

Manifesto per l'eliminazione dei tumori correlati al papillomavirus

LA STORIA DEL MANIFESTO

Nel marzo 2021, un gruppo di Associazioni – Consiglio Nazionale Giovani (CNG), Cittadinanzattiva, Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO), Fondazione IncontraDonna, Fondazione Umberto Veronesi, Think Young– hanno deciso di sintetizzare le criticità emerse nella lotta ai tumori correlati all'HPV, amplificate dalla pandemia contro il Covid. Il presente Manifesto nasce per lanciare un appello alle Istituzioni e alla società civile affinché siano potenziate le attività di prevenzione primaria e secondaria, uniche vere armi contro i tumori causati dal Papillomavirus. Successivamente, anche l'Alleanza Contro il Tumore Ovarico Italia (ACTO ITALIA ETS) e la Lega Italiana per la lotta contro i Tumori (LILT) hanno firmato il Manifesto per portare avanti questa importante battaglia di sanità pubblica e diffondere il valore della prevenzione. In seguito, altre associazioni hanno aderito al Manifesto, rafforzando ulteriormente la coalizione impegnata nella lotta ai tumori correlati all'HPV – aBRCAadabra, Europa Donna, LOTO OdV - e anche le società scientifiche – Associazione Italiana di Oncologia Medica, Federazione Italiana Medici Pediatri, Fondazione PRO, Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica e la Società Italiana di Pediatria.

BACKGROUND

Il Papillomavirus è un virus a prevalente trasmissione sessuale, classificato come secondo agente patogeno responsabile di cancro nel mondo¹. **L'infezione da papillomavirus è la più frequente sessualmente trasmessa**² (circa l'80% della popolazione sessualmente attiva la contrae almeno una volta nel corso della vita³), e può causare lesioni benigne, come verruche cutanee e condilomi genitali, lesioni pre-invasive (displasie) o lesioni invasive, quali i tumori della cervice uterina (di cui il Papillomavirus è responsabile nel 97% dei casi) ma anche dell'ano, della vagina, della vulva, del pene, della regione testa-collo (in particolare orofaringe).

La comunità scientifica internazionale e le autorità sanitarie di tutto il mondo sono concordi nel definire la prevenzione come carta vincente per la battaglia contro i tumori da HPV. Infatti, **questi tumori sono prevenibili** grazie alla prevenzione primaria tramite la vaccinazione anti-HPV e alla prevenzione secondaria tramite lo screening per il tumore del collo dell'utero, con la possibilità di curarli efficacemente se identificati tempestivamente⁴.

Nonostante ciò, **l'HPV continua a essere una minaccia concreta di sanità pubblica**, basti pensare che ogni anno, solo in Europa, a oltre 66.000 donne viene diagnosticato il cancro cervicale e più di 30.000 ne muoiono⁵, rendendolo la seconda causa più comune di decesso per cancro per le donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni. Anche in Italia, **l'incidenza di patologie HPV-correlate è rilevante sia per la popolazione femminile che per quella maschile**: quasi 5.000 casi di tumore ogni anno sono attribuiti a infezioni croniche di ceppi oncogeni dell'HPV, di cui 2.500 i casi stimati, per il 2022, di cancro della cervice uterina. Il tasso di sopravvivenza a 5 anni per questa neoplasia è stabile intorno al 68%, dato che è troppo basso considerando che si tratta di una patologia prevenibile attraverso la vaccinazione⁶.

Per questo motivo, il 17 novembre 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato **una strategia per eliminare il cancro cervicale causato dal Papillomavirus** attraverso il raggiungimento entro il 2030 dei seguenti obiettivi⁸:

- **prevenzione primaria** (90% di ragazze vaccinate con ciclo completo entro i 15 anni di età)
- **prevenzione secondaria** (70% delle donne sottoposte a screening utilizzando un test ad alta performance)

¹ American Association for Cancer Research (2018), *Cancer Progress Report 2018: Harnessing research discoveries for patient benefit*

² Ministero della Salute, Enciclopedia Salute, Infezioni sessualmente trasmesse, *Infezione da Papillomavirus Umano* (ultimo agg. Aprile 2021)

³ Gruppo Italiano Screening del cervicocarcinoma (2007, agg. maggio 2018). *Le 100 domande sull'HPV*

⁴ Sui trattamenti: Fondazione Umberto Veronesi (consulenza Icardi G.), *Papilloma Virus Umano (HPV)*, Glossario della Salute

⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità, *"The cancer we can eliminate – WHO/Europe urges Member States to consign cervical cancer to history"*, 12 settembre 2022

⁶ Associazione Italiana di Oncologia Medica, *I numeri del cancro in Italia 2023*

⁷ World Health Organization (2020), *Launch of the Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer*

⁸ World Health Organization (dicembre 2019), *Draft: Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem*

- **trattamento** (90% delle donne identificate con malattia cervicale trattate e con accesso ad un adeguato follow-up).

Attualmente, secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute⁹ relativi alle coperture vaccinali al 31 dicembre 2022, in Italia solo il 47,48% delle ragazze entro i 15 anni di età (media tra le coorti 2009 e 2010) sono vaccinate con un ciclo completo.

Per aiutare gli Stati membri nell'implementazione delle loro strategie nazionali, l'OMS ha redatto una *roadmap*¹⁰, fissata per il periodo 2022-2030 e mirata ad accelerare l'eliminazione del cancro alla cervice uterina nel continente europeo. La roadmap prevede tre principali pilastri:

1. **Incremento della vaccinazione contro l'HPV**, sfruttando tutte le sedi vaccinali percorribili e rendendo l'inoculazione accessibile a tutti;
2. **Screening e trattamenti organizzati per le lesioni pre-cancerose**, disegnando programmi che identifichino in maniera proattiva la popolazione target, superando le barriere culturali e sistemiche e assicurando una gestione di qualità delle attività di screening e di follow up delle donne positive;
3. **Accesso a trattamenti di qualità per il tumore invasivo e le cure palliative**, che può essere migliorato tramite la diffusione di board multidisciplinari e il coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni che riguardano la loro salute¹¹.

A

I DOCUMENTI PROGRAMMATICI EUROPEI E NAZIONALI

Alcuni Stati hanno già adottato specifici programmi di prevenzione. Ad esempio, l'Australia punta a diventare a tutti gli effetti il primo Paese a eliminare il tumore cervicale entro il 2035, abbassando il tasso di incidenza a meno di 4 casi su 100mila¹². Seguiranno il Canada¹³ e il Regno Unito¹⁴ che prevedono di eliminarlo per il 2040.

L'Organizzazione Europea per la lotta al Cancro (ECO) ha predisposto un piano di intervento articolato su quattro ambiti¹⁵: prevenzione attraverso programmi di vaccinazione universale, screening precoci attraverso l'HPV-DNA test, migliori trattamenti, aumento della sensibilizzazione sul tema dei tumori HPV-correlati. Un impegno rinnovato a novembre 2023, con la pubblicazione del *European Cancer Manifesto*, contenente le raccomandazioni e gli indirizzi per le *policy* di lotta al cancro adottate dalla Commissione Europea 2024-2029. Tra queste, anche il contrasto dei tumori correlati all'HPV attraverso una corretta informazione e garantendo l'accesso ai programmi di vaccinazione¹⁶.

Su quest'impulso, l'Unione Europea si è posta l'obiettivo di **eliminare il cancro della cervice uterina e gli altri tumori correlati al Papillomavirus facendo seguito alla strategia OMS. Lo *Europe's Beating Cancer Plan***, anche utilizzando risorse dedicate a valere sui programmi di finanziamento europei come EU4Health e il pacchetto *Recovery and Resilience*, intende supportare gli Stati Membri nelle strategie vaccinali di ragazze e ragazzi, al fine di arrivare a una copertura del 90%¹⁷ e consentire al 90% della popolazione target l'accesso agli screening oncologici, tra i quali quello alla cervice uterina¹⁸. Si tratta di due delle dieci iniziative faro del Piano della Commissione Europea, che ha reiterato il suo impegno nel gennaio 2024 con la **proposta di una raccomandazione del Consiglio sui tumori a prevenzione vaccinale** con l'obiettivo di aiutare gli Stati membri dell'Unione Europea a prevenire e ridurre i rischi di cancro legati alle infezioni da HPV e da HBV, potenziando la copertura vaccinale contro tali virus¹⁹

Sulla scia dello *Europe's Beating Cancer Plan*, anche l'Italia si è dotata di un proprio **Piano Oncologico Nazionale 2023-2027** che insiste, tra i diversi obiettivi, sulla necessità di incentivare l'offerta attiva delle vaccinazioni previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale. Demandando le raccomandazioni in merito alle prestazioni vaccinali all'apposito piano, il PON **riconosce il tumore alla cervice uterina come**

⁹ Dati aggiornati al 2022: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=27

¹⁰ L'OMS ha discusso la roadmap nel corso della 72^a sessione del Comitato regionale per l'Europa (12-14 settembre 2022)

¹¹ World Health Organization (August 2022), *Roadmap to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem in the WHO European Region 2022-2030*

¹² Cancer Council (2018, agg. aprile 2019), *Australia set to eliminate cervical cancer by 2035*

¹³ Canadian Partnership against Cancer (2020), *Ending cervical cancer in Canada is possible*

¹⁴ <https://www.england.nhs.uk/2023/11/nhs-sets-ambition-to-eliminate-cervical-cancer-by-2040/>

¹⁵ European Cancer Organisation (ottobre 2020), *Viral Protection: Achieving the Possible. A Four Step Plan for Eliminating HPV Cancers in Europe*

¹⁶ European Cancer Organization, *The European Cancer Manifesto for 2024*

¹⁷ Commissione Europea (febbraio 2021), *Europe's Beating Cancer Plan*, paragrafo 3.7 "Preventing cancers caused by infections"

¹⁸ Commissione Europea (febbraio 2021), *Europe's Beating Cancer Plan*, paragrafo 4 "Improving early detection of cancer"

¹⁹ Proposta di Raccomandazione del Consiglio sui tumori a prevenzione vaccinale COM/2024/45 final <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:52024DC0045>

un problema di salute pubblica ancora centrale, seppure in diminuzione, e si concentra sulle linee guida programmatiche connesse prevalentemente alla prevenzione secondaria e alle campagne informative, chiedendo di:

- **Implementare il test HPV-DNA primario** su tutto il territorio nazionale;
- **Promuovere interventi di comunicazione** anche attraverso la produzione di materiali informativi omogenei per operatori e utenti (ad esempio le 100 domande sul test HPV);
- **Incentivare l'offerta attiva delle vaccinazioni previste dal PNPV** al fine di incrementare le coperture vaccinali e **recuperare il calo legato alla pandemia** da Covid-19;
- **Implementare i protocolli di screening cervicale differenziati** per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV.²⁰

Si rileva inoltre come tra gli indicatori di performance per valutare lo stato di avanzamento e progresso delle linee strategiche, il Piano prenda come riferimento l'aumento percentuale su base annuale della vaccinazione HPV con l'obiettivo di raggiungere entro il 2030 una copertura di almeno il 90% nella popolazione bersaglio di ragazze e ragazzi.

Attualmente, secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute²¹ relativi alle coperture vaccinali al 31 dicembre 2022, in Italia, il 69,32% delle ragazze entro i 15 anni di età (coorte 2007) sono vaccinate con un ciclo completo, mentre si arriva al 56,18% se consideriamo quelle entro i 12 anni di età (coorte 2009). Per i ragazzi, invece, i vaccinati a ciclo completo entro i 15 anni di età sono il 56,93% (coorte 2007), mentre quelli entro i 12 anni di età sono il 46,83% (coorte 2009).

L'impegno delle Istituzioni nell'ambito della prevenzione dei tumori correlati all'HPV è infine testimoniato dall'approvazione del nuovo **Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025**. Il documento introduce per la prima volta come **obiettivo prioritario il rafforzamento della prevenzione del cancro della cervice uterina e di altre malattie HPV correlate** e mantiene fermo il target già precedentemente fissato del **95% di copertura** per quanto riguarda la vaccinazione contro il Papillomavirus²².

Per realizzare questi ambiziosi obiettivi, il Piano elenca una serie di azioni che dovranno orientare l'operato del Ministero della Salute e delle Direzioni Generali della Prevenzione a livello locale:

- **Rilanciare e rafforzare la campagna nazionale di vaccinazione contro HPV**, prevedendo il coinvolgimento attivo del territorio (in particolare PLS/MMG e consultori familiari), degli specialisti (in primis pediatri, ginecologi, oncologi), delle società scientifiche e della società civile;
- Favorire la vaccinazione attraverso **l'ampliamento dell'accesso ai servizi vaccinali**, l'organizzazione di open day e attività di catch up, **l'estensione dell'offerta attiva e gratuita del vaccino alle coorti almeno fino all'età di inizio dello screening del tumore per il cancro della cervice uterina** e della gratuità del vaccino **per i maschi almeno fino ai 18 anni di età compresi, il mantenimento della gratuità nel tempo per le coorti beneficiarie**, l'adozione di strumenti e tecnologie informatiche flessibili per supportare la chiamata attiva e la gestione della prenotazione per ridurre le probabilità di non presentazione;
- **Analizzare e intervenire sui determinanti dell'esitazione vaccinale** e sviluppare una estesa campagna comunicativa e informativa a supporto della campagna nazionale di vaccinazione contro l'HPV, impegnata su più fronti: scuole, punti di ritrovo per i giovanissimi e i giovani, tutti i media (anche i social media);
- **Sviluppare percorsi integrati e coordinati di presa in carico della malattia** nel suo complesso, che vadano dalla prevenzione primaria (vaccinazione, promozione di comportamenti volti a ridurre il rischio di contrarre l'infezione da HPV) alla prevenzione secondaria (*screening* e diagnosi precoce), fino alla riduzione delle perdite al follow up e al miglioramento della qualità della vita delle pazienti colpite dalla neoplasia.

Infine, in occasione del **G7 Salute presieduto dall'Italia** che si è tenuto ad Ancona dal 9 all'11 ottobre, nel comunicato conclusivo della riunione dei Ministri della Salute, i Paesi partecipanti hanno ribadito l'importanza della vaccinazione anti-HPV per ridurre il numero dei casi di tumore ricordando gli obiettivi fissati dall'OMS.

I RITARDI DA RECUPERARE

Nonostante la volontà e le indicazioni delle varie Istituzioni, la crisi sanitaria globale causata dalla pandemia di COVID-19 ha mostrato la complessità di fronteggiare fenomeni imprevedibili, evidenziando ancor di più la **necessità di una programmazione tempestiva e adeguata per contrastare ciò che è prevenibile con gli strumenti già a disposizione**.

A livello nazionale, proprio a causa dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia COVID-19, **le attività di screening e di vaccinazione hanno subito un'ulteriore flessione**: in particolare, come

²⁰ Ministero della Salute, *Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027*

²¹ Dati aggiornati al 2022: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=27

rilevato dal Ministero della Salute, la vaccinazione anti-HPV è risultata essere quella la cui somministrazione è stata maggiormente ridotta²³.

Infatti, gli ultimi dati sulle coperture vaccinali al 31 dicembre 2022 del Ministero della Salute²⁴ dimostrano che i ritardi accumulati durante la pandemia non sono ancora stati colmati. Nonostante si registri qualche miglioramento nei dati per quasi tutte le coorti di età rispetto al 2021, **i tassi medi di copertura per maschi e femmine sono ancora molto lontani dall'obiettivo del 95% fissato dal PNPV**. Al 31 dicembre 2022 le ragazze nella coorte più giovane (2010) che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione e vaccinate con ciclo completo erano il 38,78%, mentre nella coorte del 2009 la copertura a ciclo completo sale al 56,18% con un notevole recupero ma permangono differenze significative tra le Regioni con Sicilia e Campania ferme al 33% e 37% rispettivamente e Umbria e Emilia Romagna con una copertura molto più elevata rispettivamente del 77% e 74%. Anche per la coorte di ragazze che compivano 15 anni (coorte 2007) nell'anno di rilevazione, utilizzata dall'OMS e dalla Cabina di Regia di monitoraggio del PNPV come riferimento per le statistiche, la copertura per ciclo completo è del 69,32%, ancora molto al di sotto dell'obiettivo richiesto per raggiungere la soglia di eliminazione.

Anche i dati riferiti alla popolazione maschile segnalano lievi miglioramenti, non ancora tuttavia soddisfacenti. Le rilevazioni riferite alla popolazione maschile seguono in particolare lo stesso trend della controparte femminile: i ragazzi della coorte più giovane (2010) che hanno concluso il ciclo vaccinale sono poco più del 30% (31,81%) e per la coorte del 2009 del 47%. Per i 15enni (nati nel 2007), la copertura a ciclo completo si attesta al 56,96%. Inoltre, si conferma ancora una forte variabilità tra Regioni nei tassi di immunizzazione con la Regione peggiore la Campania con 23% di copertura nei maschi mentre le migliori si confermano Emilia Romagna e Lombardia rispettivamente del 77% e del 75%.

Questi dati segnalano non solo che esiste un'ampia fetta della popolazione adolescenziale non protetta ed esposta ai rischi dell'HPV, ma anche che i costi economici per trattare le eventuali patologie correlate saranno molto alti in futuro. Si stima infatti che, **nel complesso, tra 1,1 e 1,3 milioni di giovani adolescenti nati tra il 2005 e il 2009 non saranno protetti contro le malattie legate all'HPV** nel corso della loro vita generando costi sanitari e sociali stimati in € 905 milioni. Se invece gli obiettivi di copertura previsti dal piano nazionale fossero raggiunti, **si potrebbe ottenere un risparmio pari a €529 milioni**.²⁵ Le "generazioni perse" pesano dunque non solo in termini medico-sanitari, ma anche in termini economici.

Per quanto riguarda invece i dati riferibili alla **prevenzione secondaria**, nel 2021-2022 risulta che in Italia il 77,7% delle donne fra i 25 e i 64 anni di età si è sottoposta allo screening cervicale (Pap-test o HPV test) a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale²⁶. Tuttavia, permane un **netto gradiente geografico Nord-Sud** che divide l'Italia in due, con coperture mediamente pari **all'84% nelle Regioni del Nord e Centro Italia** (93% nella P.A. di Bolzano) e **69% nelle Regioni del Sud** (con coperture minime per alcune Regioni come il Molise 53% o la Calabria 62%). La motivazione più frequentemente riferita per la mancata esecuzione dello screening cervicale è quella di "non averne bisogno".

Per tutte queste ragioni, **una comunicazione più capillare e incisiva sui rischi delle malattie collegate a Papillomavirus è importante per recuperare i gap accumulati e promuovere le buone pratiche di prevenzione**. Secondo la recente ricerca effettuata dal Censis, l'Italia parte già da una base piuttosto solida: sebbene nel 2024 sia lievemente calata la conoscenza dell'HPV tra i genitori italiani fino al 75,3% nei padri (dall'80,8% del 2022) e al 91,7% nelle madri (dal 95,5% del 2022), sono sempre meno le persone che lo ritengono erroneamente un virus che colpisce solo le donne (dal 24,8% al 13,0%). Solo il 16,1% (che sale al 23,6% nelle più giovani) negli ultimi tre anni non ha effettuato alcuna attività di prevenzione e, tra i controlli preventivi, gli **screening per il tumore cervicale (Pap-test e Hpv-test) sono quelli che le donne hanno dichiarato di aver effettuato di più negli ultimi tre anni (54,9%)**, anche se in calo rispetto al 2022.

Con riferimento alla vaccinazione anti-HPV, è aumentata la percentuale di genitori che hanno dichiarato di aver vaccinato i propri figli (dal 46,1% al 56,1%) e addirittura raddoppiato il numero di donne che hanno aderito alla vaccinazione, specialmente nella fascia più adulta:

- Dai 25 ai 35 anni: dal 16,7% del 2022 al 42,3% del 2024
- Dai 36 ai 45 anni: dal 9,5% del 2022 al 23,5% del 2024
- Dai 46 ai 55 anni: dal 4,8% del 2022% al 12,7% . .

²³ Ministero della Salute, Direzione Generale della prevenzione sanitaria, Ufficio 5 - malattie trasmissibili e profilassi internazionale, *Impatto dell'emergenza COVID-19 sulle attività di vaccinazione - analisi del fenomeno e raccomandazioni operative*

²⁴ Dati aggiornati al 2022: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=27

²⁵ Mennini F.S. et al., *HPV Vaccination during the COVID-19 Pandemic in Italy: Opportunity Loss or Incremental Cost*, *Vaccines* 2022, 10, 1133

²⁶ <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale?tab-container-1=tab1%22>

Rispetto ai canali di informazione sulla vaccinazione, hanno perso terreno i servizi vaccinali delle ASL (da 32,2% nel 2019 a 21,4% nel 2024) e i consultori (da 13,7% a 8,6%), mentre è aumentato il peso dei siti web (da 11,3% a 15,2%), della tv (da 8,8% a 12,5%) e delle campagne informative (da 16% a 28,9%).²⁷

Le campagne informative, dunque, devono collocarsi nei contesti di maggiore coinvolgimento delle persone quali scuole, luoghi di socializzazione, social media e web, ambulatori medici e pediatrici. Diversificare i canali di informazione può aiutare a raggiungere una platea più vasta di persone, comprese coloro che attualmente rilevano maggiori carenze nella conoscenza dell'HPV, delle patologie a esso correlate e degli strumenti per prevenirle.

SI RICHIEDE PERTANTO CHE

il Governo italiano adotti gli obiettivi sanciti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Commissione Europea nello *Europe's Beating Cancer Plan* per **eliminare i tumori da HPV**, prevedendo azioni e tempi definiti in linea con la strategia internazionale.

L'Italia potrebbe essere il primo paese europeo a lanciare una strategia di eliminazione del tumore della cervice uterina e gli altri tumori HPV-correlati, ponendosi obiettivi da raggiungere su tutto il territorio nazionale entro un traguardo temporale certo.

In particolare, come già sta avvenendo in altri Paesi, al fine di raggiungere l'eliminazione, si rende necessario entro il 2030:

- vaccinare almeno il 90% della popolazione target;
- assicurare che almeno il 90% della popolazione target abbia accesso agli screening cervicali gratuiti (il Piano europeo contro il cancro intende tagliare questo traguardo entro il 2025);
- trattare almeno il 90% dei casi di cancro cervicale e lesione precancerosa;
- prevedere iniziative di comunicazione per aumentare la comprensione e la sensibilizzazione del pubblico, dei pazienti e degli operatori sanitari sull'HPV e sulle relative strategie di prevenzione vaccinale, screening precoce e cura.

Per poter raggiungere questi risultati, si chiede alle Istituzioni italiane:

1. **Aggiornamento annuale dei dati sulle coperture vaccinali e screening** da parte del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità – EpiCentro in attesa dell'implementazione del sistema Anagrafe nazionale vaccini.
2. **Approvazione di un Piano straordinario di recupero delle vaccinazioni anti-HPV e dello screening cervicale**, utilizzando le risorse residue del Fondo prevenzione, coinvolgendo medici di medicina generale, pediatri, farmacie e specialisti e promuovendo l'ampliamento dell'accesso ai servizi di vaccinazione anti-HPV attraverso l'individuazione di nuovi siti vaccinali, incluse le farmacie dei servizi, e l'organizzazione di open day e altre giornate dedicate alla prevenzione.
3. **Adozione di atti di politica sanitaria a livello nazionale concordati con le Regioni, per potenziare e rendere i servizi di prevenzione vaccinale e screening più accessibili** a partire da:
 - a. promozione di una maggiore uniformità a livello di Regioni e ASL, per esempio attraverso l'inserimento della vaccinazione anti-HPV all'interno degli indicatori inclusi nel Nuovo Sistema di Garanzia per la verifica dell'erogazione dei LEA;
 - b. monitoraggio puntuale del target stabilito all'interno del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025, dove si chiede di vaccinare il 95% delle ragazze e dei ragazzi;
 - c. identificazione di *best practice* locali da condividere nell'ambito di tavoli istituzionali, cui far partecipare anche rappresentanti delle associazioni e società scientifiche, al fine di estenderne l'applicazione e creare un modello efficiente.
4. **Attivazione di campagne di informazione ed engagement sulla prevenzione dei tumori da HPV:**

²⁷ CENSIS (marzo 2024), Papillomavirus: Verso l'eliminazione dei tumori da HPV. A che punto siamo?

- a. diffondendo informazioni basate sulle evidenze scientifiche, anche sui social media, al fine di aumentare la consapevolezza sulle malattie causate dall'HPV nella popolazione generale e con un'attenzione particolare ai giovani e ai genitori;
 - b. programmi di corretta informazione e sensibilizzazione nelle scuole primarie, per i genitori degli studenti, e nelle scuole secondarie, per i giovani, circa le malattie sessualmente trasmissibili e la prevenzione dei tumori HPV-correlati;
 - c. prevedendo il coinvolgimento di medici (in particolare MMG e PLS) e operatori sanitari per informare correttamente circa l'importanza di aderire al piano vaccinale e ai programmi di screening;
 - d. attivando una rete di giovani "ambasciatori" che diffondano tra i pari l'importanza del tema, coinvolgendoli in un processo spontaneo di condivisione di buone pratiche, raccontando le proprie esperienze;
 - e. usando sistemi digitali per invitare la popolazione non vaccinata e avente diritto e sistemi di richiamo automatico per completare il ciclo.
5. **Promozione dei programmi di prevenzione primaria e secondaria**, per garantire a tutti l'accesso in sicurezza alle opportunità del Sistema sanitario nazionale, in particolare:
- a. promuovendo campagne attive di vaccinazione e screening nei confronti delle popolazioni target, anche con strumenti innovativi e digitali;
 - b. organizzando il sistema vaccinale per rendere più agevole l'accesso in un contesto di prossimità territoriale, anche utilizzando le Istituzioni scolastiche e/o sedi vaccinali differenti da quelle tradizionali incluse le farmacie dei servizi;
 - c. attivando, come richiesto dal Ministero, un piano di recupero di tutti i giovani aventi diritto non vaccinati;
 - d. **utilizzando ogni occasione di screening cervicale per proporre ed effettuare gratuitamente la vaccinazione anti-HPV e, in particolare, ai 30, 35 e 40 anni di età, per le donne non ancora vaccinate che si presentino allo screening.**
6. **Monitoraggio dei livelli di copertura vaccinale e screening attraverso strumenti digitali** almeno semestrale, e condivisione dei dati tra le classi mediche e le ASL e con una più efficace **implementazione dell'anagrafe vaccinale digitale.**

FIRMATARI



ADERENTI

