

Relazione sullo stato vaccinale e le modalità di raccolta dati dei minori stranieri nelle Regioni coinvolte dal Progetto CCM 2022 - Obiettivo Specifico 4.

Contesto progettuale

Il presente report è elaborato nell'ambito del progetto CCM 2022 "Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi prevenzione e cura, dei minori stranieri e minori stranieri non accompagnati (MSNA) nei servizi sanitari".

L'obiettivo generale del progetto è la definizione di un modello di governance locale volto a facilitare e sistematizzare l'accesso dei minori stranieri ai servizi sanitari. Le regioni coinvolte in questa iniziativa sono l'Emilia-Romagna (Nord), Toscana e Lazio (Centro), e Sicilia (Sud).

Una delle aree di interesse principali del progetto riguarda la promozione di attività di prevenzione, con particolare attenzione alle vaccinazioni. Le difficoltà nell'accesso e nell'adesione alle campagne vaccinali (sia obbligatorie che emergenziali) sono state identificate come una criticità rilevante, dovuta alla non conoscenza del sistema da parte dei target group e dei loro caregiver.

Verifica dello stato vaccinale dei minori stranieri nelle Regioni coinvolte

L'analisi dei dati relativi alle coperture vaccinali, aggiornati al 31.12.2022, mostra una situazione disomogenea tra le regioni coinvolte e, in generale, un divario tra la popolazione totale e i minori stranieri per quanto riguarda le coperture obbligatorie e raccomandate.

1. Coperture vaccinali obbligatorie (24° mese di vita – nati 2020)

Tabella 1: dati vaccinazioni obbligatorie minori stranieri 24° mese al 31/12/2022

Anno di nascita 2020	Vaccino	Dose	TOSCANA		EMILIA-ROMAGNA		LAZIO		SICILIA	
			STRANIERI	TOTALI	STRANIERI	TOTALI	STRANIERI	TOTALI	STRANIERI	TOTALI
			n=3809	%	n=6431	%	n=6472	%	n=1403	%
Polio		3	91,1%	94,9%	94,2%	95,5%	82,8%	96,1%	76,6%	79,6%
Difterite		3	91,2%	94,9%	94,3%	95,5%	82,4%	96,1%	76,6%	79,6%
Tetano		3	91,2%	94,9%	94,2%	95,5%	82,6%	96,1%	76,6%	79,6%
Pertosse		3	91,2%	94,9%	94,3%	95,6%	82,6%	96,0%	81,4%	79,6%
Epatite B		3	90,8%	94,8%	94,3%	95,5%	82,6%	96,0%	76,3%	79,5%
Emofilo B		3	91,0%	95,1%	94,0%	95,4%	81,9%	95,9%	80,7%	79,5%
Morbilli		1	89,3%	93,8%	94,0%	95,5%	83,0%	96,0%	76,5%	80,1%
Parotite		1	88,8%	93,6%	93,8%	95,4%	82,4%	96,0%	74,8%	80,1%
Rosolia		1	89,2%	93,7%	94,1%	95,5%	82,8%	96,0%	76,0%	80,1%
Varicella		1	86,4%	92,4%	92,6%	94,6%	80,4%	94,7%	72,1%	79,0%

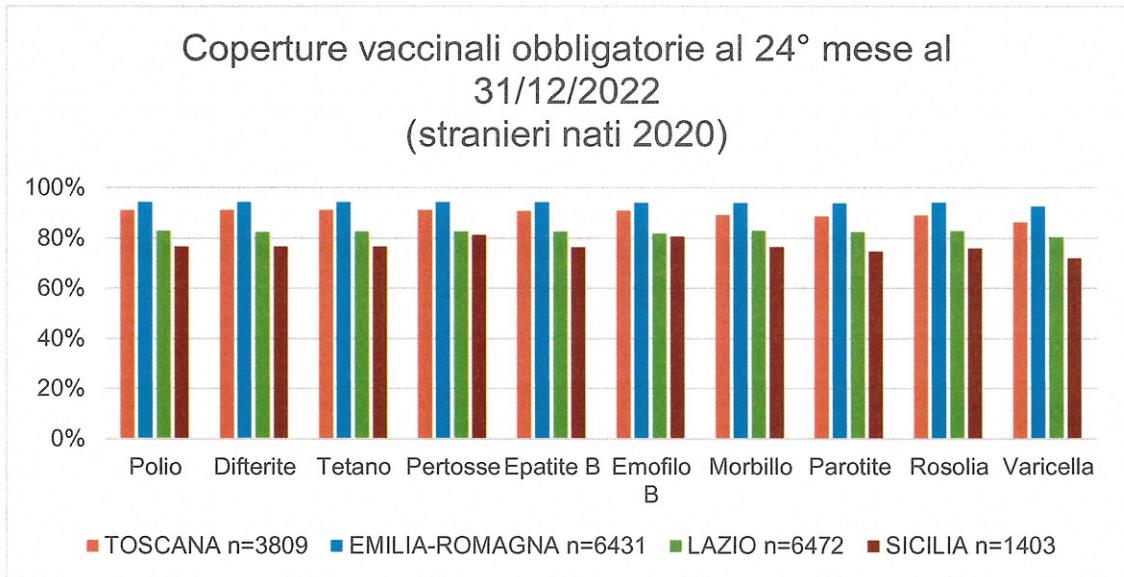


Fig. 1

Come si osserva nella tab.1 e nella fig.1, per i bambini nati nel 2020 (coperture al 24° mese) le regioni del Nord e Centro-Nord (Emilia-Romagna e Toscana) registrano percentuali di copertura tra i minori stranieri più elevate. Ad esempio, la copertura per il vaccino anti-Polio (3 dosi) è del **94,2%** in Emilia-Romagna e del **91,1%** in Toscana. Sebbene inferiori rispetto alla popolazione totale, queste cifre mostrano una relativa efficacia del sistema nel garantire le vaccinazioni obbligatorie ai più piccoli.

La situazione si complica drasticamente nel Centro-Sud: in Lazio, la copertura anti-Polio scende all'**82,8%** tra gli stranieri, e in Sicilia al **76,6%**. Questo divario iniziale suggerisce che le barriere organizzative e culturali nell'accoglienza e nell'informazione incidono maggiormente nelle regioni meridionali.

Dunque, Emilia-Romagna e Toscana presentano le percentuali più alte tra i minori stranieri per l'insieme di vaccini obbligatori (tre dosi di Polio, Difterite, Tetano, Epatite B, Emofilo B e una dose di Morbillo, Parotite, Rosolia), mentre Lazio e Sicilia mostrano coperture significativamente inferiori per la popolazione straniera in questa coorte.

In tutte le regioni analizzate (Toscana, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia), la copertura vaccinale per i minori stranieri risulta costantemente inferiore rispetto alla copertura totale della popolazione residente.



2. Coperture vaccinali a 7 anni di vita (nati 2015)

Tabella 2: dati vaccinazioni obbligatorie minori stranieri a 7 anni di età al 31/12/2022

Anno di nascita 2015	Vaccino	TOSCANA		EMILIA-ROMAGNA		LAZIO		SICILIA									
		STRANIERI		TOTALI		STRANIERI		TOTALI		STRANIERI		TOTALI		STRANIERI		TOTALI	
		n=4884	%	n=28145	%	n=7248	%	n=37852	%	n=8500	%	n=48626	%	n=1501	%	n=45073	%
Polio	4	78,8%		89,3%		85,1%		90,5%		54,0%		97,3%		63,9%		72,6%	
Difterite	4	79,1%		89,4%		84,6%		90,3%		52,6%		97,1%		64,1%		82,6%	
Tetano	4	79,1%		89,5%		84,6%		90,4%		52,6%		97,1%		64,1%		72,7%	
Morbo	2	81,2%		90,6%		84,6%		90,3%		55,5%		80,8%		63,5%		71,6%	
Parotite	2	80,4%		90,4%		82,5%		89,8%		53,8%		80,8%		58,2%		71,3%	
Rosolia	2	81,1%		90,5%		83,4%		90,0%		55,0%		80,7%		61,6%		71,5%	
Varicella	2	74,9%		85,8%		50,0%		50,9%		25,6%		41,1%		54,8%		69,3%	

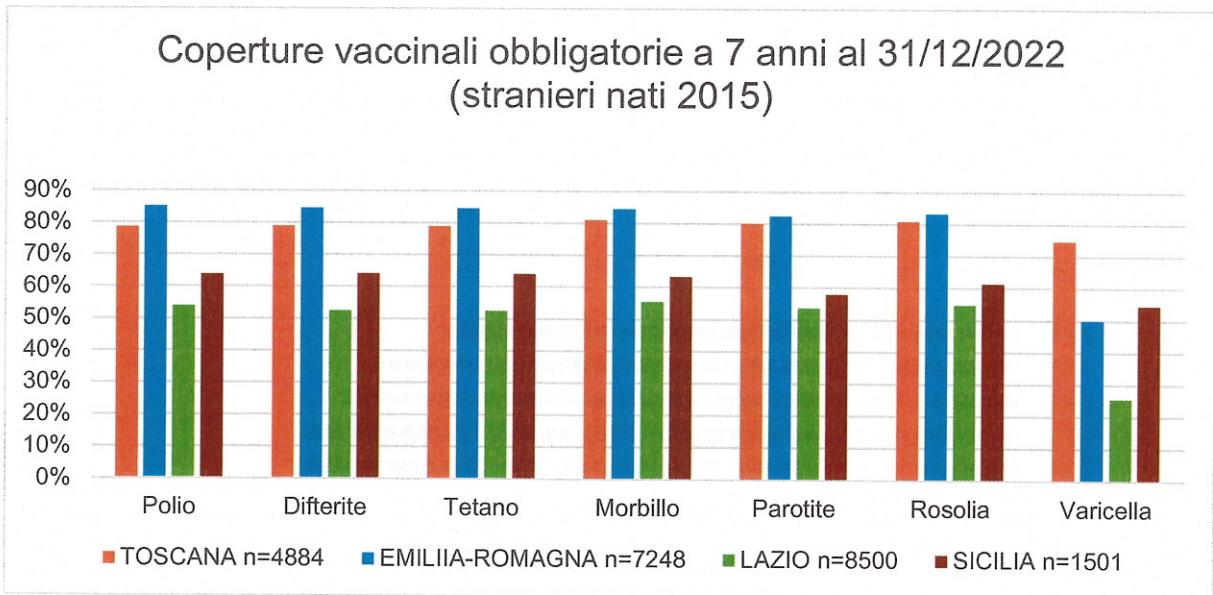


Fig. 2

Come si osserva nella tab. 2 e nella fig.2, l'analisi delle coperture per i bambini nati nel 2015 che hanno raggiunto i 7 anni al 31.12.2022 evidenzia un calo generalizzato delle coperture (4 dosi di Polio, Difterite, Tetano e 2 dosi di Morbo, Parotite, Rosolia).

In Toscana la copertura per Polio (4 dosi) è del 78,8% tra gli stranieri, e in Emilia-Romagna è dell'85,1%.

Il divario è particolarmente evidente nel Lazio e in Sicilia. Nel Lazio, la copertura per Polio (4 dosi) scende al 54,0% tra gli stranieri, a fronte di una copertura totale del 97,3%. In Sicilia, la copertura per Polio (4 dosi) è del 63,9% tra gli stranieri.



3. Coperture vaccinali HPV (raccomandate) nelle donne e nei maschi stranieri

Tabella 3: dati vaccinazione HPV nelle donne straniere per coorte di nascita al 31/12/2022

	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
TOSCANA											
Copertura vaccinale HPV tra le straniere	48,6%	51,6%	53,1%	56,6%	54,5%	51,4%	51,5%	46,2%	46,5%	43,2%	39,8%
Copertura vaccinale HPV	60,9%	71,2%	74,6%	77,2%	77,6%	76,8%	78,6%	78,4%	79,9%	79,6%	78,9%
EMILIA-ROMAGNA											
Copertura vaccinale HPV tra le straniere	40,9%	54,3%	60,0%	61,4%	61,4%	56,0%	52,3%	47,9%	48,2%	40,1%	35,2%
Copertura vaccinale HPV	52,4%	70,5%	77,2%	79,2%	79,8%	79,1%	77,6%	76,6%	77,3%	72,0%	71,5%
LAZIO											
Copertura vaccinale HPV tra le straniere	4,5%	9,3%	11,5%	15,2%	17,2%	14,9%	19,8%	33,9%	34,5%	36,4%	37,2%
Copertura vaccinale HPV	24,0%	47,2%	60,4%	65,0%	73,5%	65,0%	67,7%	67,8%	66,0%	71,7%	71,4%
SICILIA											
Copertura vaccinale HPV tra le straniere	29,8%	37,2%	36,9%	38,7%	40,1%	39,5%	34,5%	30,3%	20,1%	22,8%	16,0%
Copertura vaccinale HPV	32,3%	39,1%	40,0%	43,1%	45,4%	47,7%	49,6%	50,3%	50,2%	48,9%	44,7%

Fig. 3

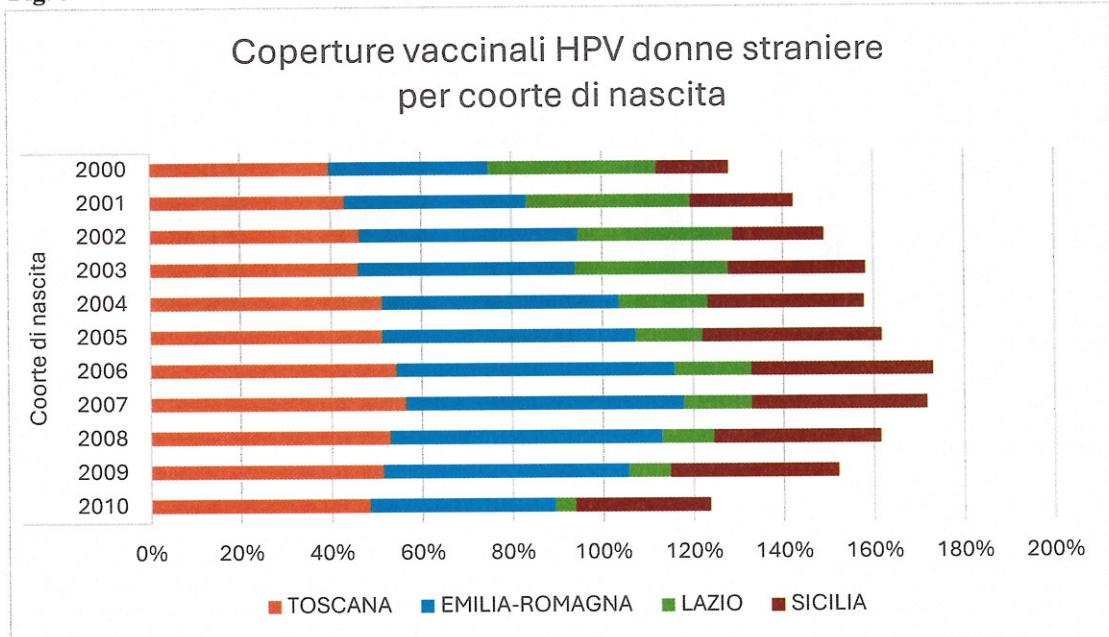
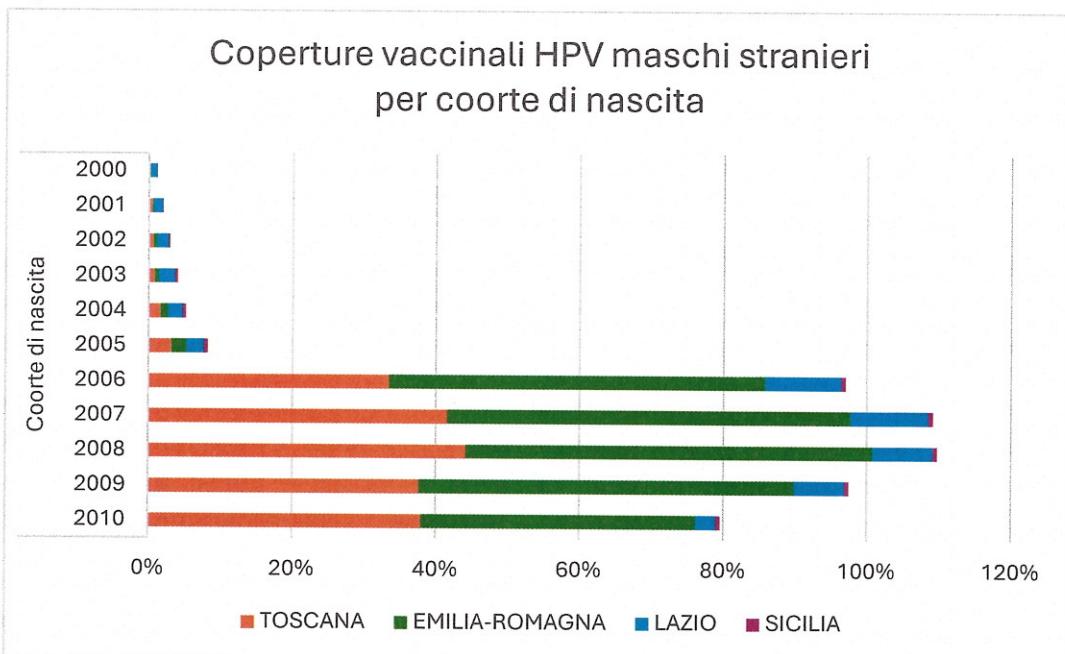


Tabella 4: dati vaccinazione HPV nei maschi stranieri per coorte di nascita al 31/12/2022

	Coorte di nascita										
	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
TOSCANA											
Copertura vaccinale HPV tra gli stranieri	38,0%	37,7%	44,2%	41,6%	33,6%	3,2%	1,6%	0,9%	0,7%	0,5%	0,1%
Copertura vaccinale HPV	46,8%	57,4%	61,2%	63,1%	58,5%	13,2%	8,1%	4,1%	2,5%	1,6%	0,9%
EMILIA-ROMAGNA											
Copertura vaccinale HPV tra gli stranieri	38,2%	52,2%	56,6%	56,0%	52,3%	2,1%	1,0%	0,5%	0,4%	0,2%	0,1%
Copertura vaccinale HPV	47,0%	64,8%	71,4%	73,3%	71,5%	7,7%	5,1%	3,4%	2,9%	1,5%	1,3%
LAZIO											
Copertura vaccinale HPV tra gli stranieri	2,9%	7,0%	8,5%	10,9%	10,6%	2,5%	2,1%	2,4%	1,7%	1,3%	0,9%
Copertura vaccinale HPV	15,2%	31,9%	39,9%	41,4%	44,4%	11,1%	7,9%	7,8%	6,5%	4,4%	2,7%
SICILIA											
Copertura vaccinale HPV tra gli stranieri	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%
Copertura vaccinale HPV	26,1%	30,1%	28,8%	31,6%	32,2%	33,3%	33,2%	28,4%	13,6%	4,8%	3,0%

Fig. 4



Per quanto riguarda la vaccinazione contro l'HPV (Papillomavirus Umano) tra le femmine, come da tab. 3 e fig. 3, l'analisi per coorte di nascita mostra divari marcati: per la coorte 2010 (femmine straniere), la copertura è più alta in Toscana (48,6%) ed Emilia-Romagna (40,9%), mentre il Lazio registra coperture estremamente basse, ad esempio solo il 4,5% per la coorte 2010 e il 9,3% per la coorte 2009, indicando una significativa disuguaglianza di accesso o adesione.

Come si osserva nella tab. 4 e fig.4, per i maschi stranieri, il Lazio e la Sicilia mostrano coperture molto basse (ad esempio, coorte 2010: Lazio 2,9%, Sicilia 0,7%).

Questi dati sono un chiaro segnale che, in assenza di obbligatorietà, i fattori ostativi di tipo linguistico, culturale e di diversa percezione del rischio/malattia impediscono l'accesso a misure preventive essenziali.

Analisi delle diverse modalità di raccolta dati in relazione alle vaccinazioni

Per colmare le lacune evidenziate, il progetto CCM prevede la promozione di un'analisi dettagliata sulle diverse modalità di raccolta dati relative alle vaccinazioni (Obiettivo Specifico 4).

Il Modello Emilia-Romagna: La Regione Emilia-Romagna utilizza un sistema avanzato basato sull'interconessione di banche dati. L'Anagrafe Regionale Assistiti (ARA) identifica i minori stranieri residenti o domiciliati, mentre l'Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR-rt) registra tutte le vaccinazioni erogate. Attraverso un *record linkage* basato su un codice anonimo, è possibile calcolare la copertura vaccinale come rapporto tra i minori stranieri vaccinati e quelli residenti. Questo approccio permette un monitoraggio dettagliato per coorte di nascita e paese di provenienza, e consente di esplorare l'equità di accesso ai servizi. Inoltre, per gli stranieri nati in regione, è possibile un ulteriore *linkage* con il CEDAP per analizzare le caratteristiche socioeconomiche materne in relazione allo stato vaccinale del minore.

Il Modello Sicilia: In Sicilia, l'attività di verifica è stata condotta attraverso la consultazione del **cruscotto regionale siciliano**, alimentato dai flussi delle singole Aziende Sanitarie Provinciali (ASP). I dati sullo stato vaccinale dei minori stranieri al 31/12/2022 sono stati estrapolati adottando specifici criteri di inclusione (pazienti validi, non deceduti, sotto i 18 anni, con almeno una vaccinazione, residenti o domiciliati in Sicilia e specifici criteri sul ciclo completo di HPV basato sull'età della prima dose (due dosi se < 15 anni, tre dosi se >15 anni)). Questo sistema rappresenta lo sforzo di utilizzare piattaforme regionali esistenti, ma l'ampio *gap* nelle coperture suggerisce che l'efficacia dei sistemi informativi deve essere sostenuta da una capillare azione sul territorio.

Considerazioni

La verifica dello stato vaccinale, in particolare per le coperture a 7 anni e per il vaccino HPV, evidenzia importanti criticità, specialmente nelle regioni del Centro-Sud come Lazio e Sicilia, indicando potenziali disuguaglianze nell'accesso e nel trattamento dei minori nei servizi sanitari.

L'analisi delle modalità di raccolta dati conferma che le Regioni partner hanno sviluppato sistemi basati su anagrafi vaccinali e cruscotti regionali (AVR-rt e ARA in Emilia-Romagna; cruscotto regionale in Sicilia) per monitorare lo stato vaccinale. Nonostante questi strumenti esistano, la disomogeneità nell'applicazione delle procedure e le barriere culturali/organizzative continuano a ostacolare un'adeguata presa in carico e l'adesione alle campagne vaccinali.

Il dato sulle coperture vaccinali può essere visto come la febbre di un sistema: quando la copertura è bassa, è segno che la rete di accoglienza, informazione e accesso ai servizi sanitari (l'apparato immunitario sociale) non sta funzionando in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Raccomandazioni operative

Sulla base delle criticità emerse – in particolare la forte disomogeneità delle coperture vaccinali tra Nord e Sud e le difficoltà di accesso dovute a barriere culturali e organizzative – si propongono le seguenti raccomandazioni operative che mirano a una presa in carico globale, tempestiva e puntuale:

- **Identificazione precoce:** l'obbligo di identificare e registrare tempestivamente lo stato vaccinale del minore straniero (o MSNA) entro le primissime fasi di accoglienza, anche temporanea.
- **Procedure di raggiungimento:** definizione di procedure di *recall* attivo, non solo per le vaccinazioni obbligatorie, ma anche per quelle raccomandate (come l'HPV), specialmente per i minori di età scolare, dove il *drop-out* vaccinale è più evidente.
- **Potenziamento della mediazione interculturale come funzione sanitaria strategica:** data la difficoltà di accesso e di adesione causata dalla non conoscenza del sistema, la mediazione

interculturale deve essere riconosciuta come una funzione strategica integrata nei percorsi di cura.

- **Formazione multiprofessionale congiunta:** Le attività di formazione congiunta e interregionale devono includere specificamente i mediatori culturali, gli operatori sanitari e gli enti gestori, per sviluppare *equipe multiprofessionali culturalmente competenti* in grado di decodificare i bisogni di salute non espressi.
- **Alfabetizzazione sanitaria intensiva:** Sulla scia delle attività già avviate in Sicilia (Obiettivo Specifico 4), si raccomanda l'espansione dei laboratori e dei *workshop* di alfabetizzazione sanitaria, volti a tradurre e comunicare in modo efficace l'importanza delle pratiche preventive, inclusa l'adesione al calendario vaccinale, sia ai minori che ai loro *caregiver*.
- **Adozione di variabili dati omogenee:** Le regioni devono implementare o integrare campi digitali per raccogliere variabili utili a indagare l'equità di accesso, come il paese d'origine e la condizione socio-assistenziale, per una programmazione razionale dei servizi.
- **Linkage e tracciamento:** Promuovere il *linkage* dei dati tra le anagrafi e gli archivi vaccinali (sul modello dell'Emilia-Romagna, ARA/AVR-rt) e con altre fonti (come il CEDAP) per tutti i minori, al fine di produrre evidenze sull'efficacia degli interventi e sviluppare nuovi scenari di intervento mirati.

Adottare questa linea operativa significa vedere il dato vaccinale non solo come un numero, ma come lo specchio dell'equità di un sistema: investendo nella standardizzazione dei processi e nella mediazione culturale, è possibile trasformare il divario di copertura in un ponte di accesso alla salute, garantendo che il diritto alla prevenzione sia concretamente applicato a tutti i minori sul territorio nazionale.



Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Dott. Francesco Di Gregorio

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Di Gregorio".

