FIT), ma è rilevante la quota di persone che non ha mai eseguito test preventivo: 24%

Figura 10.17 Periodicità di esecuzione del test preventivo per i tumori del collo dell'utero - 25-64enni (%), Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI RER

Figura 10.18 Periodicità di esecuzione della mammografia preventiva - Donne 50-69enni (%), Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI RER

10.3. Screening neonatali

Gli screening neonatali rappresentano uno dei più importanti programmi di medicina preventiva pubblica. L'articolo 38, comma 2, dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, GU 18 marzo 2017), in vigore dal 19 marzo 2017, garantisce a tutti i neonati "le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente e dalla buona pratica clinica, incluse quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuate con decreto del Ministro della Salute in attuazione dell'articolo 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, nei limiti e con le modalità definite dallo stesso decreto".

10.3.1. Deficit neurosensoriali

Screening neonatale della ipoacusia congenita e screening oftalmologico

Lo screening neonatale dell'ipoacusia congenita, definito con la Deliberazione della Giunta Regionale 23 maggio 2011, n. 694: "Screening uditivo neonatale e percorso clinico ed organizzativo per i bambini affetti da ipoacusia in Emilia-Romagna-Approvazione linee guida per le Aziende sanitarie", procede regolarmente in tutti i punti nascita dell'Emilia-Romagna.

Lo screening neonatale della funzione visiva tramite il test del riflesso rosso, definito con la Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2018, n. 541: "Linee guida alle Aziende sanitarie per la realizzazione dello screening della funzione visiva in epoca neonatale in Emilia-Romagna" è attualmente attivo in 21 punti nascita sui 23 regionali. I due punti nascita mancanti (AOsp e AUsl di Ferrara) hanno effettuato nel 2018 la formazione del Personale Sanitario sia sul percorso dello screening che sulla valutazione del riflesso rosso. L'inizio effettivo su tutti i nuovi nati a Ferrara è previsto per Marzo 2019.

10.3.2. Screening metabolici

Fin dagli anni '80 **tutti i neonati** della Regione Emilia-Romagna vengono sottoposti allo screening neonatale per ipotiroidismo congenito (IC), iperfenilalaninemie (Iperphe), fibrosi cistica (FC), galattosemia (Gal) e iperplasia surrenale congenita (ISC). Com'è noto, per IC, Iperphe e FC lo screening neonatale è stato reso obbligatorio a livello nazionale per legge nel 1992.

Lo sviluppo delle tecnologie della Spettrometria di Massa (Tandem Massa) ha reso disponibile per un numero elevato di Malattie Metaboliche Ereditarie (MME) una metodica di diagnostica precoce utilizzando lo stesso prelievo (cartoncino) effettuato per lo Screening Neonatale già in atto.

La disponibilità di queste nuove tecnologie indusse la Regione Emilia-Romagna, con Deliberazione 107/2010, ad estendere gli screening neonatali a numerose altre MME.

La Legge Nazionale n.167/2016 e il successivo D.M. 13 ottobre 2016, approvati a 6 anni dall'allargamento dello screening neonatale per le MME di questa Regione, hanno regolamentato la materia a livello nazionale inserendola nei LEA e definendo il panel di patologie oggetto di indagine. Attualmente tutte le patologie inserite nel documento nazionale vengono indagate a livello regionale e i piccoli pazienti che risultano positivi vengono assistiti nei centri con la maggiore competenza.

Con DGR 2260/2018 di recepimento della normativa nazionale, il sistema regionale di screening neonatale è stato ulteriormente definito attraverso la descrizione dettagliata di tutte le fasi operative relative alla raccolta dei campioni, al trasporto centralizzato, all'analisi di laboratorio, al richiamo della famiglia per la conferma diagnostica e alla successiva presa in carico del bambino. I percorsi sono stati dettagliati sia per i parti ospedalieri che per i parti nelle case di maternità e a domicilio, e considerando sia i parti fisiologici che i parti prematuri e i parti con dimissione precoce. La copertura del servizio è del 100%.