



performance
accesso
scenari
appropriatezza
innovazione
efficienza
integrazione
bisogni
SSN
empowerment
regioni
cura
HTA
health
sviluppo
valutazioni
cronicità
risorse
Italia
economia
federalismo
selettività
sostenibilità
equità
crescita
welfare

11° Rapporto Sanità

L'Universalismo diseguale

11th Health Report

Unequal Universalism

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro





la questione (aperta) della spesa in Italia e le strategie nazionali e internazionali

Capitolo 5

Prevenzione: la questione (aperta) della spesa in Italia e le strategie nazionali e internazionali

Giordani C.¹, Spandonaro F.¹

5.1. Introduzione

Che la prevenzione assuma un ruolo centrale nella Sanità pubblica ed in particolare nel contrasto alle malattie e altri rischi per la salute dei cittadini, è da tempo riconosciuto sia a livello internazionale che nazionale.

Sono molti i documenti in cui si ribadisce l'importanza delle strategie di prevenzione da adottare; si pensi a *Europe 2020*, il Terzo programma dell'Unione Europea per la Salute (2014-2020), oppure al "Piano d'azione globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020"².

In sostanza, le strategie di prevenzione dell'OMS e della Commissione Europea si sono mosse, fin dagli anni 2000, seguendo due filoni principali:

- il contrasto ai fattori di rischio modificabili;
- il contrasto alle malattie trasmissibili prevenibili da vaccino.

Dalle stime effettuate dall'OMS risulta che in Italia la perdita di quasi il 70% degli anni di vita sia imputabile alle patologie cerebro-cardiovascolari e ai tumori, così come accade nella maggior parte dei Paesi europei (*Health a Glance* 2014). Appare dunque prioritario cercare di ridurre l'incidenza di tali malattie o perlomeno ritardarne l'insorgenza. La prevenzione permette di acquisire anni di vita in buona salute, riducendo potenzialmente i costi di assistenza sanitaria, rappresentando quindi un investimento, che in alcuni casi si può tradurre in un costo evitato. La soluzione da perseguire richiede un approccio multidisciplinare: politico, sanitario, economico, legale, sociologico.

Se si analizzano le strategie adottate nel nostro Paese, notiamo tra le linee programmatiche del Ministero della Salute la «valorizzazione delle *policies* relative alla prevenzione, in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa può essere attuata». In particolare, nell'"Atto di indirizzo per l'anno 2016" la prevenzione è la prima delle macroaree su cui andranno a incidere le scelte strategiche della politica sanitaria del triennio 2016-2018, in termini di opportunità e vincoli. In particolare, nel documento si evince la volontà di porre attenzione "al bilanciamento delle attività di prevenzione delle malattie trasmissibili (soprattutto di rilevanza epidemica) e di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili". Questo sembra preludere al nuovo piano di prevenzione vaccinale, e alla priorità dell'azione di promozione della salute, da effettuarsi intervenendo sui quattro principali fattori di rischio modificabili di malattie croniche (alimentazione scorretta, sedentarietà, tabagismo, abuso/uso scorretto di alcol). L'approccio del programma strategico nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" (approvato con DPCM 4 maggio 2007), che mira a promuovere la salute non solo rinforzando le capacità degli individui (*empowerment*), ma anche modificando il contesto di vita delle persone, vuole quindi essere "intersectoriale" e trasversale.

Tra gli strumenti più rilevanti citiamo il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), che si occupa di promozione della salute e prevenzione delle malattie, prevedendo che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano (Piano Regionale della Prevenzione – PRP). Ad oggi, tutte le Regioni ne sono dotate.

Il PNP 2014-2018, approvato nel novembre 2014,

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Di cui si è argomentato in: Giordani C., Spandonaro F. (2014), "Prevenzione: lo stato dell'arte su interventi di popolazione e promozione di stili di vita salutari", in 10° Rapporto Sanità, a cura di C.R.E.A. Sanità, 2014

in continuità con gli anni precedenti illustra dieci macro-obiettivi:

1. ridurre il carico delle malattie non trasmissibili;
2. prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali;
3. promuovere il benessere mentale di bambini e giovani;
4. prevenire le dipendenze;
5. prevenire gli incidenti stradali;
6. prevenire gli incidenti domestici;
7. prevenire infortuni e malattie professionali;
8. ridurre le esposizioni ambientali dannose;
9. ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie;
10. attuare il Piano nazionale integrato dei controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive è rappresentato dalla vaccinazione; il Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2012-2014 (in attesa che venga approvato il nuovo Piano proposto dal Ministero della Salute e in attesa del parere della Conferenza Stato-Regioni) costituisce in tale ambito il documento di riferimento. Il Piano si prospetta come guida alla pianificazione delle strategie di sanità pubblica per la promozione della salute, ponendo tra gli obiettivi specifici la garanzia dell'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale.

Anche il Patto per la Salute 2014-2016, siglato nel luglio 2014, non dimentica l'importanza strategica delle attività di prevenzione, destinandovi € 200 mln. annui e prevedendo la destinazione del 5 per mille della quota vincolata per il PNP all'attività di supporto al Piano da parte dei *network* regionali dell'Osservatorio nazionale *screening*, *Evidence-based prevention*, Associazione italiana registri tumori (AIRT).

Ancora, si ricorda l'azione del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), nato nel 2004 come organismo di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza e prevenzione oltre che di risposta alle emergenze, finanziato con uno stanziamento complessivo per il 2015 di € 9.003.521.

Nel seguito ci si concentrerà sulla determinazione della spesa per prevenzione, sia a livello nazionale che internazionale, e sul fenomeno delle vaccinazioni.

5.2. La spesa per la prevenzione in Italia e nel contesto internazionale

Fino al 2014 i dati diffusi da OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) sulla spesa in prevenzione vedevano l'Italia in fondo alla classifica. Al nostro Paese veniva attribuita una percentuale dello 0,5% (quota di spesa in prevenzione e salute pubblica su spesa sanitaria corrente), contro il 3,9% della Svezia, e il 6,4% della Nuova Zelanda, questo nonostante i dati ufficiali nazionali parlassero del 4,2% (come argomentato nel prosieguo).

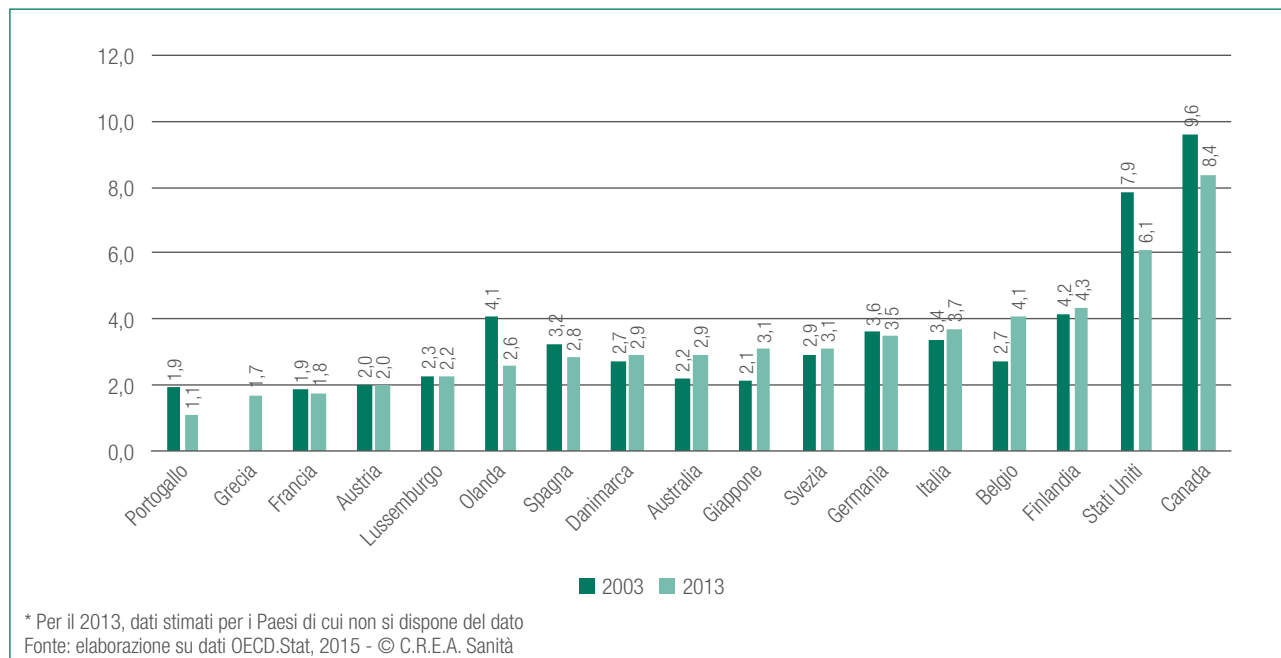
Nel luglio 2015 OECD - in seguito alla implementazione del nuovo "*System of Health Accounts 2011*" - ha fornito una nuova *release* del *database online* (in corso di verifica), ed in base ad essa il dato relativo alla spesa per programmi di prevenzione e salute pubblica nei Paesi OECD è stato corretto. Nella figura 5.1 si riporta la nuova elaborazione (considerando il settore pubblico, non essendo stato il dato del privato fornito da molti Paesi), in base alla quale l'Italia non sarebbe più 'fanalino di coda'.

La spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica (sulla spesa sanitaria pubblica corrente) nel 2013 sarebbe dunque pari nel nostro Paese al 3,7% (3,4% nel 2003), e tra i Paesi europei di cui si dispone dei dati solo Belgio (4,1%) e Finlandia (4,3%) registrerebbero una percentuale maggiore (in ambito extraeuropeo, anche USA (6,1%) e Canada (8,4%), sebbene il dato del Nord America non sembri confrontabile, contenendo presumibilmente anche i costi delle attività svolte dalla medicina generale). Fanalino di coda sarebbe il Portogallo con 1,3%, seguito da Grecia (1,7%), Francia (1,8%) e Austria (2,0%).

Si tratta di risultati che ribaltano le considerazioni fatte fino allo scorso anno, e riconoscono al nostro Paese lo sforzo realizzato, anche se non si può non evidenziare come il contrasto alla crescita della spesa sanitaria negli ultimi anni abbia ridotto gli investimenti in questo campo³.

³ Come ampiamente argomentato nel X Rapporto Sanità a cura di C.R.E.A. Sanità - Università di Roma "Tor Vergata"

Figura 5.1. Spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2003 e 2013*



In particolare appare evidente che pur con una quota di spesa, per esempio, analoga a quella tedesca, essendo ormai la nostra spesa sanitaria notevolmente inferiore a quella europea, la spesa pro-capite in prevenzione italiana, rimane decisamente inferiore a quella media EU.

Si rileva, ancora, come il dato OECD non sia del tutto sovrapponibile all'indicatore rilevato a livello nazionale in tema di prevenzione: in Italia, il Ministero della Salute fornisce il costo relativo al livello essenziale di assistenza (Lea) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli⁴.

Sebbene gli ultimi Patti per la Salute ribadiscano come il 5% del Fondo Sanitario Nazionale debba essere utilizzato per garantire questo Lea, di fatto, per il 2013 ci si attesterebbe⁵ ad una percentuale di spesa pubblica inferiore (4,19%, pari a circa €4,83 mld.). Nel 2012 la percentuale era del 4,1%, pari a circa € 4,8 mld.

Utilizzando le percentuali rilevate da Agenas ed i costi da CE forniti dal Ministero della Salute, viene illustrata nella figura 5.2. la stima della composizione della spesa per il Lea "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" per il 2013:

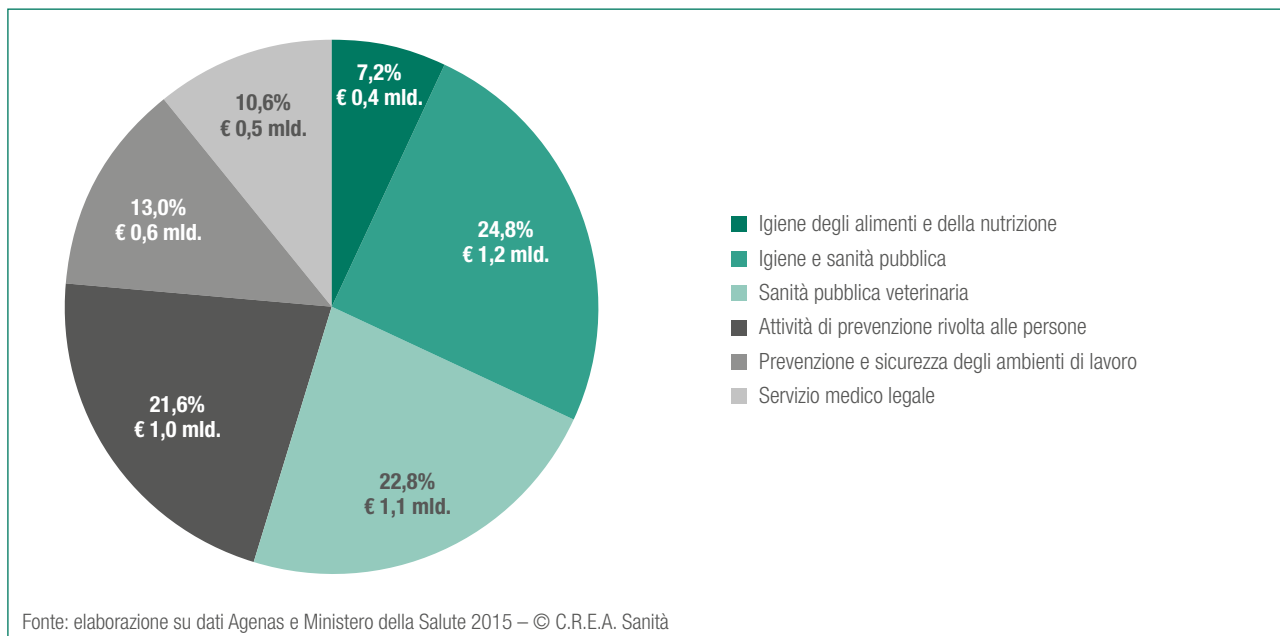
- la percentuale maggiore viene destinata ad attività di igiene e sanità pubblica⁶ (24,8%, pari circa a € 1,2 mld.); si spendono poi:

⁴ Si comprendono aree di intervento quali: sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali), tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati, sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, salute animale e igiene urbana veterinaria, sicurezza alimentare (tutela della salute dei consumatori), sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche (inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di *screening*), sorveglianza e prevenzione nutrizionale, valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche

⁵ In base ai dati di spesa derivanti dai CE forniti dal Ministero della Salute e alle percentuali indicate da Agenas in "Andamento della spesa sanitaria nazionale e regionale 2008-2014"

⁶ Profilassi delle malattie infettive e diffuse, tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale e degli ambienti di vita

Figura 5.2. Ripartizione della spesa sanitaria per livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Valori % e assoluti (€ mld.), anno 2013



- circa € 1,1 mld. (22,8%) in sanità pubblica veterinaria⁷,
- € 1,0 mld. per attività di prevenzione rivolte alle persone⁸ (21,6%),
- € 0,6 mld. per attività di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro⁹ (13,0%),
- € 0,5 mld. per servizio medico legale (10,6%)¹⁰,
- € 0,4 mld. igiene degli alimenti e della nutrizione (7,2%)¹¹.

Passando alla disamina dei costi regionali (figura 5.3), è possibile rilevare la permanenza di una forte eterogeneità territoriale.

Considerando che il valore di riferimento per il Lea stabilito dal Ministero è pari a € 85 pro-capite, nel 2012

(ultimo anno disponibile per il dettaglio regionale) solo 10 Regioni lo rispettano, la maggior parte del Centro-Nord; la disparità è piuttosto evidente: si segnalano in testa, sebbene la confrontabilità del dato non sembri assoluta, Valle d'Aosta con € 156,6 pro-capite, P.A. Bolzano con € 108,1 e Sardegna con € 101,9. In fondo: Friuli V.G. (€ 53,6), P.A. Trento (€ 66,3) e Veneto (€ 69,7).

Nel 2012 il valore Italia si attesta a € 81,6.

Rispetto al 2010, sono 9 le Regioni che vedono aumentare il costo pro-capite per il Lea in esame nel 2012: si segnala il +42,0% della Liguria e il +19,4% del Lazio. Il costo nelle restanti Regioni subisce un decremento: il più alto (-16,8%) in Basilicata, che ha portato la Regione sotto il valore di riferimento.

⁷ Sanità animale, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale

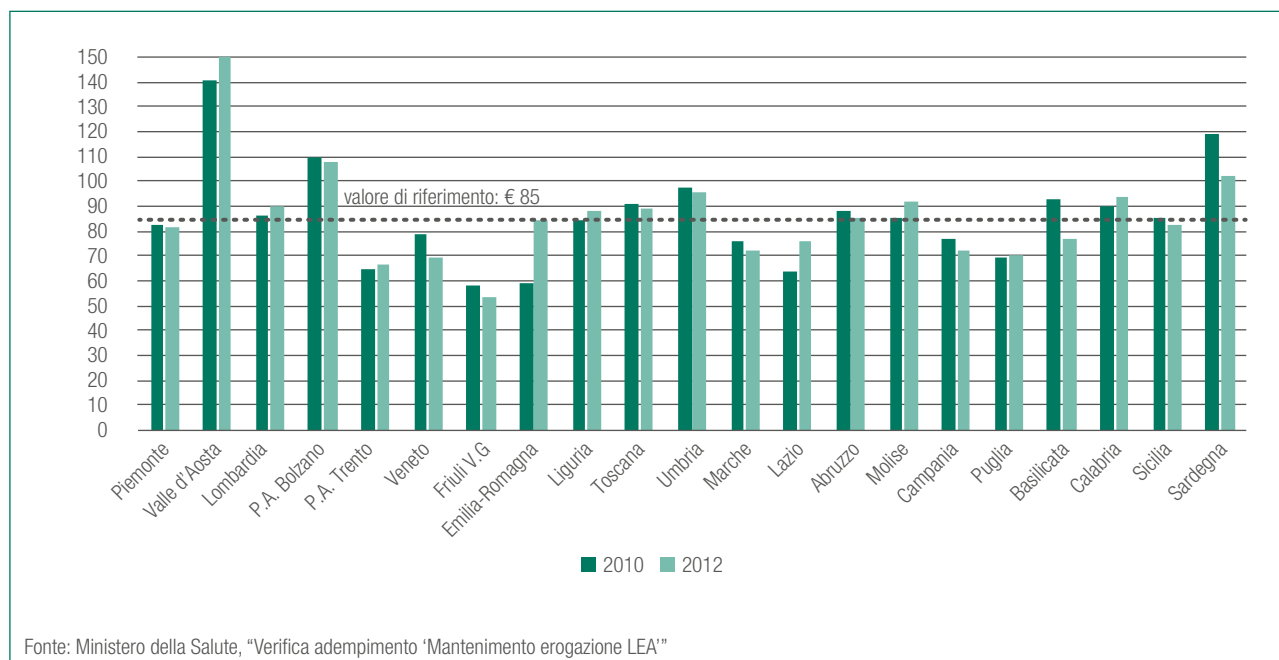
⁸ Vaccinazioni obbligatorie e vaccini, programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva, prestazioni specialistiche e diagnostiche obbligatorie per legge o in occasione di epidemie

⁹ Individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro

¹⁰ Certificazioni di idoneità sanitaria, accertamenti medico-legali nei confronti dei dipendenti pubblici, idoneità allo svolgimento di particolari mansioni lavorative

¹¹ Es. Controlli igienico-sanitari su alimenti e bevande, fitofarmaci, additivi e coloranti, prodotti dietetici, prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare, etc.

Figura 5.3. Costo assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro in Italia. Valori pro-capite (€), anni 2010 e 2012



5.3. Le coperture vaccinali in Italia e nel contesto internazionale

Stando ai dati OMS, la mortalità negli *under5* è passata da 12,6 milioni di decessi nel 1990 a 6,6 nel 2012 e le stime ipotizzano di arrivare a 4,3 nel 2015 con una copertura media globale del 90% contro le principali malattie infettive.

Il Ministero della Salute conferma che “la vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati (*herd immunity*)”¹².

Pertanto, è in crescita il fenomeno della *Vaccine Hesitancy* (in italiano, “esitazione vaccinale”, termine che comprende i concetti di indecisione, incertezza, ritardo, riluttanza); il tema è complesso e strettamente legato ai differenti contesti, con diversi determinanti: periodo storico, aree geografiche, situazione politica. Un gruppo

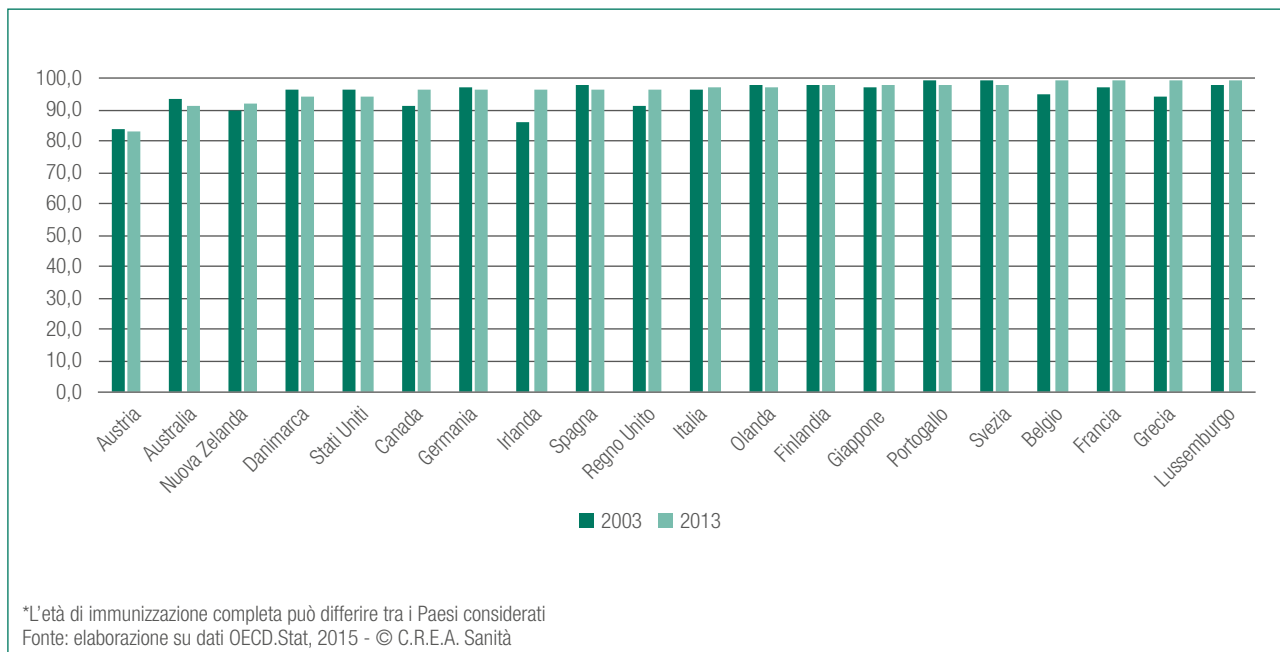
di lavoro creato sul tema dall’OMS nel 2012 (*Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*) ha raccolto i risultati sulla rilevanza del fenomeno nel raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati, pubblicando ad agosto 2015 un articolo dedicato interamente all’esitazione vaccinale, dal titolo “*WHO Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy*”, sulla rivista “*Vaccine*”.

Il gruppo di lavoro ha formulato una definizione dell’esitazione vaccinale come un “ritardo nell’adesione o come rifiuto della vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi vaccinali”. Le raccomandazioni finali contenute nel documento si concentrano in tre categorie principali: capire i determinanti della *Vaccine Hesitancy*; evidenziare gli aspetti organizzativi che facilitano l’adesione; valutare gli strumenti necessari per contrastare questo fenomeno.

A luce di quanto sopra, la figura 5.4 mostra come si pone il nostro Paese nel contesto internazionale (EU15 e altri *big* Paesi OECD) con riferimento alle coperture vaccinali pediatriche a un anno (nello specifico, contro DTP - Difterite, Tetano, Pertosse), confrontando il 2003 con l’anno 2013.

¹² Fonte: www.salute.gov.it

Figura 5.4. Coperture vaccinali (%) nei bambini a un anno per 3 dosi* di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse), EU15 e altri Paesi OECD, anni 2003 e 2013



Tenendo in debito conto che non tutti i Paesi hanno lo stesso calendario vaccinale, e che si considerano i bimbi *under1*, sono 5 i Paesi che nel 2013 non raggiungono il 95% di copertura (Austria, Australia, Nuova Zelanda, Danimarca e Stati Uniti), mentre l'Italia stando a questi dati raggiungerebbe il 97%. In testa alla classifica, col 99% Belgio, Francia, Grecia e Lussemburgo.

Con riferimento al quadro nazionale, il Ministero della Salute raccoglie i dati relativi alle coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi, mostrando come le stesse siano, per quasi tutti gli antigeni, subendo un calo piuttosto significativo. La figura 5.5 mostra i valori 2013 e 2014, evidenziando il fenomeno (cresce, e di quasi 3 punti per 100 abitanti, solo la copertura vaccinale contro la varicella). Anche osservando il *trend* dal 2003 (v. *key indicator* 5.10 in fondo al capitolo), si può notare come le coperture vaccinali pediatriche in esame siano in calo, soprattutto nell'ultimo triennio.

Oltre a questo, colpisce la marcata variabilità regionale, e il fatto che ancora troppe Regioni non raggiungano per nessun antigene la soglia accettabile di copertura (95%).

Le figure dalla 5.6 alla 5.8 mostrano a livello regionale

le coperture vaccinali pediatriche suddivise per antigene, aggiornate al 2014.

In particolare, nel 2014 a fermarsi ad una soglia inferiore per tutti gli antigeni sono (con approssimazioni per eccesso) 8 Regioni, tutte del Nord (Valle d'Aosta, Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia) tranne che Marche, Campania e Sicilia. La Puglia è molto prossima alla soglia (mancano i dati della Sardegna).

Tra le malattie prevenibili con vaccino c'è anche l'influenza, le cui epidemie stagionali causano ogni anno malattie gravi e decessi negli anziani e nei soggetti con malattie croniche. Alcuni studi statunitensi parlano di \$ 5 md. di costi diretti (principalmente ospedalizzazioni, prestazioni ambulatoriali, terapie) l'anno e di \$ 16,3 md. di costi indiretti (perdite di produttività).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quale obiettivo primario della vaccinazione antinfluenzale la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenterebbe un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

Figura 5.5. Coperture vaccinali in età pediatrica in Italia, per singolo antigene. Valori per 100 abitanti (al 24° mese), 2013-2014

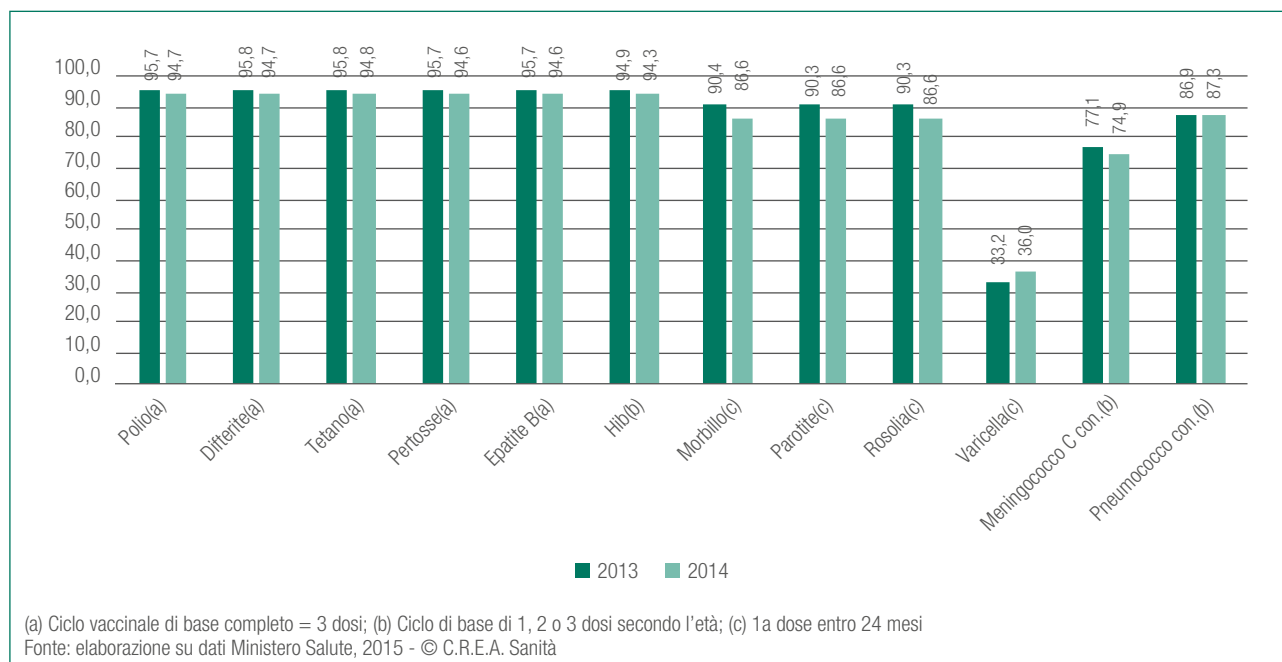
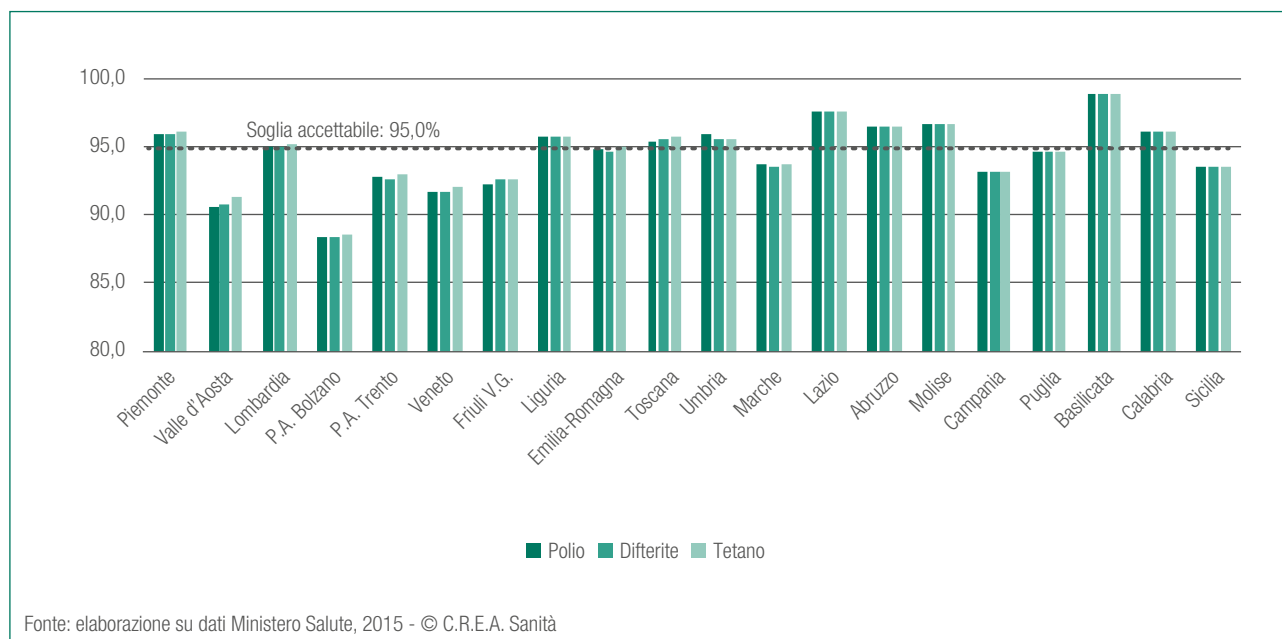


Figura 5.6. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) contro polio, difterite, tetano in Italia, anno 2014



Per ciò che concerne l'individuazione dei gruppi a rischio rispetto alle epidemie di influenza stagionale, ai quali la vaccinazione va offerta in via preferenziale, esiste una sostanziale concordanza, in ambito europeo, sul fatto che principali destinatari dell'offerta di

vaccino antinfluenzale stagionale debbano essere le persone di età pari o superiore a 65 anni, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza.

Figura 5.7. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base contro epatite B, pertosse, Hib in Italia, anno 2014

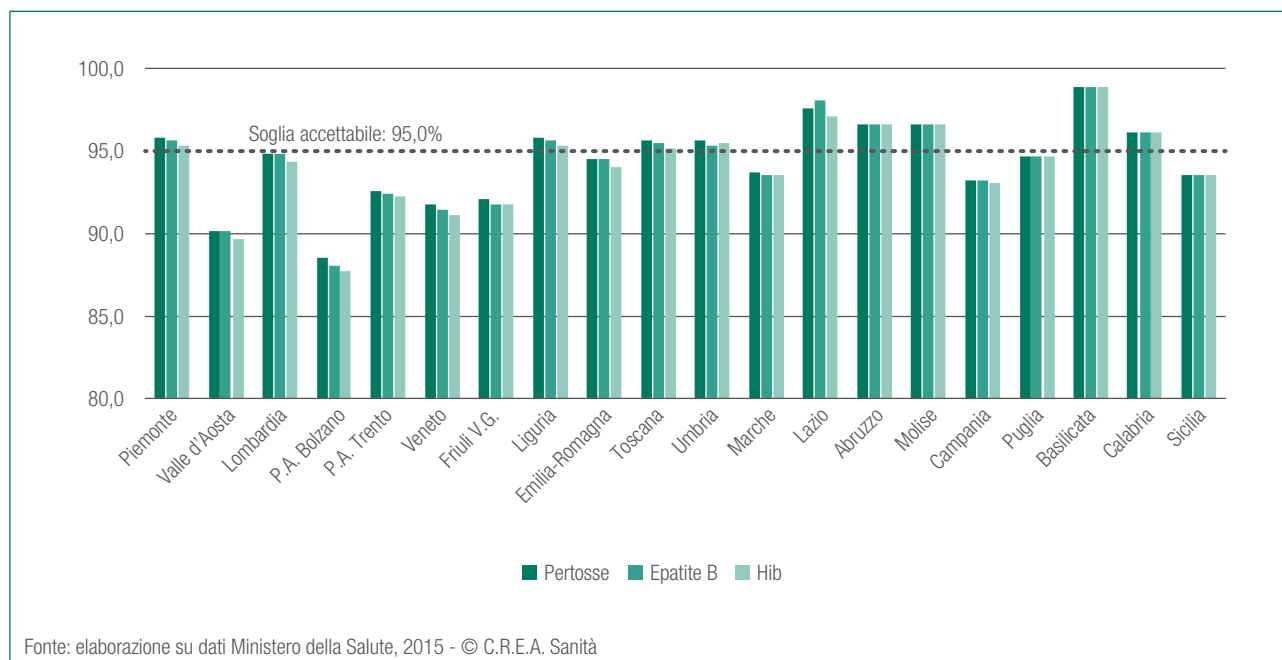
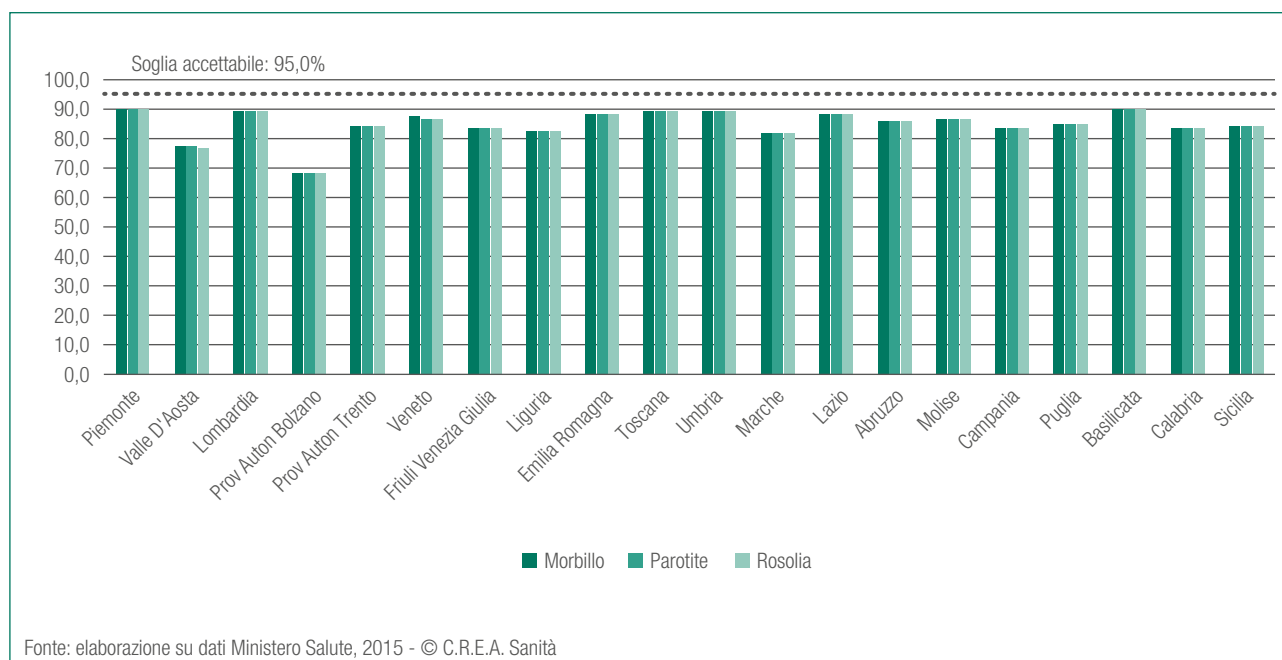


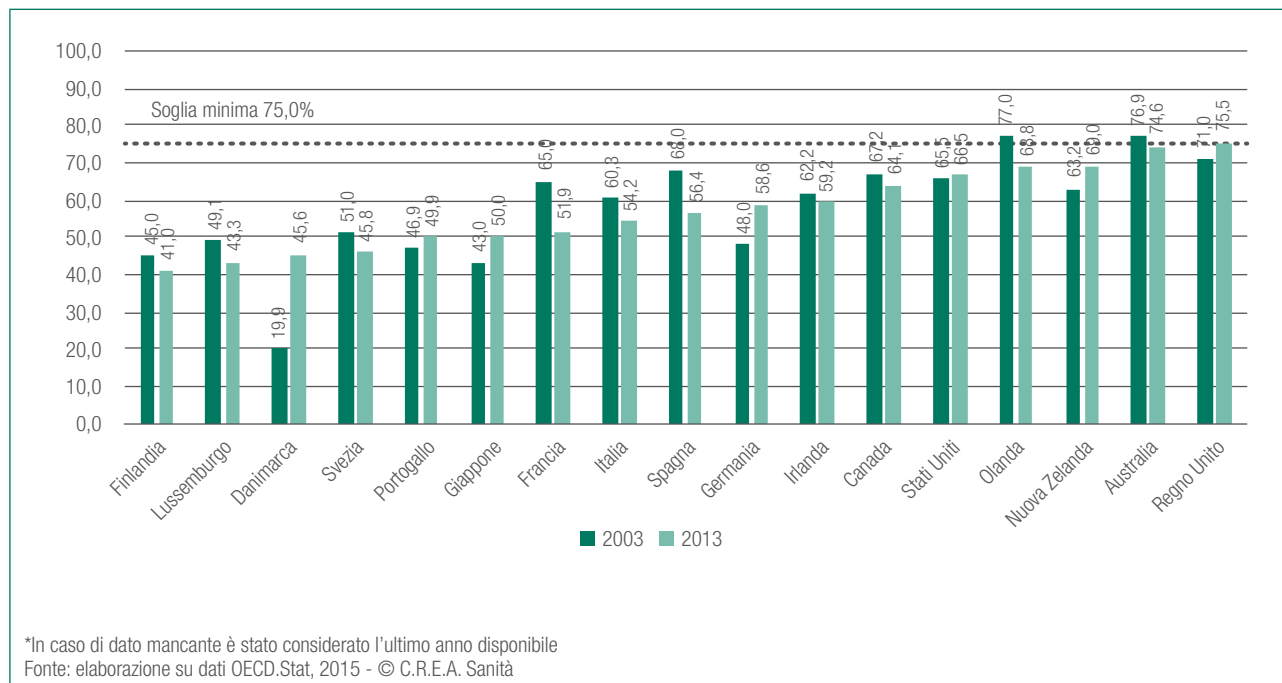
Figura 5.8. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi (prima dose) contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) in Italia, anno 2014



Per quanto sopra gli obiettivi della campagna vaccinale stagionale, per tutti i gruppi *target*, sono i seguenti:

- il 75% come obiettivo minimo perseguibile;
- il 95% come obiettivo ottimale.

I dati illustrati nella figura 5.9 evidenziano la difficoltà dei Paesi europei e *big OECD* a raggiungere il *target* di copertura vaccinale negli *over65* suggerito dalla raccomandazione. La generalizzata diminuzione rispetto al

Figura 5.9. Coperture vaccinali (%) contro l'influenza stagionale per anziani *over65* in EU15 e altri Paesi OECD, anni 2003 e 2013*

2003 è evidente. Secondo lo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), il calo delle vaccinazioni può essere dovuto ai dubbi sulla loro efficacia e alla paura degli effetti collaterali (*Vaccine Hesitancy*), ma anche ai costi del vaccino.

Secondo i dati OECD, in Europa e in altri Paesi membri solo il Regno Unito e l'Australia raggiungono la soglia del 75% nel 2013. L'Italia si assesta al 54,2% (in calo di 6 punti percentuali rispetto al 2003). Ultima la Finlandia con il 41,0%. Si nota un calo del tasso di copertura nell'ultimo decennio nella maggior parte dei Paesi. Tra quelli in cui si registra invece una crescita significativa abbiamo la Danimarca (+25,7%), la Germania (+10,6%), la Nuova Zelanda (+5,8%) e il Regno Unito (+4,5%).

In Italia, stando ai dati del Ministero della Salute, tra la stagione influenzale 1999/2000 e quella 2014/2015 si nota un *trend* in calo delle coperture vaccinali tra gli anziani *over 65* a partire dalla stagione 2005/2006, con momenti di ripresa alternati a momenti di nuovo calo. Si segnala un decremento del -6,8% nelle coperture nella stagione 2014-2015 rispetto alla precedente. In particolare, il valore Italia si attesta al 54,2% per la stagione 2012-2013 (coerentemente col dato OECD), sale

al 55,4% per il 2013-2014 per scendere al 48,6% nella stagione 2014-2015. La figura 5.10 analizza la situazione territoriale.

Anche osservando le realtà regionali si ha la conferma di come la vaccinazione degli anziani *over65* sia in netto calo nella stagione influenzale 2014-2015, allontanandosi dalla soglia minima perseguibile del 75,0%. In particolare, a parte l'Umbria con il 61,8%, nessuna Regione raggiunge neanche il 55,0%, e sono ben 14 quelle che non arrivano neanche al 50,0% (ma il Lazio è in prossimità con 49,5%). Il valore Italia si ferma al 48,6% (contro il 55,4% della stagione precedente). Per quanto concerne la vaccinazione contro il papilloma virus umano (Hpv) per contrastare il cancro della cervice uterina, introdotta nel 2007 con Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2007, stando ai dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità, a distanza di quasi otto anni dall'avvio della copertura vaccinale per ciclo completo di vaccino sembra essersi stabilizzata, senza mostrare l'incremento atteso nelle nuove coorti invitate: si è ancora lontani dal raggiungimento dell'obiettivo stabilito del 95% (con tre dosi di vaccino). Continua inoltre ad essere evidente una forte variabilità regionale, che contrasta con la necessità

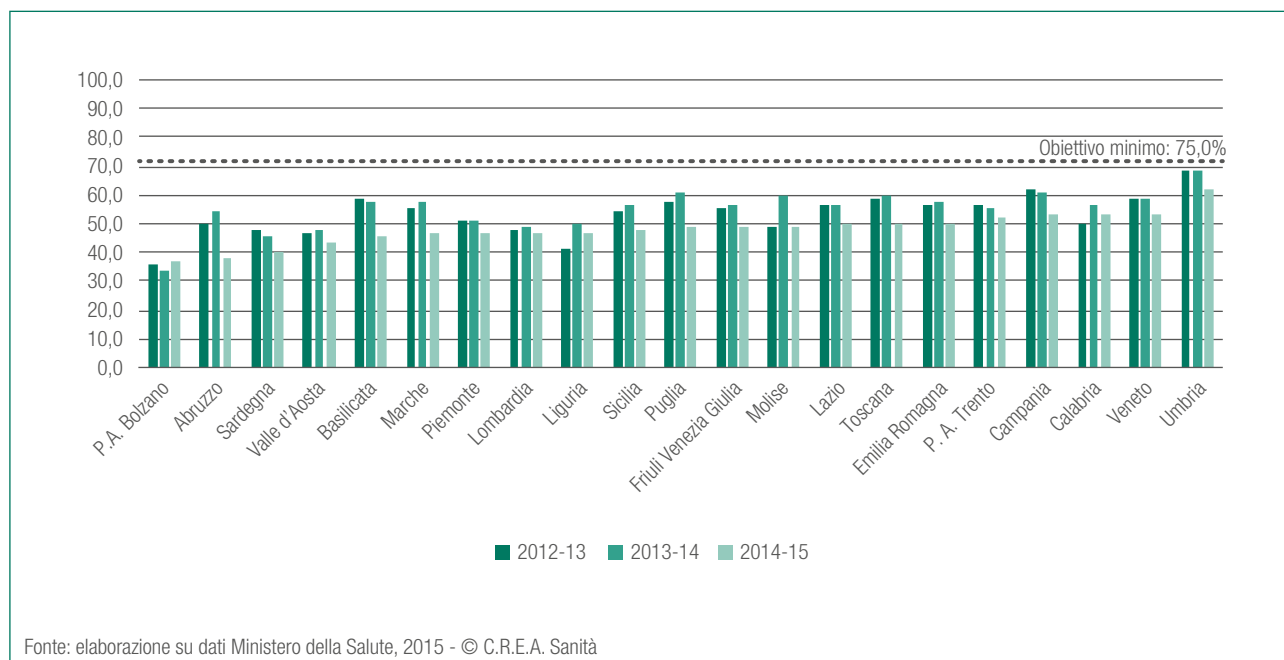
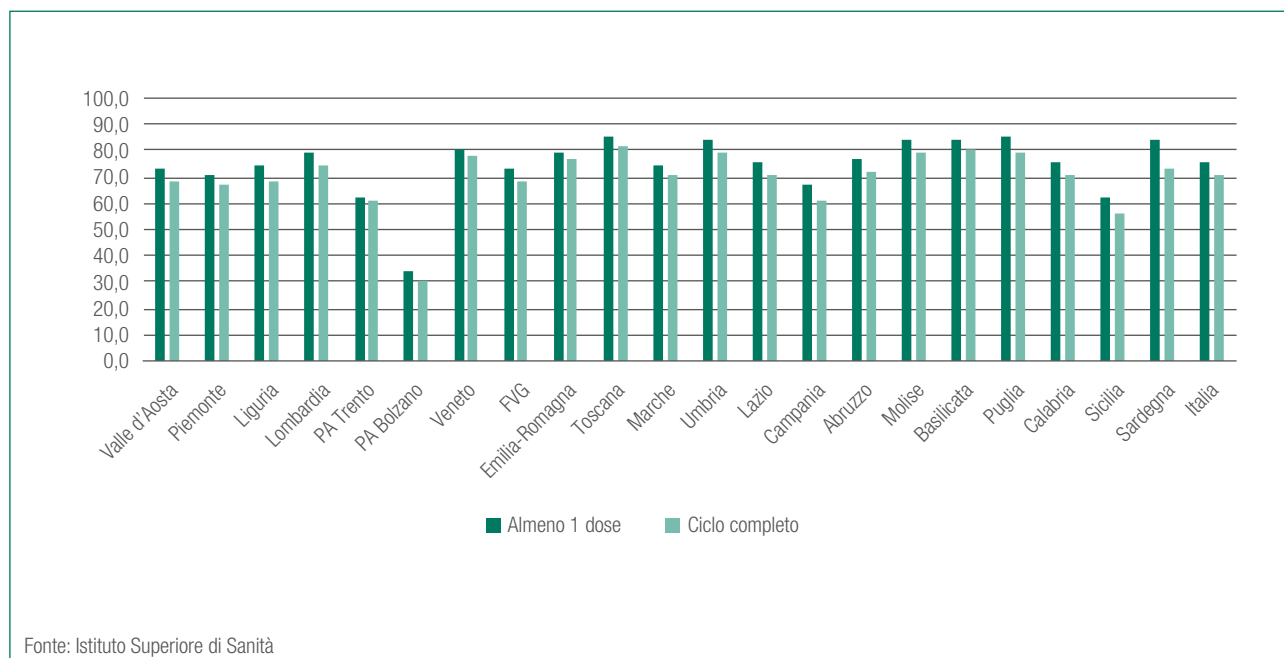
Figura 5.10. Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni) in Italia, anni 2012-2014

Figura 5.11. Coperture vaccinali (%) del target primario del programma vaccinale contro l'HPV al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000



di garantire in modo uniforme a tutta la popolazione un uguale diritto di accesso agli interventi di prevenzione vaccinale che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Con riferimento alla coorte di ragazze nate nel

2000, al 2014 in Italia ne risultano vaccinate con ciclo completo il 71,1% e con almeno una dose il 75,8%. La variabilità regionale per le prime varia tra il 30,9% della P.A. di Bolzano all'82,0% della Toscana (figura 5.11).

Passando a meningococco e pneumococco, in Italia nel 2014 sono stati segnalati 952 casi di malattia invasiva da pneumococco e 163 da malattia invasiva da meningococco (Dati di sorveglianza delle malattie batteriche invasive aggiornati al 12 agosto 2015). La vaccinazione viene consigliata a tutti i nuovi nati.

Nella tabella 5.1 vengono mostrate le coperture vaccinali a 24 mesi per gli anni 2009-2014; i dati mostrano un calo nelle coperture vaccinali anti-meningococco C coniugato nell'ultimo anno in ben 14 Regioni (si segnala il -8% delle Marche), così come nelle coperture anti pneumococco coniugato. La variabilità regionale risulta evidente.

A fronte delle coperture vaccinali sopra descritte, nel 2013 sembra sia stato speso – come nell'anno precedente - circa € 1 mld. (il 21,6% dei costi per Lea "Prevenzione collettiva e sanità pubblica") per l'attività di prevenzione rivolta alle persone, di cui circa il 30 % per

vaccini obbligatori e raccomandati (pari a poco più di € 290 mln. nel 2014, come si argomenterà di seguito); il resto viene "spalmato" tra:

- programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva (nei *key indicators* in fondo al capitolo vengono mostrate, per il triennio 2011-2013 le coperture dei test preventivi: pap-test o HPV nelle donne 25-64enni (a livello nazionale 41% all'interno dei programmi di *screening*), mammografia donne 50-69enni (51% in programmi), ricerca sangue occulto o colonscopia nelle persone 50-69enni (32%);
- prestazioni specialistiche e diagnostiche per la tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte localmente in situazioni epidemiche.

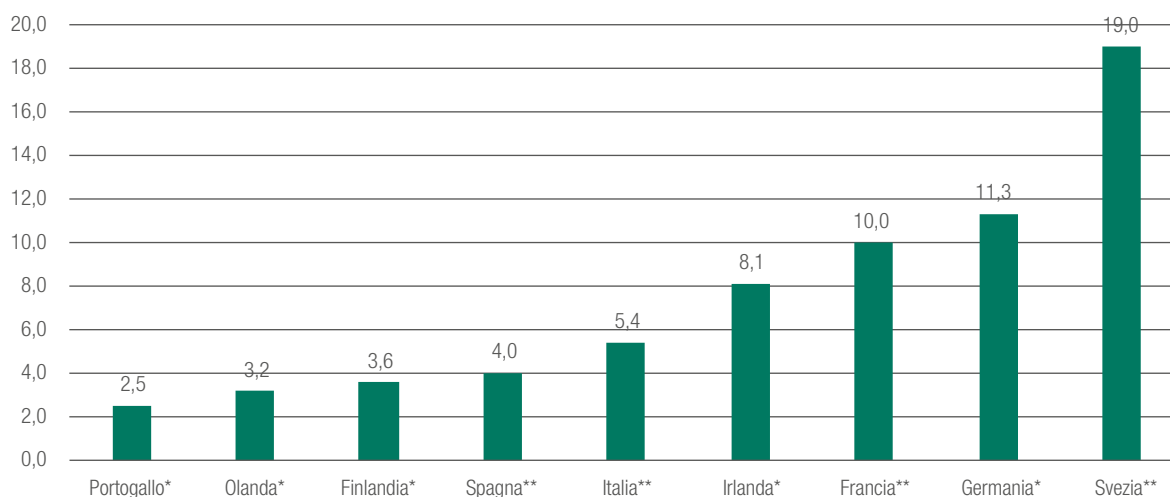
Con riferimento alla spesa per vaccini, sarebbe utile poter effettuare una comparazione internazionale: in assenza di dati omogenei nella figura 5.12 si è provato

Tabella 5.1. Copertura vaccinale a 24 mesi per vaccino anti-Meningococco C coniugato e pneumococco coniugato, anni 2009-2014

Regioni	Meningococco C			Pneumococco coniugato		
	2009	2013	2014	2009	2013	2014
Piemonte	22,8	88,6	86,8	27,8	92,7	92,3
Valle D'Aosta	84,4	83,3	77,8	n.d.	89,7	84,4
Lombardia	53,9	69,1	79,4	58,5	83,7	79,4
P. A. Bolzano	50,5	60,8	61,3	40,2	78,8	80,7
P. A. Trento	68,8	82,8	81,7	85,1	87,6	87,1
Veneto	92,4	92,3	88,1	87,5	88,4	85,6
Friuli Venezia Giulia	n.d.	82,0	82,6	n.d.	86,5	82,4
Liguria	84,9	85,6	83,1	n.d.	93,7	92,2
Emilia Romagna	93,2	91,2	88,3	94,3	94,1	92,5
Toscana	87,2	90,2	87,8	n.d.	94,0	93,8
Umbria	71,1	89,5	86,5	n.d.	94,9	94,2
Marche	40,5	84,9	76,6	45,5	93,4	89,7
Lazio	n.d.	69,2	n.d.	n.d.	89,2	91,3
Abruzzo	29,1	54,1	62,2	n.d.	56,1	83,6
Molise	n.d.	71,9	74,2	n.d.	96,0	94,6
Campania	n.d.	n.d.	42,7	n.d.	n.p.	76,6
Puglia	72,0	81,1	77,8	85,4	92,9	93,5
Basilicata	84,9	86,8	86,3	96,3	98,7	98,5
Calabria	63,4	67,5	66,2	75,3	44,5	92,0
Sicilia	30,8	61,4	60,2	90,7	92,9	91,7
Sardegna	n.d.	58,5	n.d.	n.d.	64,8	n.p.
Media nazionale	n.d.	77,1	74,9	n.d.	86,9	87,3

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-ISS e Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5.12. Spesa per vaccini pro-capite (€), Paesi EU15, anno 2013 (o ultimo disponibile)



* Fonte: WHO, settembre 2015 (costi per vaccini utilizzati nelle vaccinazioni di routine)

** Fonte: dati nazionali (per tutti i vaccini. Per Italia, dato OSMED)

a mettere insieme le informazioni reperite da WHO¹³ e da fonti nazionali¹⁴ per l'anno 2013.

Pur con tutte le cautele del caso, risulterebbe che in Italia si spendano € 5,4 pro-capite per vaccini, con una forbice che va da € 19 pro-capite della Svezia agli € 2,5 del Portogallo.

Il dato Italia è stato tratto dal Rapporto OsMed. Nel 2014 sono stati spesi complessivamente € 291,1 mln. (pari a € 4,79 pro-capite, 1,09% della spesa farmaceutica totale e 0,26% della spesa sanitaria), registrando un calo rispetto al 2013 (€ 321,8 mln., pari a € 5,39 pro-capite, 1,24% della spesa farmaceutica e 0,29% della spesa sanitaria).

A livello di tipologia di vaccino (figura 5.13), emerge la prevalenza degli pneumococchi, seguiti dal vaccino esavalente.

La spesa complessiva delle Regioni per vaccini per il

2013 ammonterebbe, stando ai dati ministeriali, a € 330 mln. (€ 322 mln. secondo OsMed), con una significativa disomogeneità territoriale mostrata nella figura 5.14.

Nel 2013 quattro Regioni superano € 18 pro-capite¹⁵, 3 del Sud Italia (Sicilia, Basilicata e Puglia), più il Friuli Venezia Giulia. Le altre, approssimando per eccesso, si attestano intorno a € 15,0 (media Italia pari a € 15,7); sono ancora al di sotto Sardegna, Liguria, Marche, Abruzzo, Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna.

Il costo è diminuito rispetto al 2012 in 11 Regioni (tutte del Centro-Nord tranne Sardegna e Puglia), mentre è aumentato in tutte le altre (stabile in Umbria).

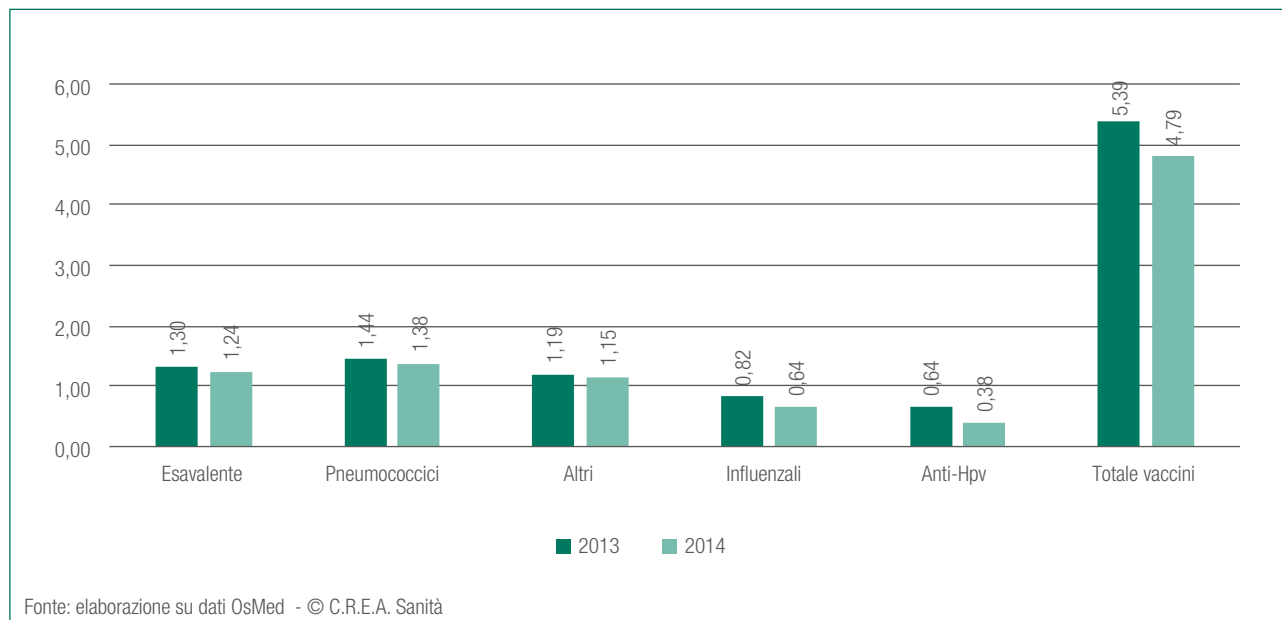
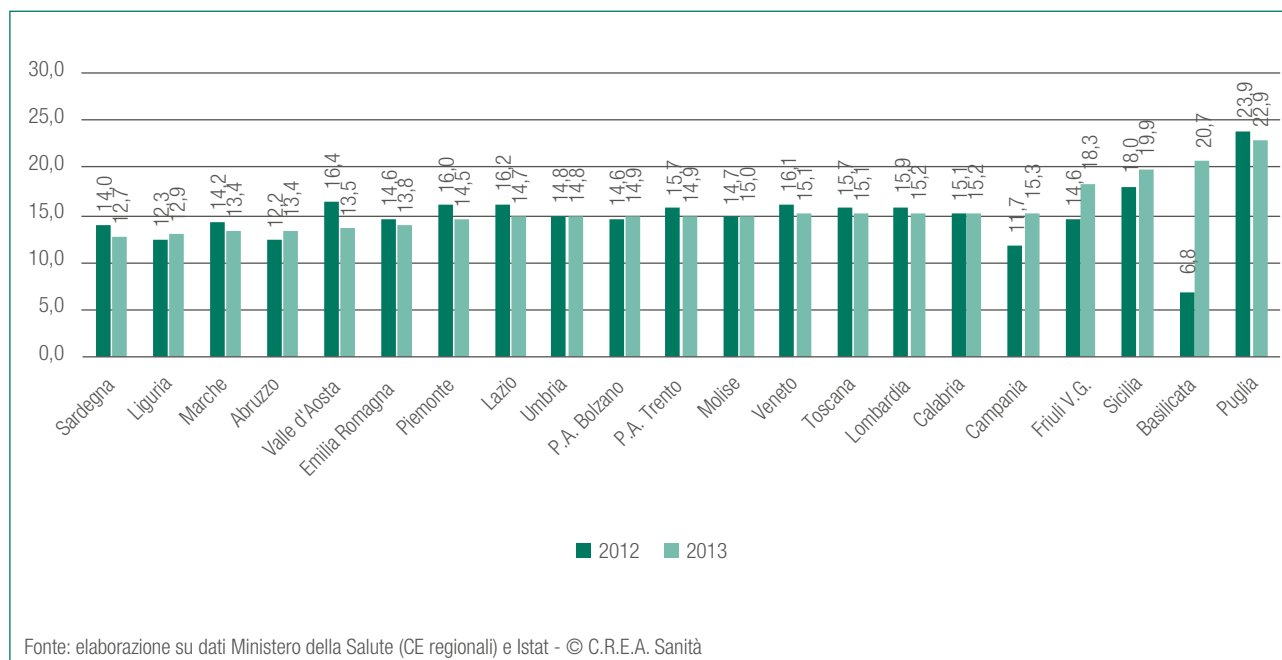
Coerentemente col fatto che per i vaccini antinfluenzali (in maggioranza per over65) si spende mediamente a livello nazionale quasi la metà che per il vaccino esavalente (pediatrico), le Regioni che registrano un costo pro-capite per *under14* e *over65* più alto sono per lo

¹³ http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators

¹⁴ Italia: OSMED; Francia: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); Spagna: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI); Svezia: Statistiska Centralbyran

¹⁵ Considerando la popolazione *under 14* e *over 65*

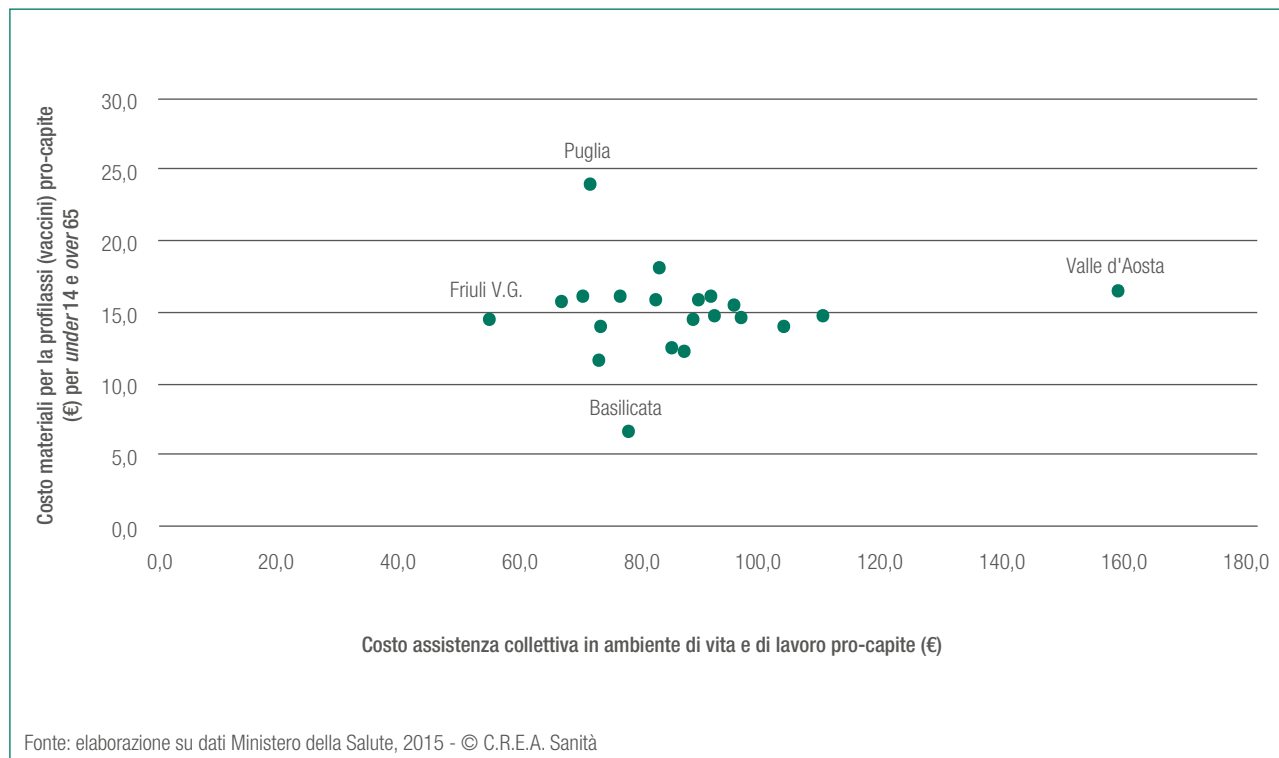
Figura 5.13. Spesa per vaccini in Italia, per tipologia. Valori pro-capite (€), anni 2013 e 2014

Figura 5.14. Spesa sanitaria per materiali per la profilassi (vaccini). Valori pro-capite (€) per popolazione *under14* e *over65*, anni 2012 e 2013

più quelle meridionali, con una quota prevalente di *under14*. Le Regioni che registrano una spesa più alta in prevenzione collettiva e sanità pubblica non necessariamente spendono di più per i vaccini; sembra infatti

che tra le due grandezze non ci sia una correlazione positiva, come mostrato nella figura 5.15; si evidenziano piuttosto vari casi "isolati," come Valle d'Aosta, Puglia, Basilicata e Friuli Venezia Giulia.

Figura 5.15. Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro vs. costo pro-capite per vaccini nelle Regioni italiane, anno 2012



5.4. Conclusioni

Con una popolazione che invecchia rapidamente, come quella italiana, tra le azioni atte a garantire la sostenibilità del sistema non possono mancare le attività di prevenzione con cui eliminare o ritardare l'insorgenza di alcune patologie, ovvero contenere o ritardarne le complicazioni.

Il concetto è riconosciuto anche a livello internazionale: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevenzione permette di acquisire anni di vita in buona salute, riducendo potenzialmente i costi di assistenza sanitaria, rappresentando dunque un investimento, traducibile in alcuni casi in costi evitati. L'analisi e le proposte di strategie di prevenzione, in base ad un approccio multidisciplinare che appare quanto mai necessario, si rinvencono in numerosi documenti di programmazione nazionale e internazionale, che rappresentano degli indirizzi a cui fare riferimento per poi agire concretamente nella loro attuazione.

Nel confronto con l'Europa ed altri Paesi, l'OECD sembra finalmente nel 2015, in seguito ad interventi di aggiornamento e correzione sul database, aver riconosciuto merito all'investimento fatto nel nostro Paese nel campo della prevenzione: 3,7% la spesa in programmi di prevenzione e salute pubblica in percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente (rispetto allo 0,5% rilevato fino allo scorso anno), anche se la spesa in valore assoluto risulta limitata, in linea con il *gap* che caratterizza la spesa sanitaria italiana rispetto a quella dei Paesi EU14.

Nonostante il riconoscimento in ambito internazionale, sta di fatto che a livello nazionale (e in modo particolare in alcune Regioni) la spesa in prevenzione come sopra intesa risulta ancora al di sotto del 5% del Fondo Sanitario Nazionale fissato negli ultimi Patti per la Salute. Inoltre, aspetto interessante è la composizione di tale spesa: per il 2013 con un totale di circa € 4,8 mld. spesi nel nostro Paese secondo i dati forniti da Agenas e dal Ministero della Salute, si stima un costo di

circa € 1,2 mld per attività di igiene e sanità pubblica, € 1,1 mld. in sanità pubblica veterinaria, € 1,0 mld. per attività di prevenzione rivolte alle persone, € 0,6 mld. per prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, € 0,5 mld. per servizio medico legale e € 0,4 mld. per igiene degli alimenti e della nutrizione.

Tra le attività di prevenzione rivolte alle persone, rientrano le vaccinazioni. Per l'acquisto dei vaccini si spendono in Italia nel 2014 € 291 mln. (OsMed), pari a circa € 4,79 pro-capite, ma non è possibile risalire alla suddivisione dei restanti circa € 700 mln. tra le altre attività (es. programmi di *screening*).

In base ai dati esistenti, difficili da reperire in maniera esaustiva e confrontabile a livello internazionale, la spesa per vaccini in Italia sembrerebbe essere piuttosto inferiore rispetto ad altri Paesi (es. Francia con €10,0 pro-capite, Germania con € 11,3 e Svezia con € 19,0).

La spesa inferiore riflette un fenomeno che negli ultimi anni sembra essere in preoccupante crescita: il calo generalizzato delle vaccinazioni, anche di quelle obbligatorie, ed anche rispetto ad altri Paesi. In particolare, nel 2014 c'è concorde rilevazione di un calo nelle vaccinazioni pediatriche, con forti disparità all'interno del territorio nazionale (ma con eccezioni più virtuose), ma anche ad esempio delle vaccinazioni anti-influenzali a favore degli anziani e dei soggetti a rischio (tutte le Regioni sono al di sotto della soglia minima perseguibile del 75,0% con riferimento agli anziani over 65).

Il fenomeno della *Vaccine Hesitancy* (definita da WHO come "ritardo nell'adesione o rifiuto della vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi vaccinali") sembra essere reale e supportato dai dati rilevati. Non di poco conto l'incidenza della cattiva informazione, soprattutto in Rete, non supportata da evidenze scientifiche. La corretta comunicazione diventa dunque un fattore essenziale, e necessita di una rete strutturata e ben organizzata che comprenda tutti gli *stakeholders*.

Riferimenti bibliografici

- Agenas (2015) - Andamento spesa sanitaria nazionale e regionale 2008-2014
- Ambrosetti – The European House (2014), *Meridiano Sanità, Rapporto 2014*
- Commissione Europea e OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*
- Istat (2015), www.istat.it
- Istituto Superiore di Sanità - ISS (2014), *Sistema di sorveglianza PASSI*, www.iss.it
- Ministero della Salute (2015), www.salute.gov.it
- Ministero della Salute (2015), Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie – CCM, *Programma 2015*
- Ministero della Salute (2014), *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*
- Ministero della Salute (2014), *Verifica adempimento 'Mantenimento erogazione LEA', anni 2011 e 2012*
- OECD - Organisation for Economic and Co-operation Development (2014), "Health spending continues to stagnate in many OECD Countries", in *Health Working Paper No. 68*, april 2014
- OECD (2015), *Statistics on OECD.Stat*
- OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), *Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020*
- OsMed (anni vari), Rapporto "L'uso dei farmaci in Italia", vari anni
- Osservatorio Nazionale Screening (2015), *I programmi di screening in Italia*
- Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva – Osservatorio civico sul federalismo in Sanità, *Rapporto 2013*
- WHO – Regional Office for Europe (2014), "New WHO analysis shows alarming rates of overweight children", *Press release Copenhagen and Athens*, 25 February 2014
- WHO-UNICEF (2014), *Analysis of Immunization Financing Indicators of the WHO-UNICEF (2014) Joint Reporting Form (JRF), 2006-2012*, June 2014



Chapter 5 – Summary

Prevention:

the (open) debate about expenditure in Italy,
national and international strategies

Chapter 5 - Summary

Prevention: the (open) debate about expenditure in Italy, national and international strategies

Giordani C.¹, Spandonaro F.¹

Among the actions aimed at warranting system sustainability with a rapidly aging population, like the Italian one, there cannot be a lack of prevention actions for eliminating or delaying diseases – or their complications.

The concept is recognized at an international level: according to the World Health Organization (WHO), prevention extends one's life expectancy in good health, potentially reducing healthcare costs and therefore representing an investment that in some cases can be translated into expenditure avoidance. Analysis and proposals for prevention strategies, based upon a multidisciplinary approach that seems more necessary than ever, can be found in many national and international programme documents that provide addresses of reference and then concrete steps towards implementation. At the international level, one must take into consideration *Europe 2020* that is the Third EU Health Programme (2014-2020), or the "WHO Global Action Plan for the prevention and control of non-communicable diseases (NCDs) 2013-2020". At the national level, according to the Ministry of Health's "Guidelines for the Year 2016", strategic choices of healthcare policies for the triennium 2016-2018 should be concentrated on prevention. We wish also to mention the Piano Nazionale della Prevenzione (PNP, National Prevention Plan), which deals with health promotion and disease prevention: it contemplates that each Region drafts and approves its own Regional Prevention Plan; and the Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV, National Plan for Preventive Vaccination), a guideline for public healthcare planning strategies in the promotion of health. One of its specific objectives is guaranteeing active and free provision of immunizations for the general population. Even the 2014-2016 Patto

per la Salute (Health Pact, a document for healthcare programming by the Italian Ministry of Health), approved in July 2014, does not overlook the strategic importance of prevention activities: allotting for that € 200-million per year, as well as providing further resources to the National Screening Observatory, the *Evidence-based prevention* and the Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT, The Italian Network of Cancer Registries).

The OECD (Organisation for Economic and Co-operation Development) in 2015 seems to have finally recognized the true investments carried out in our country in the field of prevention (following updating and correction procedures on the *database*): 3.7% expenditure in prevention and public health programmes is the percentage of current public healthcare expenditure (compared to 0.5% recorded until last year); of the European countries with available data, only Belgium (4.1%) and Finland (4.3%) apparently register a higher percentage compared to Italy (outside Europe, so do USA (6.1%) and Canada (8.4%), although the North America figure does not seem to be fully comparable as it presumably also contains expenditure for activities conducted by general practitioners). Bringing up the rear seems to be Portugal with 1.3%, followed by Greece (1.7%), France (1.8%) and Austria (2.0%).

Nevertheless the absolute value of expenditure seems limited, but it is in line with the *gap* that characterizes Italian healthcare expenditure compared to that of EU14 countries.

At national level (and particularly in some Regions) prevention expenditure as intended above is still below 5% of the Fondo Sanitario Nazionale (National Healthcare Fund), the target established in recent Patto per la

¹ C.R.E.A. Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

Salute. Moreover, an interesting aspect is the composition of the said expenditure: for the year 2013 with a total of approximately € 4.8-billion spent in Italy according to the figures provided by Agenas (Italian Agency for Regional Health Services) and the Ministry of Health, an expenditure of approximately €1.2-billion was estimated for public hygiene and healthcare activities, € 1.1-billion for veterinary public healthcare, € 1.0-billion for prevention activities addressed to persons, € 0.6-billion for prevention and safety on the workplace; € 0.5-billion for medical examiner services and € 0.4-billion for food and nutrition hygiene.

Immunizations fall into the category of prevention activities addressed to people. Italian expenditure for vaccines during the year 2014 was € 291-million, equal to approximately € 4.79 per capita; but it is impossible to determine the subdivision of the remaining approx. € 700-million amongst the other activities (i.e. *screening* programmes).

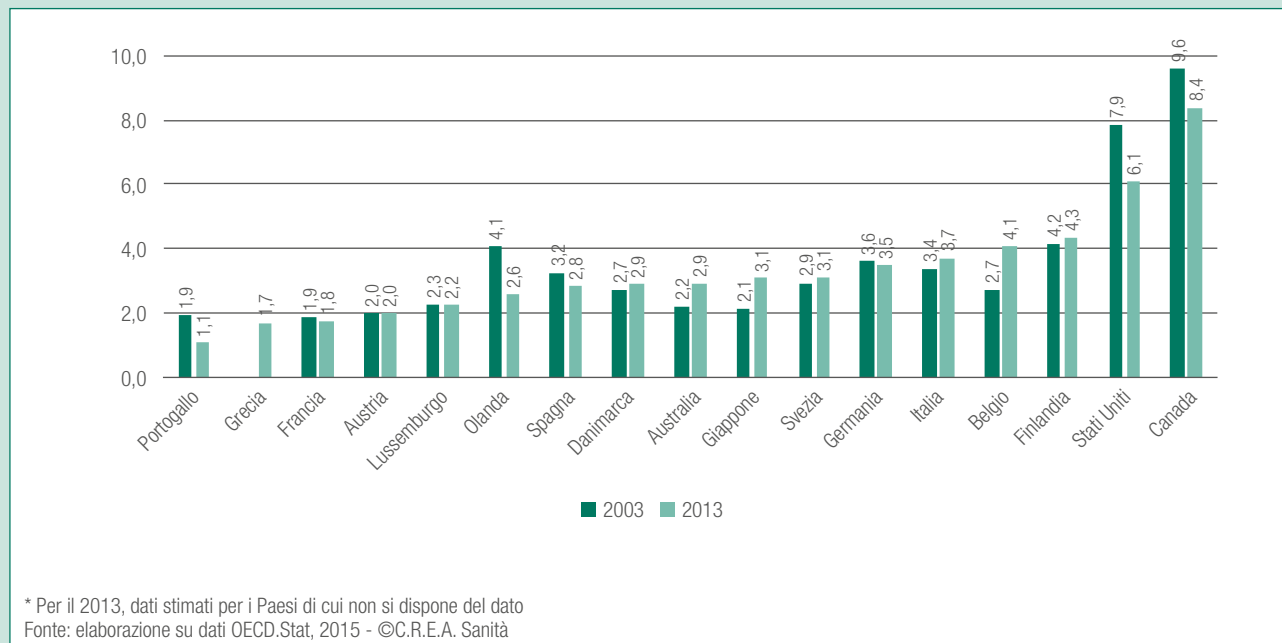
Based upon the existing data, although comparison can be partially biased, expenditure for vaccines in Italy would seem rather lower compared to that in other countries (i.e. France with €10.0 per capita, Germany with € 11.3 and Sweden with € 19.0).

Lower spending reflects a phenomenon that over the past few years seems to be on a serious rise: the general decline of vaccinations, even the mandatory ones, and

even compared to other countries. In particular, the year 2014 registered an unanimous recognition of there being a fall in pediatric immunizations, with strong disparity within the national territory (but with more virtuous exceptions); this is also the case for influenza vaccinations in favour of the elderly and of subjects at risk: all Regions are below the minimum threshold of 75.0% with reference to the elderly *over the age of 65*). Regarding vaccination against human papillomavirus (HPV), introduced since 2007, after almost eight years coverage per complete cycle of vaccine it appears to have stabilized, without demonstrating the expected increase in new cohorts invited: we are still far from reaching the established target of 95% (envisaging three doses of vaccine). Moreover there is continuing evidence of a strong variability between Regions in Italy. Finally, there is also a fall in 24-month anti-meningococcal C conjugate and anti-pneumococcal conjugate vaccine coverage.

Therefore, the *Vaccine Hesitancy* phenomenon (defined by WHO as “delay or refusal of vaccination, despite availability of vaccination services”) seems to be real and supported by the data collected. The incidence of not correct information is significant, especially on the Internet, namely information not supported by scientific evidence. Correct communication therefore becomes an essential factor and needs a structured and well-organized process that includes all *stakeholders*.

KI 5.1. Spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute collettiva - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2003 e 2013*



A livello internazionale (EU a 15 e alcuni grandi altri Paesi OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*) questo indicatore osserva la spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica calcolata in % della spesa sanitaria pubblica corrente per gli anni 2003 e 2013.

Nel luglio 2015 OECD - in seguito alla implementazione del nuovo “*System of Health Accounts 2011*” – ha fornito una nuova release del *database online* (in corso di verifica), ed in base ad essa il dato relativo alla spesa per prevenzione e salute pubblica nei Paesi OECD è stato corretto. Nella figura 5.1 si riporta la nuova classifica (considerando il settore pubblico, non essendo stato il dato del privato fornito da molti Paesi), in base alla quale l'Italia non sarebbe più ‘fanalino di coda’ (fino al 2014 gli veniva attribuita una percentuale dello 0,5%).

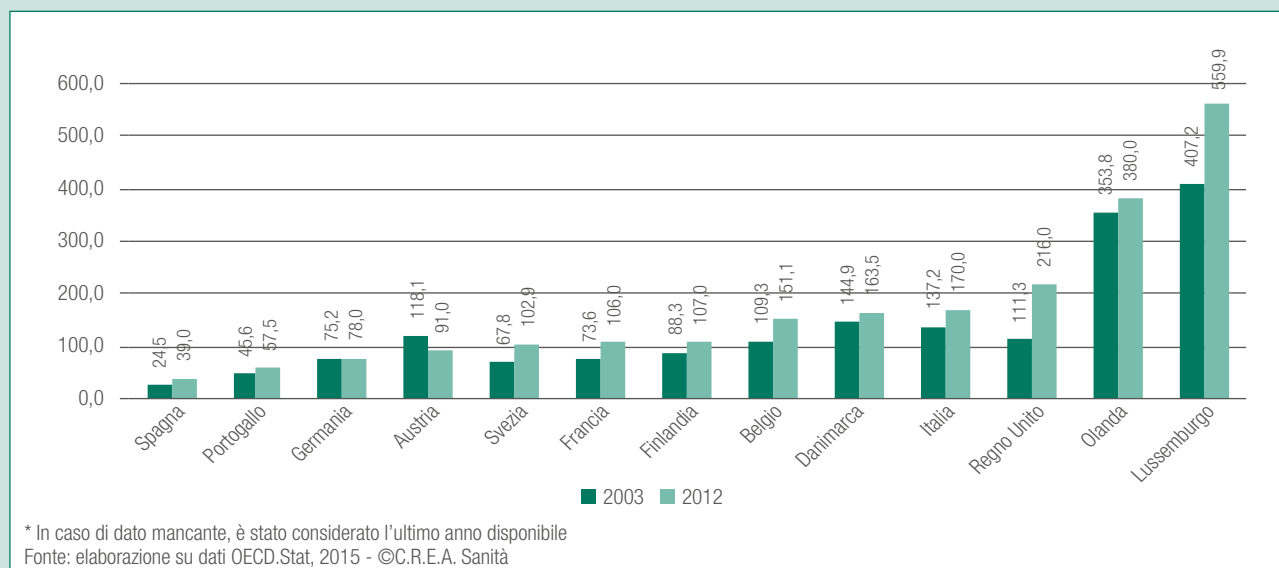
In base ai nuovi dati, nel 2013 in Italia la spesa pubblica per la prevenzione e la salute collettiva si attesta al 3,7% della spesa pubblica corrente (in aumento di 0,3 punti percentuali e con una stima per il 2014 che prevede un leggero ulteriore incremento).

Tra i Paesi europei considerati, solo Belgio e Finlandia registrano una % maggiore (4,1% e 4,3% rispettivamente), in aumento rispetto al 2003. Fanalino di coda il Portogallo, che in base alle stime sembrerebbe arrestarsi a 1,1%. Seguono la Grecia (1,7%) e la Francia (1,8%).

È d'obbligo evidenziare che in alcuni Paesi (es. USA e Canada) il valore include le attività di prevenzione personale svolte in medicina generale, che in altri Paesi (es. Italia e Spagna) vengono calcolate all'interno delle spese per ‘curative care’ e non sono dunque comprese nell'indicatore in analisi.

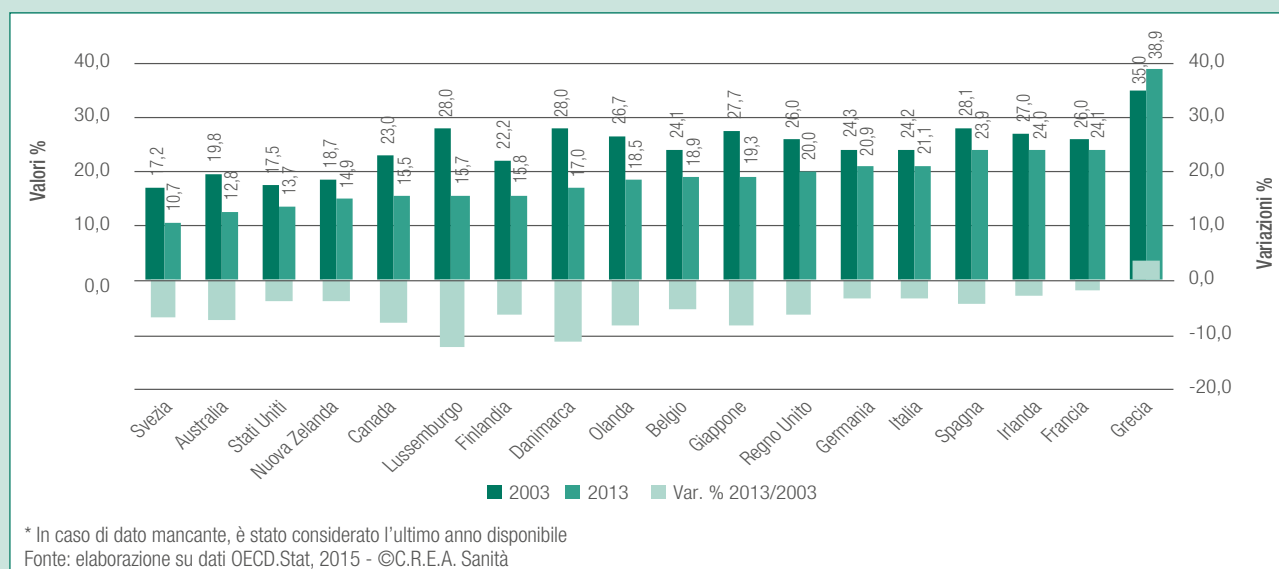
Resta dunque in alcuni casi la non confrontabilità del dato in base ai diversi metodi di rilevazione, così come appare evidente il ritardo con cui i Paesi spesso forniscono i dati, quando non risultano invece inadempienti.

K.I. 5.2. Spesa corrente pubblica in protezione ambientale, EU15 e altri Paesi OECD. Valori pro-capite (€), anni 2003 e 2012*



La spesa per protezione ambientale include tutte le attività (pubbliche) dirette a prevenire, ridurre ed eliminare l'inquinamento e ogni altro danno all'ambiente causato dai processi di produzione o consumo. Un esempio importante di queste attività è rappresentato dal riciclo dei materiali. Analizzando il contesto internazionale (EU15 e altri grandi Paesi OECD) in Italia nel 2012 la spesa corrente pubblica per protezione ambientale ammonta a € 170 pro-capite (€ 137,2 nel 2003). Fanalino di coda la Spagna (con € 39,0), mentre il Paese più virtuoso (tra quelli di cui si dispone dei dati) è il Lussemburgo con ben € 560, seguito da Olanda (€ 380 pc) e Regno Unito (€ 216). Rispetto al 2003, tutti i Paesi registrano un aumento della spesa (tranne l'Austria con - 23,0%); si segnala il +94,0% del Regno Unito (l'Italia si attesta a + 24,0%).

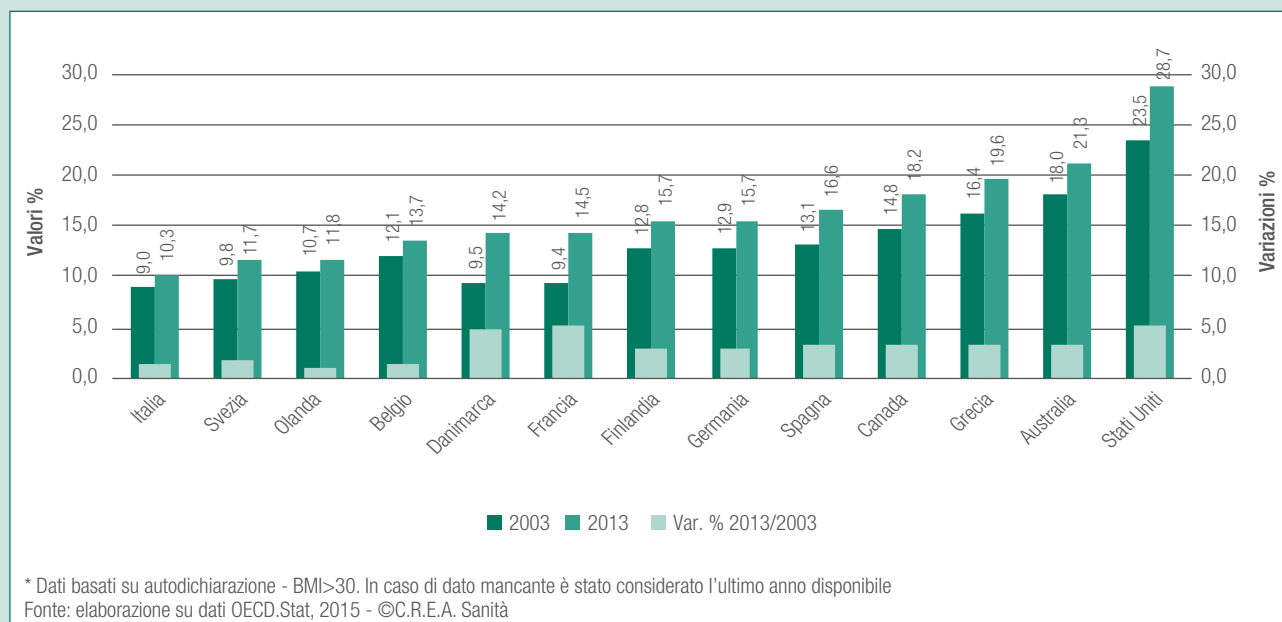
KI 5.3. Persone over15 che dichiarano di fumare giornalmente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori e variazioni %, anni 2003 e 2013*



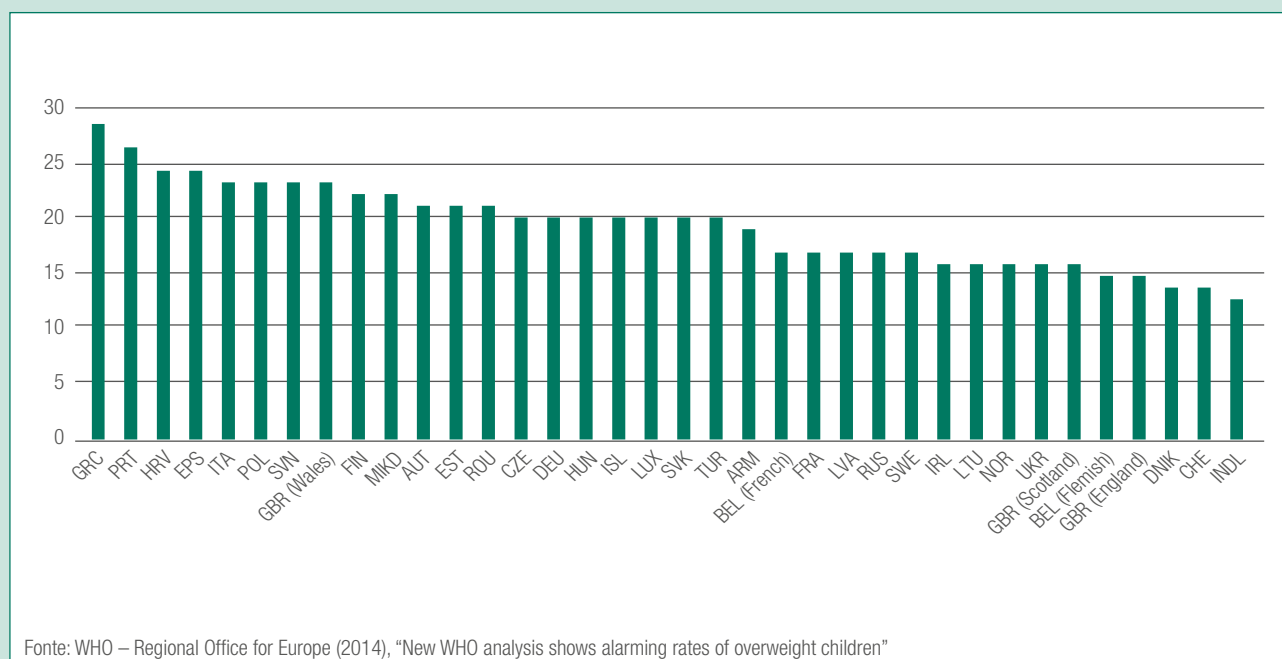
Il consumo di tabacco è una delle maggiori cause di tumore nel mondo. La prevenzione resta strumento fondamentale: sono circa 6 milioni i decessi ogni anno per malattie correlate (700.000 solo nella Unione Europea) (ISS, 2014). Stando ai dati forniti da OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*, nel 2013 tra i Paesi EU15 (e altri grandi Paesi OECD) di cui si dispone dei dati, l'Italia presenta una delle % più alte di fumatori tra gli over 15 (21,1%), anche se in calo (-3,1%) nell'ultimo decennio. Peggio del nostro Paese la Spagna (23,9%), l'Irlanda (24,0%), la Francia (24,1%), anche se tutte con un *trend* in diminuzione rispetto al 2003, con la Grecia fanalino di coda (38,9%, oltretutto in aumento del +3,9% nell'ultimo decennio). La più virtuosa è la Svezia che si ferma al 10,7% (con un -6,5% rispetto al 2003).

Sempre considerando le variazioni tra 2003 e 2013, a parte la Grecia, il cui aumento è stato segnalato, gli altri Paesi considerati registrano tutti un calo della percentuale di fumatori giornalieri over15: si segnala in particolare il -12,3% del Lussemburgo ed il -11,0% della Danimarca.

KI 5.4a. Prevalenza di obesità nella popolazione adulta, EU15 e altri Paesi OECD. Valori e variazioni %, anni 2003 e 2013*

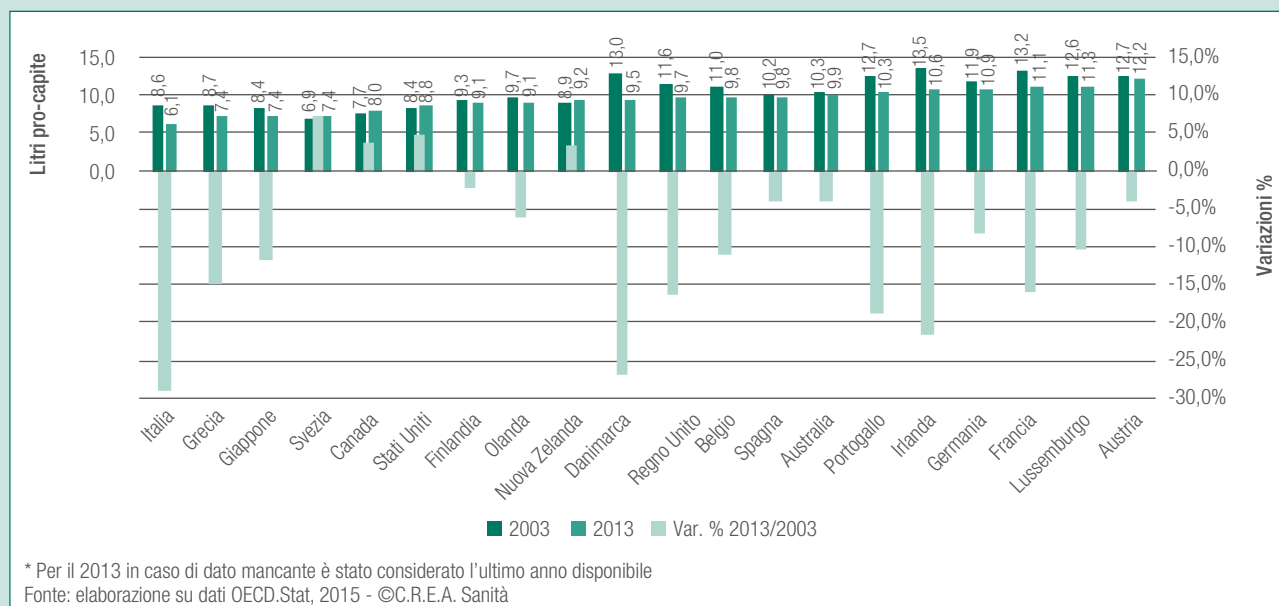


KI 5.4b. Prevalenza (%) di sovrappeso tra i 13enni in vari Paesi - WHO, 2009-2010



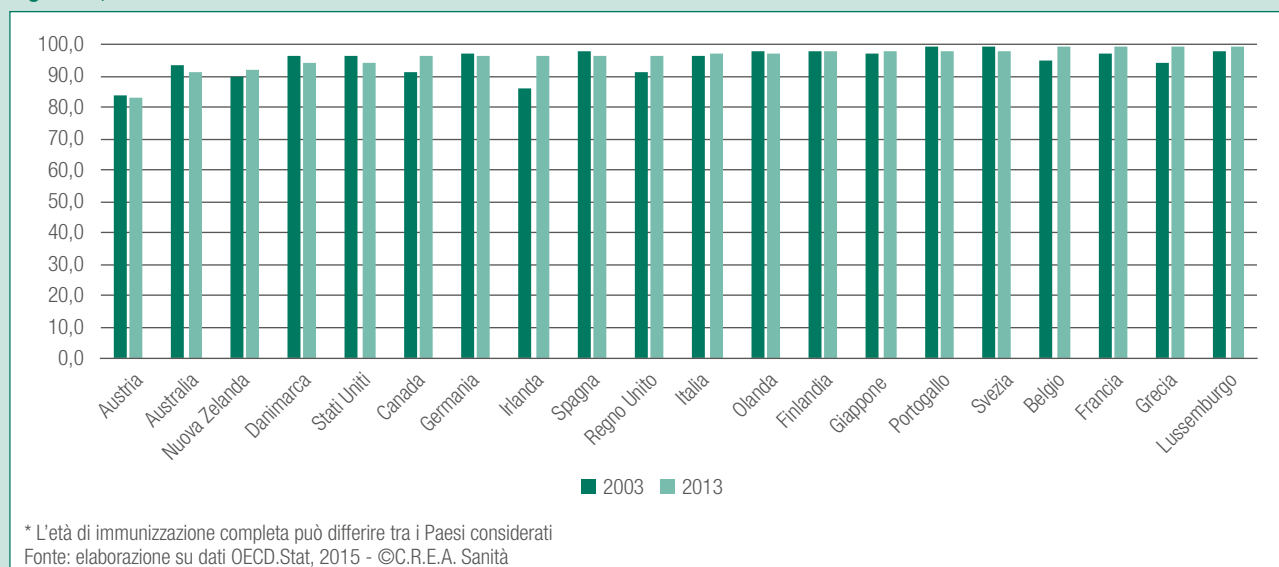
Essere in eccesso ponderale (in sovrappeso oppure obesi) aumenta il rischio di patologie croniche quali infarto del miocardio, ictus, ipertensione, diabete mellito, osteoartrite, alcuni tumori (ISS). Tra i Paesi dell'Europa a 15 di cui si dispone del dato ed alcuni altri Paesi OECD, la situazione italiana, tra gli adulti, sembra essere tra le migliori (pur registrando un aumento dal 2003): nel 2013 tra gli *over 15* la prevalenza di obesi (BMI>30KG/M2) nel nostro Paese è pari a 10,3% (+1,3% nell'ultimo decennio), fanalino di coda gli Stati Uniti (28,7%, con un +5,2% dal 2003). Si nota come l'aumento interessi tutti i Paesi considerati. Si segnala il +5,1% della Francia e il +4,7% della Danimarca. Sebbene la situazione italiana tra gli adulti appaia tra le migliori in Europa, non è altrettanto buono il dato che riguarda i bambini: secondo WHO, la prevalenza di sovrappeso in Italia tra i 13enni è tra il 20% e il 25%, occupando il quinto posto su oltre 35 Paesi considerati.

KI 5.5. Consumo di alcol di persone over 15, EU15 e altri Paesi OECD. Litri pro-capite e variazioni %, anni 2003 e 2013*

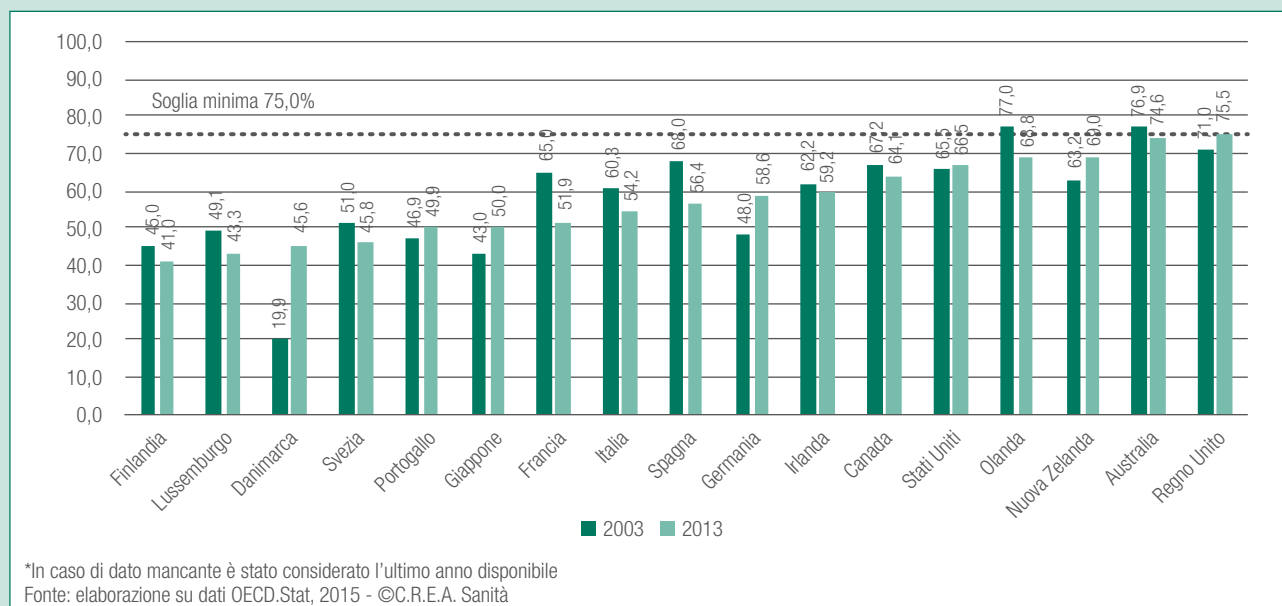


La prevenzione è attività fondamentale anche per evitare l'abuso di alcol, problema di salute pubblica: secondo l'ISS, causa il 3,8% di tutte le morti in Europa (per incidenti, cancro, malattie cardiovascolari e cirrosi epatica), con costi che supererebbero l'1,0% del PIL. Il nostro Paese da questo punto di vista sembra essere tra i più virtuosi in Europa, stando ai dati forniti da OECD (aggiornati a luglio 2015): tra i Paesi di cui si dispone del dato, nel 2013 si registra in Italia la quantità più bassa di alcol in litri pro-capite consumati all'interno di EU15 (6,1 litri con un -29,1% rispetto al 2003). Seguono Grecia, Giappone e Svezia con 7,4. Fanalino di coda l'Austria, con oltre 12 litri pro-capite (-3,9%). Rispetto al 2003, tra i Paesi considerati nel 2013 hanno aumentato il consumo di alcol Svezia, Canada, Stati Uniti e Nuova Zelanda. Gli altri Paesi hanno registrato un calo, più o meno consistente: si segnala il -26,9% della Danimarca, il -21,5% dell'Irlanda e il -18,9% del Portogallo.

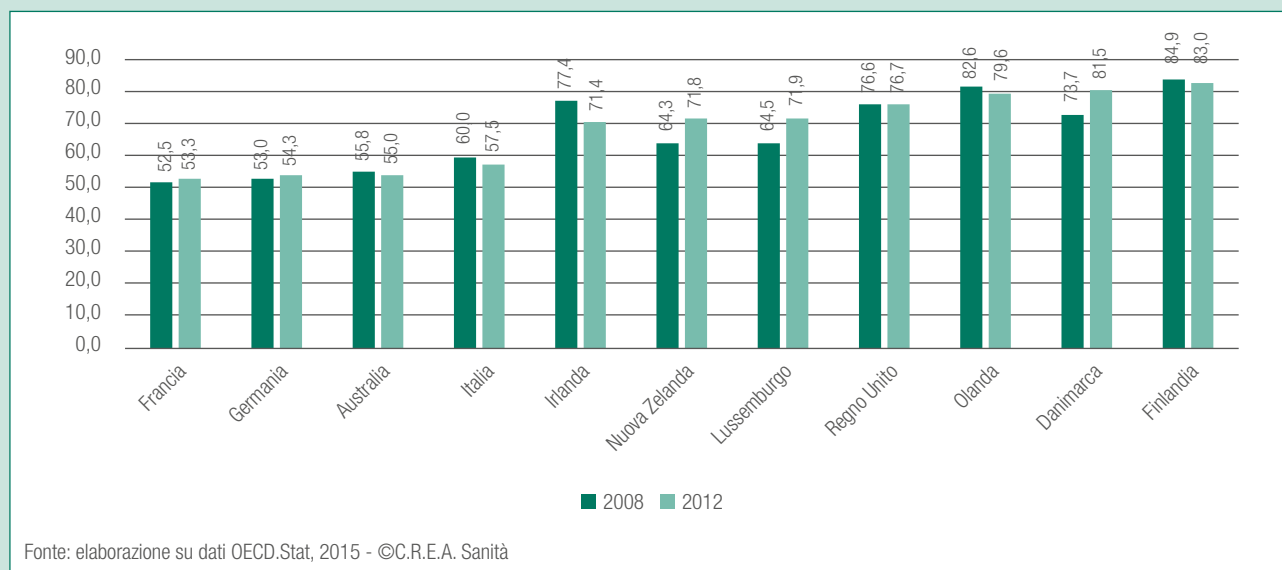
KI 5.6. Copertura vaccinale (%) nei bambini a un anno per 3 dosi* di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse). Paesi EU15 e altri big OECD, anni 2003 e 2013



Questo indicatore considera le coperture vaccinali nei bimbi ad un anno per 3 dosi di vaccino contro difterite, tetano e pertosse in EU15 e altri Paesi OECD. Considerando che l'età di immunizzazione completa può differire tra i Paesi considerati, secondo i dati OECD nel 2013 la percentuale raggiunta in Italia ammonterebbe a 97% (96 nel 2003). Tra i Paesi di cui si dispone di dati, sarebbero 9 a registrare una percentuale uguale o maggiore. Arriverebbero al 99% Belgio, Francia, Grecia, Lussemburgo (tutte in aumento nell'ultimo decennio). In fondo alla classifica 2013, con una percentuale inferiore al 95%, Austria, Australia, Nuova Zelanda, Danimarca e Stati Uniti.

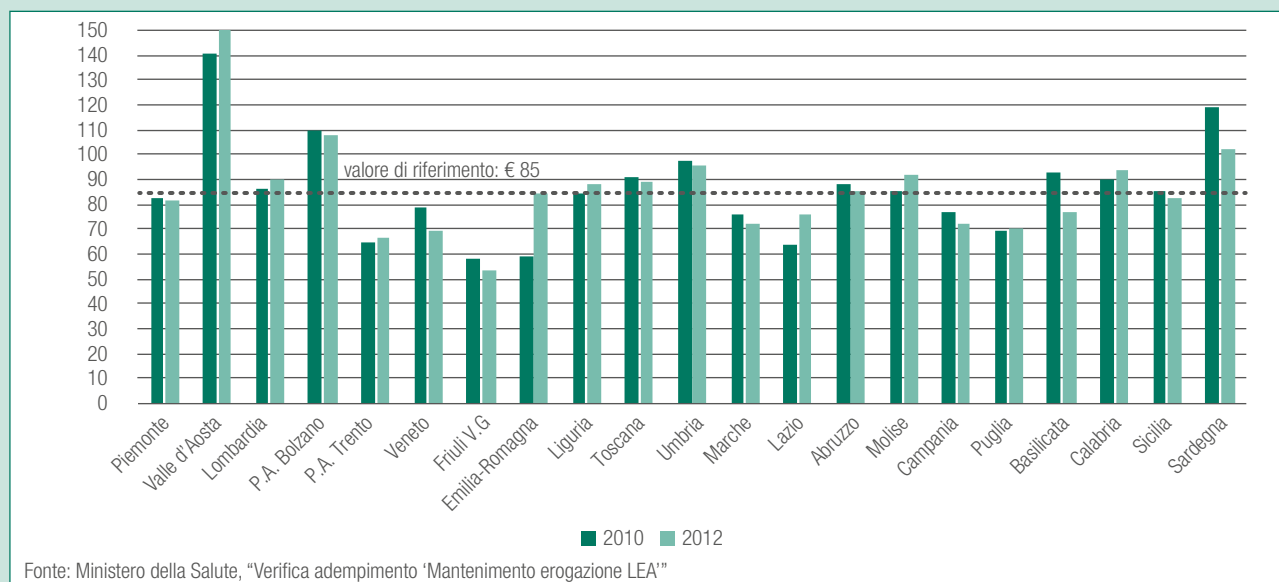
KI 5.7. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale per anziani *over 65* in EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2003 e 2013*

In base alle raccomandazioni del Consiglio Europeo, il tasso di copertura vaccinale contro l'influenza stagionale da raggiungere nella popolazione anziana e nelle altre categorie a rischio è pari almeno al 75%. Secondo i dati OECD, in Europa a 15 e in altri Paesi membri OECD solo il Regno Unito raggiunge la soglia di copertura della popolazione anziana (*over 65*) nel 2013. L'Australia è molto vicina (74,6%). L'Italia si assesta al 54,2% (in calo di 6 punti percentuali rispetto al 2003, anche se si prevede un sia pur lieve aumento nel 2014). Fanalino di coda la Finlandia con il 41,0% (anch'essa in calo del 4%). Si nota un calo del tasso di copertura nell'ultimo decennio nella maggior parte dei Paesi. Si segnala quello della Francia (-13,1%) e della Spagna (-11,6%). Tra quelli in cui si registra invece una crescita importante, la Danimarca (+25,7%), la Germania (+10,6%), la Nuova Zelanda (+5,8%) e il Regno Unito (+4,5%).

KI 5.8. Donne 50-69enni che hanno effettuato una mammografia all'interno di un programma di *screening*, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2008 e 2012

Questo indicatore illustra in base ai dati forniti da OECD la percentuale di donne che hanno effettuato una mammografia all'interno di un programma di *screening*. Il dato Italia (57,5% nel 2012, in calo rispetto al 60,0% del 2008) può differire dalle rilevazioni nazionali che sono state condotte attraverso una *survey* (indicatore 5.15). Nel 2012 sono 7 i Paesi che registrano una percentuale maggiore rispetto al nostro: superano l'80,0% la Danimarca (81,5%, in crescita rispetto al 73,7% del 2008) e la Finlandia (83,0%, in calo rispetto all'84,9% del 2008). Non superano il 55,0% Francia (53,3), Germania (54,3) e Australia (55,0), le prime due in crescita rispetto al 2008.

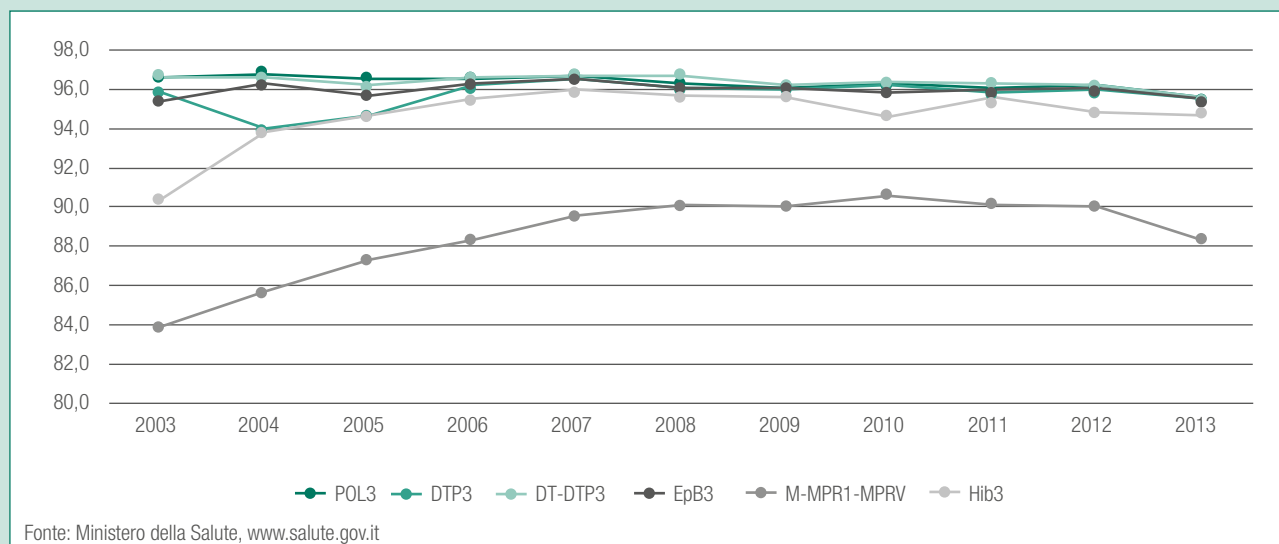
KI 5.9. Costo assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro in Italia. Valori pro-capite (€), anni 2010 e 2012



L'indicatore misura le risorse dedicate dalla Regione alle attività di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale). Considerando che il Ministero della Salute ha stabilito in € 85 il valore pro-capite di riferimento, nel 2012 solo 10 Regioni lo rispettano, la maggior parte del Centro-Nord (erano 11 nel 2010: l'Emilia Romagna nel frattempo ha raggiunto la soglia, mentre la Sicilia e la Basilicata sono andate sotto). Si nota una certa disparità: la forbice va da € 53,6 pro-capite del Friuli Venezia Giulia a € 156,6 della Valle d'Aosta.

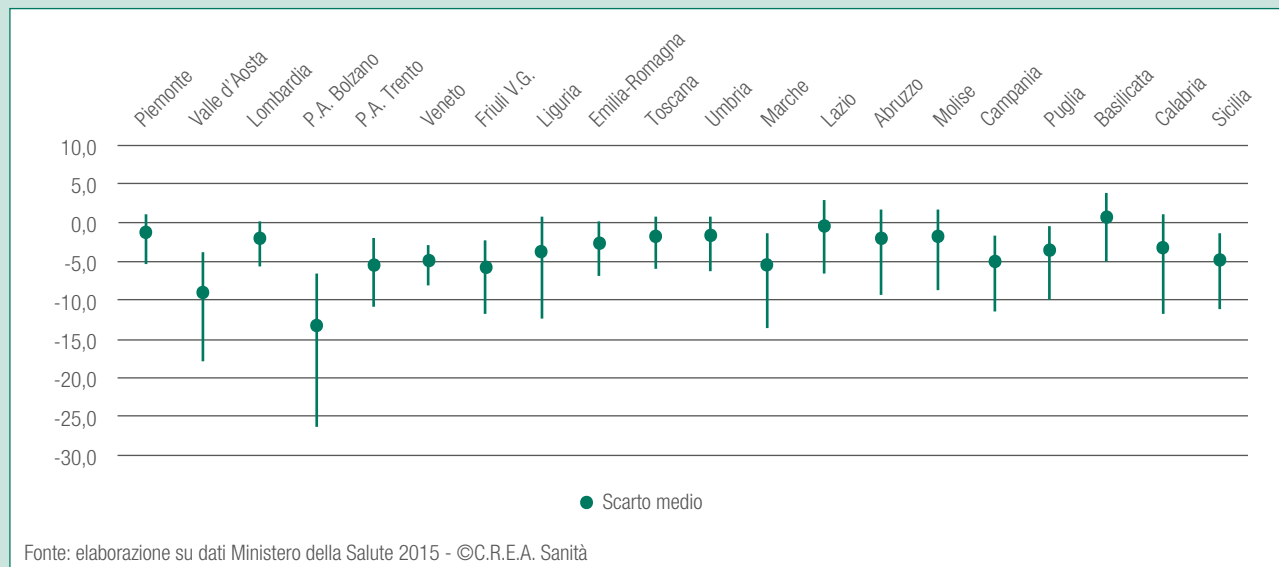
Sempre nel 2012 sono 9 le Regioni che vedono aumentare il costo pro-capite rispetto al 2010: si segnala il +42,0% della Liguria e il +19,4% del Lazio. Il costo nelle restanti Regioni subisce un decremento: il più alto (-16,8%) in Basilicata, che come detto ha portato la Regione sotto il valore di riferimento.

KI 5.10. Copertura vaccinale (%) nei bambini al 24° mese per: cicli completi (3 dosi) di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib e per una dose di MPR in Italia, anni 2003-2013



I dati relativi alle attività vaccinali per il calcolo delle coperture in età pediatrica (a 24 mesi, intese come numero di cicli vaccinali completati nei bambini nati due anni prima dell'anno di riferimento) vengono aggiornati dal Ministero della Salute secondo quanto trasmesso dalle Regioni e Province autonome. Essi si riferiscono alla maggior parte delle vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente alla popolazione, in accordo con il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV), per proteggerla da importanti malattie infettive come: poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse, emofilo influenzae b (Hib), morbillo, parotite e rosolia. Osservando il trend dal 2003 al 2013, si può notare come le coperture vaccinali pediatriche in esame siano in calo, soprattutto nell'ultimo triennio. Nel 2013 rispetto al 2012 si segnala il calo annuo di 1,7 punti percentuali del vaccino M-MPR1-MPRV.

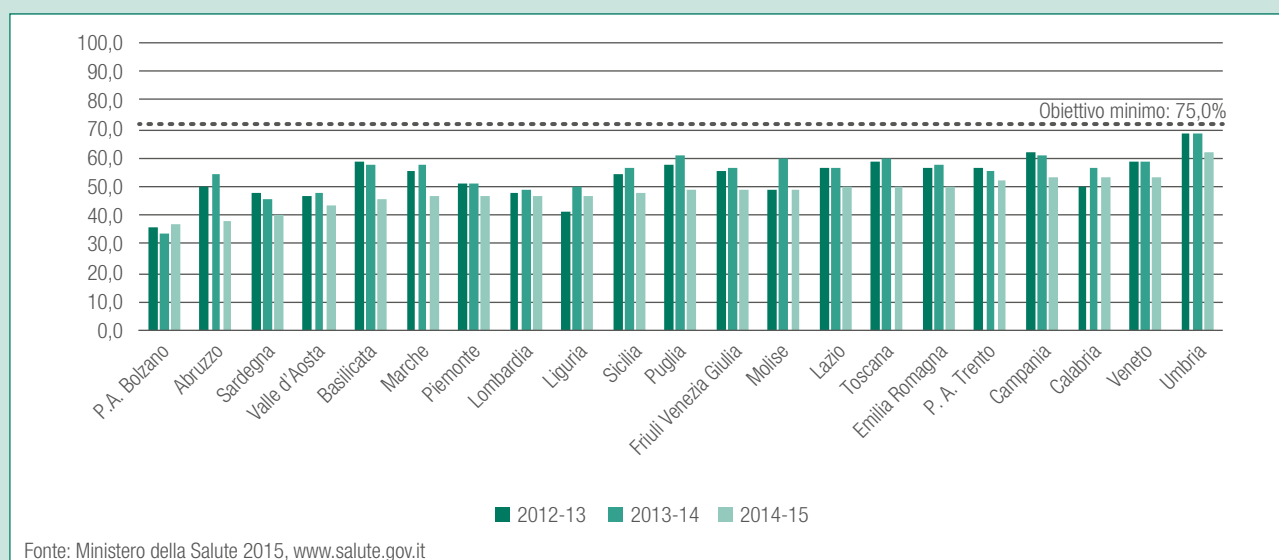
KI 5.11. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarti (%) minimi, massimi e medi dalla soglia (95%), anno 2014



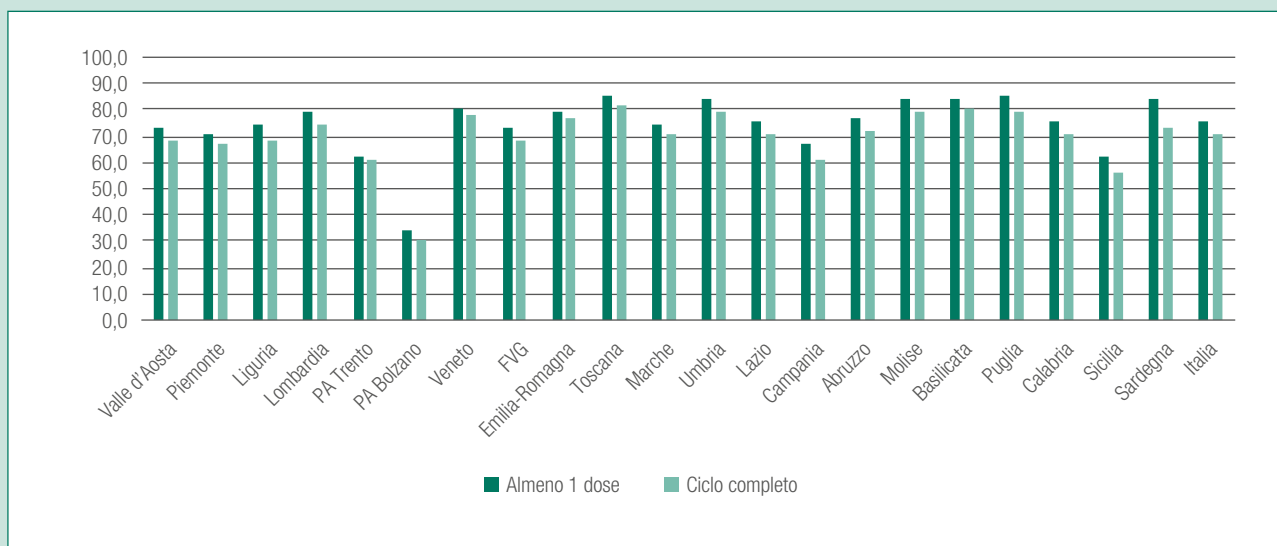
Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 prevede il 95% come soglia minima da raggiungere per le coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib, morbillo, parotite e rosolia.

Questo indicatore prende in esame, per l'anno 2014, tutti gli scarti registrati dalle Regioni italiane nelle coperture per tutti gli antigeni sopra citati rispetto alla soglia raccomandata, mostrando nella figura lo scarto massimo, lo scarto minimo e quello medio registrati. E' così facile osservare come siano 8 le Regioni (la maggior parte del Nord) a fermarsi, per tutti gli antigeni, ad una soglia inferiore a quella raccomandata (hanno cioè tutti scarti negativi): Valle d'Aosta, P.A. di Trento e P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Campania e Sicilia. La Puglia è molto prossima alla soglia.

KI 5.12. Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano over 65. Anni 2012-2014

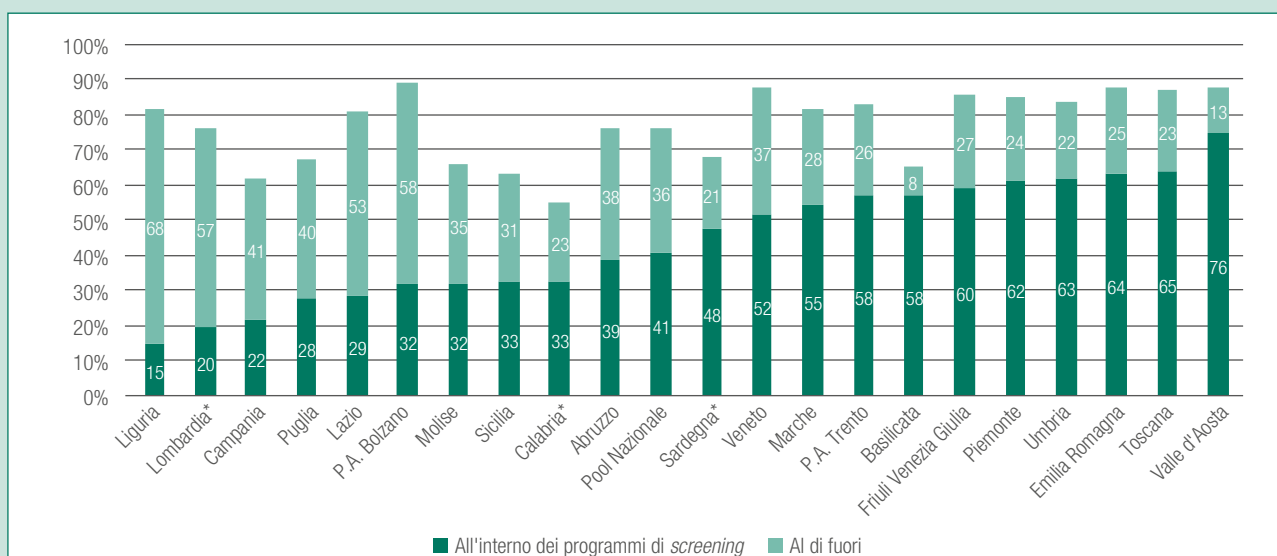


Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014 conferma per la vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio una copertura del 75% come obiettivo minimo perseguibile e del 95% come obiettivo ottimale. In base ai dati ministeriali, osservando le realtà regionali italiane si evince come la vaccinazione degli anziani over 65 sia in netto calo nella stagione influenzale 2014/2015, con evidenti disparità territoriali: posto che, a parte l'Umbria con il 61,8%, nessuna Regione raggiunge neanche il 55,0%, sono ben 14 quelle che non raggiungono neanche il 50,0% (ma il Lazio è in prossimità al 49,5% e la Toscana al 49,9%). Il valore Italia si ferma al 48,6% (contro il 55,4% della stagione precedente).

KI 5.13. Coperture vaccinali (%) del *target* primario del programma vaccinale contro l'HPV al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000

Stando ai dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità, dopo quasi 8 anni dall'avvio del programma di immunizzazione, la copertura vaccinale per ciclo completo di vaccino contro il *papilloma virus* umano (Hpv) sembra essersi stabilizzata intorno al 71%, senza mostrare l'incremento atteso nelle nuove coorti invitate. Continua a essere evidente una variabilità tra i dati regionali, che contrasta con la necessità di garantire in modo uniforme a tutta la popolazione un uguale diritto di accesso agli interventi di prevenzione vaccinale che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Con riferimento alla coorte di ragazzine nate nel 2000, al 2014 in Italia ne risultano vaccinate con ciclo completo il 71,1% e con almeno una dose il 75,8%. La variabilità regionale per le prime varia tra il 30,9% della P.A. di Bolzano e l'82,0% della Toscana.

KI 5.14. Copertura test preventivo cervicale (pap-test o HPV) - Donne 25-64enni. Valori %, anni 2011-2013

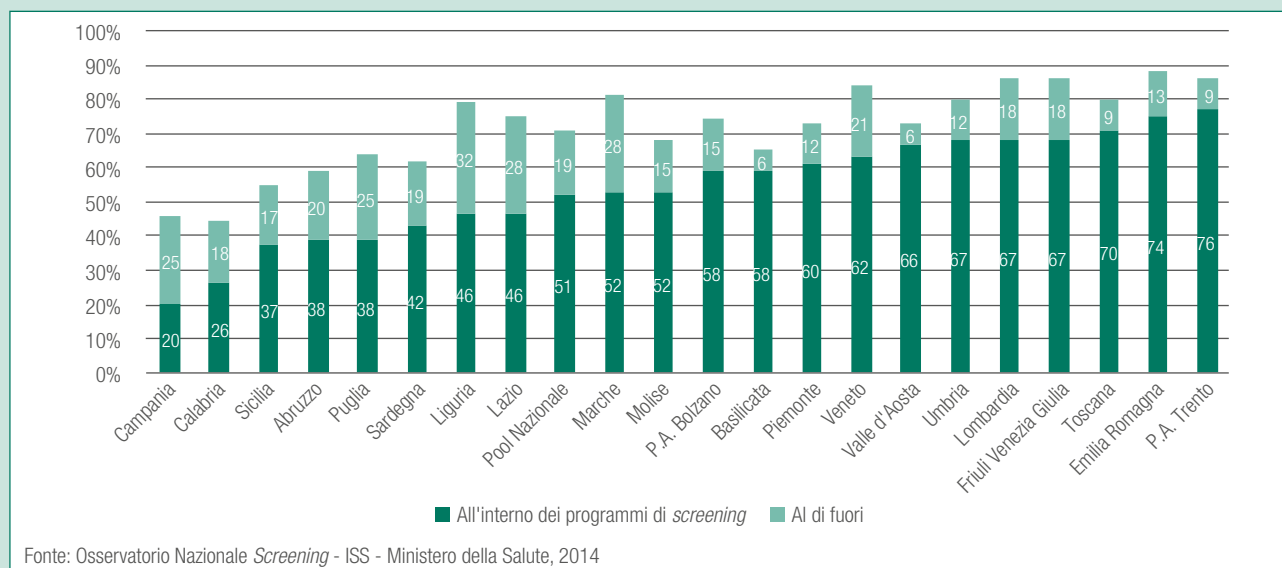


* Non hanno aderito con un campione regionale

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening - ISS - Ministero della Salute, 2014

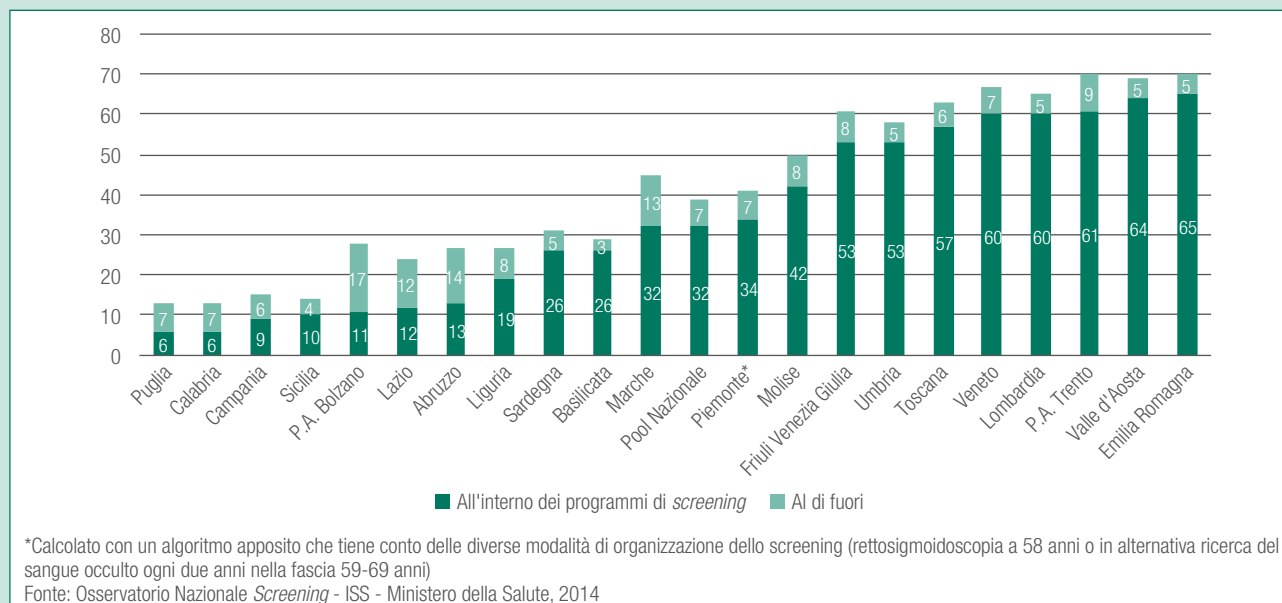
Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS informa su quante donne tra i 25 ed i 64 anni abbiano eseguito un *pap test* o un esame dell'Hpv preventivo negli ultimi tre anni (precedenti l'indagine), sia all'interno dei programmi di *screening* organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia al di fuori. Si stima che nel triennio 2011-2013 la percentuale totale a livello nazionale sia pari al 77%, con forti differenze regionali (range: 56% Calabria - 90% P.A. Bolzano). Considerando la % di donne che hanno effettuato l'esame all'interno dello *screening*, il range va dal 15% della Liguria al 76% della Valle d'Aosta (41% nazionale); considerando la % di donne che lo hanno eseguito al di fuori, si passa dall'8% della Basilicata al 68% della Liguria (36% nazionale). In entrambi i casi, la copertura è in lieve aumento tra il 2008 e il 2013. La % di chi ha eseguito l'esame al di fuori dei programmi è in leggera diminuzione dal 2011, probabilmente anche per effetto della crisi economica.

KI 5.15. Mammografia eseguita negli ultimi due anni - Donne 50-69enni. Valori %, anni 2011-2013



Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS informa su quante donne 50-69enni abbiano eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni, sia all'interno dei programmi di *screening* organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia al di fuori. Si stima che nel triennio 2011-2013 la percentuale totale a livello nazionale sia pari al 70%, con differenze significative tra le Regioni (*range*: 44% Calabria - 87% Emilia-Romagna). Considerando la % di donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di *screening*, il *range* va dal 20% della Campania al 76% della P.A. Trento (51% nazionale); considerando la % di donne che lo hanno eseguito al di fuori, si passa dal 6% di Basilicata e Valle d'Aosta al 32% della Liguria (19% nazionale). In entrambi i casi, la copertura è in lieve aumento tra il 2008 e il 2013.

KI 5.16. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati - Persone 50-69enni. Valori %, anni 2011-2013



Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS informa su quante persone nella fascia di età 50-69 anni abbiano eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto (sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni), sia all'interno dei programmi di *screening* organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia al di fuori. Si stima che nel periodo 2011-2013 la percentuale totale a livello nazionale sia pari al 39%, con differenze significative tra le Regioni (*range*: 13% Puglia e Calabria - 70% Emilia-Romagna). Considerando chi ha effettuato l'esame all'interno dello *screening* organizzato, il *range* va dal 6% di Puglia e Calabria al 65% dell'Emilia Romagna (32% nazionale); considerando coloro che lo hanno eseguito al di fuori dei programmi, si passa dal 3% della Basilicata al 17% della P.A. di Bolzano.

