

# Vaccinazioni nel migrante adulto: priorità/calendari

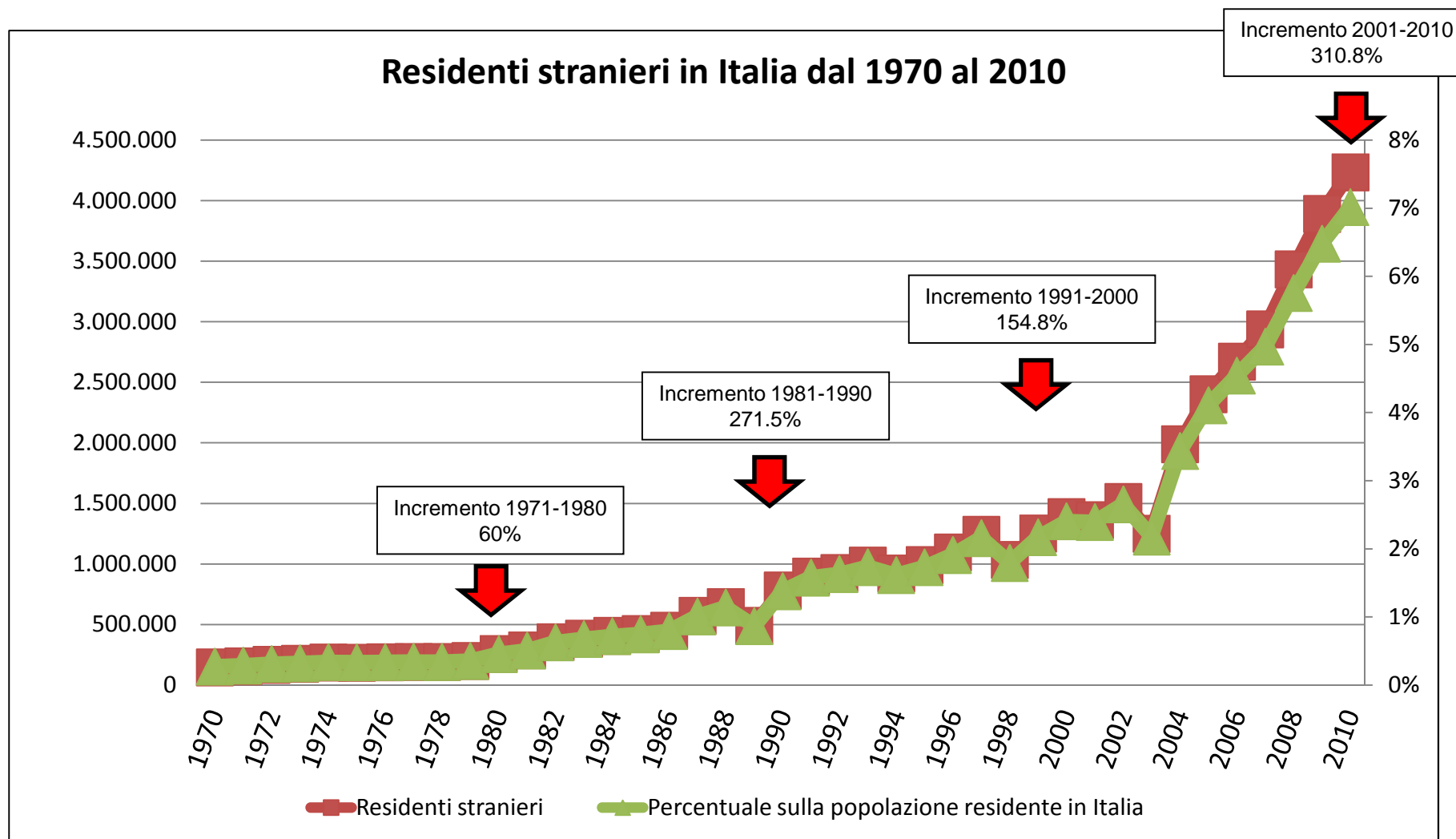


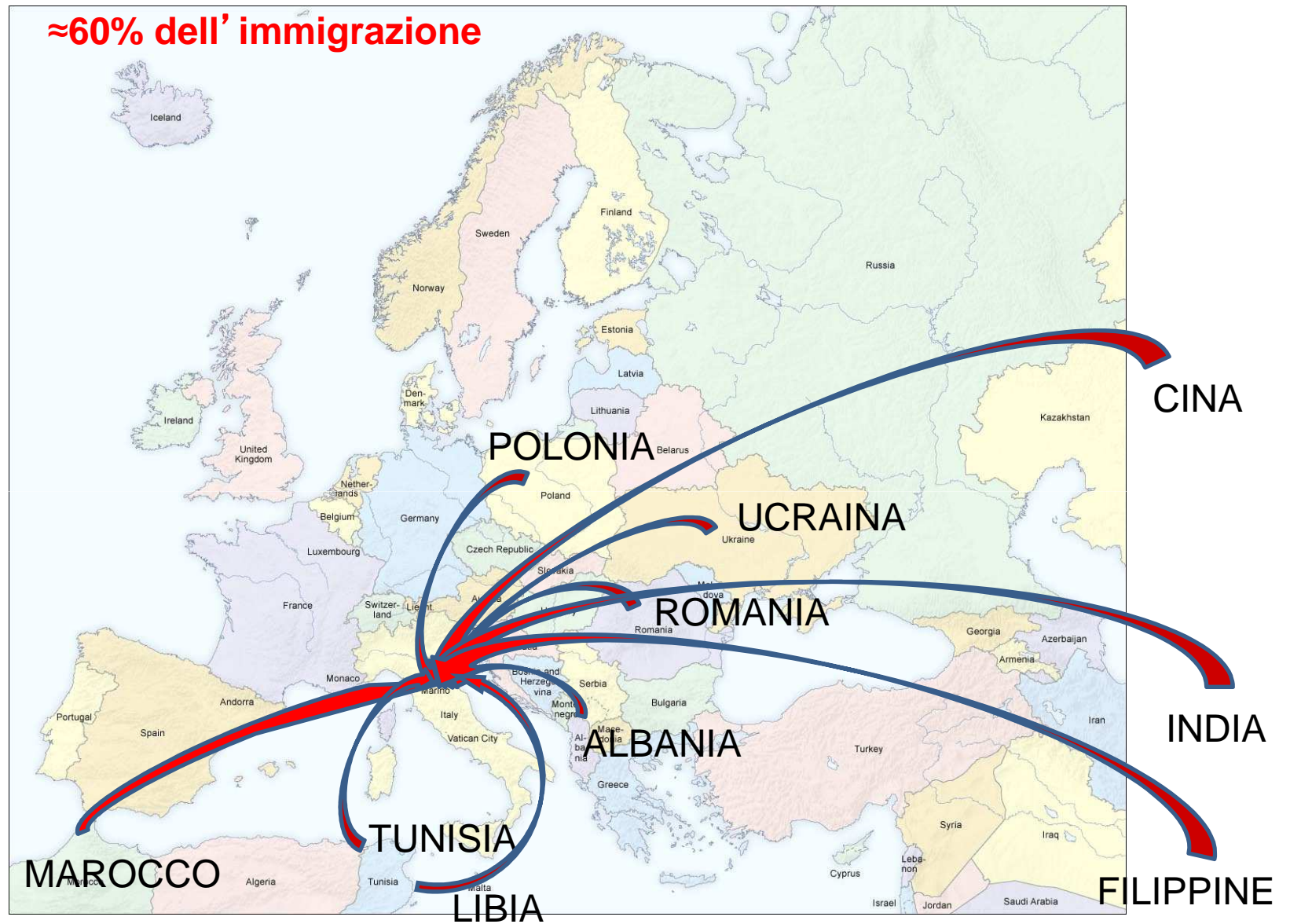
Paolo Bonanni

Dipartimento di Sanità Pubblica  
Università di Firenze



# Scenario demografico (1970-2010)





\* Fonte: ISTAT, 2009

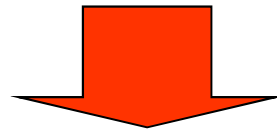
# Background

- In Italia la quota di popolazione immigrata è giunta al 7,2%
- Rapporto Caritas 2010 = 4 milioni e 235 mila cittadini stranieri (regolari) di cui:
  - 932 mila minori figli di genitori stranieri
    - 10% popolazione minorile
  - 77 mila nuovi nati
    - 17% di tutti i nuovi nati in Italia
- **Dati di copertura vaccinale scarsi e frammentari**
  - Mancanza di una metodologia sistematica per la raccolta dei dati
- **Mancanza di documentazione sanitaria individuale del Paese di origine**
- **Barriere culturali, linguistiche, burocratiche, amministrative**

# Assistenza sanitaria agli stranieri (Legge 40/19)



Includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano

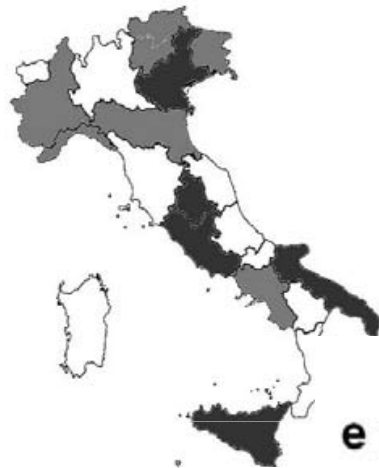


Pur essendo la politica sull'immigrazione dettata a livello nazionale, i percorsi di inserimento, di integrazione e di promozione della salute anche in ambito sanitario, sono implementati e realizzati localmente.

# La disomogeneità di azione sul territorio

## Linee guida

- Assente
- Cenni
- Approfondita



Indicazioni per uniformare l'offerta sanitaria in base alla normativa nazionale e locale

- Non prevista
- Cenni
- Approfondita

## Analisi del bisogno

- Assenti
- Presenti alcuni strumenti
- Presente anche osservatorio



Presenza osservatorio di Sanità Pubblica per monitorare il bisogno di salute.

## Prevenzione e promozione della salute



Indicazioni per interventi di prevenzione e di promozione della salute rivolti agli immigrati.

## Assistenza sanitaria agli stranieri (Legge 40/1998)

- Garantisce ai cittadini stranieri regolari totale equiparazione ai cittadini italiani
- Stranieri senza permesso di soggiorno: prestazioni ospedaliere e ambulatoriali urgenti, essenziali e continuative per malattia e infortunio; prestazioni di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva; le vaccinazioni; profilassi e cura delle malattie infettive
- Tessera STP (Straniero Temporaneamente Presente) dell'ASL per regolarizzare le prestazioni (valida 6 mesi)

*“essere attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale” (precisazioni ministero Salute del 19.02.08).*

# Irregolari e Salute

- L'articolo 35, comma 3, del decreto legislativo 286/98, stabilisce che a favore dei cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono previsti tre distinti settori di intervento ed esattamente:
  - I) cure ambulatoriali urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio;
  - II) cure ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio;
  - III) **interventi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva**; ed in particolare sono garantiti:
    - a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità;
    - b) la tutela della salute del minore;
    - c) **le vaccinazioni previste dalle vigenti disposizioni**;
    - d) gli interventi di profilassi internazionale;
    - e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

# Designing an organizational pathway for illegal immigrants to perform vaccino-prophylaxis interventions

S. BRUNO, B. FEDERICO\*, S. GERACI\*\*, S. DONNO, D. MONTEDURO, G. DAMIANI, G. RICCIARDI  
Department of Hygiene, Catholic University of Sacred Heart, Rome; \* Chair of Hygiene, Faculty of Health and Sport Sciences, University of Cassino; \*\* Medical Area, Caritas, Rome

The serological survey was carried out by Elisa test for rubella (in women at fertile age), tetanus, diphtheria and hepatitis B and by neutralizing antibody titration for poliomyelitis <sup>13</sup>.

Tab. I. Geographic origin in responders and non-responders

Continent	Responders (%)	Non-responders (%)
Latin America	22.23	17.46
Asia	23.23	23.02
Africa	17.17	10.32
East Europe	37.37	49.20
Totals	100.00	100.00

*Conclusion.* Notwithstanding our efforts, the results of this study confirm immigrant's difficulties to access to services as it is showed by the low compliance value (49.23%). Even if Italian laws protect and promote illegal immigrants' health rights, difficulties in the access rise up all the same, maybe because of the scarce knowledge of their rights, because of the different cultures and the insufficient confidence on preventive interventions.

# Campagna Epatite B

**ImmigrazioneOggi**  
risorse

< Home News ed Eventi Consulenza Video e podcast Forum viaggi Newsletter Redazione Onlus

## News ed Eventi



Seleziona lingua



Powered by  Traduci

11 marzo 2010

### **Salute: estendere agli immigrati la vaccinazione anti Epatite B.**

*Appello degli esperti in occasione della presentazione della campagna "Epatite B: il tutor" dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato.*

Estendere il piano vaccinale anti Epatite B agli immigrati. È la proposta lanciata da Raffaele Bruno, segretario dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato, in occasione della presentazione della campagna di sensibilizzazione 2010, "Epatite B: il tutor".

Secondo il medico, "tre milioni e mezzo di immigrati, che arrivano da Paesi dove non è prevista la vaccinazione, sono un problema di sanità pubblica e vaccinandoli non solo tuteleremmo le loro comunità e quella italiana, ma attueremmo anche una strategia economica di risparmio".

Bruno ha diffuso un recente studio che stima 200mila stranieri tra i soggetti HBsAg positivi, il 6-7% del totale degli immigrati.

(Red.)

[http://immigrazioneoggi.it/daily\\_news/notizia.php?id=001538](http://immigrazioneoggi.it/daily_news/notizia.php?id=001538)

# Evolving Clinical Landscape of Chronic Hepatitis B: A Multicenter Italian Study

Tommaso Stroffolini,<sup>1</sup> Piero L. Almasio,<sup>2</sup> Evangelista Sagnelli,<sup>3</sup> Alfonso Mele,<sup>4</sup> Giovanni Battista Gaeta,<sup>5\*</sup> and the Italian Hospitals' Collaborating Group<sup>†</sup>

<sup>1</sup>*Department of Infectious and Tropical Diseases, University La Sapienza, Rome, Italy*

<sup>2</sup>*Gastroenterology Unit, University of Palermo, Palermo, Italy*

<sup>3</sup>*Infectious Disease Unit, Second University of Naples, Naples, Italy*

<sup>4</sup>*Laboratory of Epidemiology, Clinical Epidemiology Unit, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy*



- Cross-sectional multicenter survey on 1,386 HBsAg chronic carriers
- 21 referral centers
- 6-month period

## Results

- HBeAg-positive subjects were more likely to be younger, immigrants, co-infected with HIV and with higher HBV DNA and ALT levels compared to HBeAg negative cases

## Discussion

- about 35,000 new HBsAg carriers are expected, that is, 170,000–200,000 HBsAg carriers based on a 5–6% prevalence in incoming populations

J. Med. Virol. 81:1999–2006, 2009.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.21643/pdf>

# Hepatitis A, B, and C Infection in a Community of Sub-Saharan Immigrants Living in Verona (Italy)

Silvia Majori, MD,\* Vincenzo Baldo, MD,<sup>†</sup> Irene Tommasi, MD,\* Maria Malizia, Annarosa Floreani, MD,<sup>‡</sup> Geraldo Monteiro, MD,<sup>§</sup> Aladino Ferrari, MD,<sup>¶</sup>



In Italy, anti-HBsAg positivity in young people is now around 1.2% to 2.0%,<sup>17</sup> thanks mainly to the compulsory vaccination introduced in 1991, so the presence of HBs/HBeAg positivity and the high HBsAg positivity rate (globally 9.3%) among studied immigrants might represent a public health problem as risk of HBV transmission.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1708-8305.2008.00230.x/pdf>

Journal of Travel Medicine Volume 15, Issue 5, pages 323–327, September/October 2008

# Prevalenza di infezione da HBV in donne gravide a Palermo, 2001-2003



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SCIENCE @ DIRECT®

Vaccine 23 (2005) 3243–3246

Vaccine

[www.elsevier.com/locate/vaccine](http://www.elsevier.com/locate/vaccine)

## Pregnant women as a sentinel population to target and implement hepatitis B virus (HBV) vaccine coverage A three-year survey in Palermo, Sicily

Filippa Bonura<sup>a</sup>, Marco Sorgi<sup>b</sup>, Anna Maria Perna<sup>a</sup>, Giuseppe Puccio<sup>b</sup>, Fabio Tramuto<sup>a</sup>,  
Cinzia Cajozzo<sup>b</sup>, Nino Romano<sup>a</sup>, Francesco Vitale<sup>a, \*</sup>

Hepatitis B virus (HBV) vaccine coverage was assessed using serologic patterns of infection (HBsAg, anti HBc) and vaccine-induced immunity (isolated anti HBs) among 3318 pregnant women attending the Obstetrical Unit of the University Hospital in Palermo who were screened over 3 years (2001–2003). Three thousand and eight of them (90.6%) were born in Sicily, whereas 310 (9.4%) were immigrants from non-EU countries. The overall prevalence of HBsAg was 1.1%, and it was significantly higher among immigrant than indigenous women (4.2% versus 0.8%; OR 5.26;  $p < 0.0001$ ). Serologic evidence of past HBV infection (anti HBc) also was significantly higher in immigrants than in Sicilian women (24.5% versus 5.2%, respectively). Women aged 17–21 in our study were in cohorts that had been targeted since 1991 for mandatory HBV vaccination at age 12. In this targeted age group, 74.2% of the Sicilian women had isolated anti HBs, compared to only 15.0% among immigrants.

The results suggest the need to improve HBV immunization of Sicilian adolescents and especially to implement active surveillance and to launch an HBV immunization programme that targets immigrants to Sicily.

© 2005 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Vaccine 23 (2005) 3243–3246

## **STUDIO EPIDEMIOLOGICO MULTICENTRICO SULLA PREVALENZA DI EPATITE VIRALE IN PAZIENTI IMMIGRATI OSPEDALIZZATI IN ITALIA NEL 2002.**

**Palumbo E.<sup>1</sup>, Scotto G.<sup>1,2</sup>, Saracino A.<sup>1,2</sup>, Pempinello R.<sup>2</sup>, El Hamad I.<sup>2</sup>, Geraci S.<sup>2</sup>, Conte PE<sup>1</sup>, Cibelli D.C.<sup>1</sup>, Angarano G.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Clinica malattie infettive, Università di Foggia;

<sup>2</sup> SIMIT (società italiana malattie infettive e tropicali) commissione per lo studio delle malattie infettive negli immigrati

- Studio retrospettivo su 2255 pazienti immigrati ospedalizzati (anche DH) in 48 unità di malattie infettive

**CONCLUSIONE:** nello studio è stata evidenziata tra i pazienti immigrati una prevalenza di epatiti virali pari al 12.5%. La forma prevalente di epatite virale è risultata quella da HBV; tale dato contrasta con la realtà sanitaria del nostro Paese dove le forme acute da HBV sono sporadiche, mentre quelle croniche riguardano ormai solo soggetti adulti. La maggior prevalenza nella popolazione immigrata è probabilmente legata alla assenza di profilassi vaccinale e alla trasmissione sessuale, in considerazione del rifiuto delle pratiche di contraccezione che caratterizza molti gruppi etnici e della piaga della prostituzione, molto diffusa tra le giovani donne immigrate. Le forme da HCV, meno frequenti, riguardano soprattutto pazienti est-europei, probabilmente in relazione alla pratica della tossicodipendenza, diffusa in quei Paesi, ed alle trasfusioni con sangue infetto, fattore di rischio ancora rilevante in Paesi, come quelli Est-Europei, dotati di strutture sanitarie non sempre in grado di prevenire infezioni nosocomiali.

## Research articles

### PREVENTION OF CONGENITAL RUBELLA AND CONGENITAL VARICELLA IN EUROPE

E Pandolfi (pandolfi.elisabetta@gmail.com)<sup>1</sup>, G Chiaradia<sup>2</sup>, M Moncada<sup>1</sup>, L Rava<sup>1</sup>, A E Tozzi<sup>1</sup>

1. Paediatric Hospital Bambino Gesù, Rome, Italy

2. Catholic University, Hygiene Institute, Rome, Italy

Rubella-susceptible women immigrating from outside Europe have been identified as an important target group for immunisation. Programmes to immunise newly arrived women and adolescent girls are necessary, because they may have contracted rubella in a high-incidence country that does not have a rubella immunisation programme and give birth to an infant with CRS. International vaccination centres should make an effort to immunise immigrant people visiting friends and relatives outside Europe. Several supplementary immunisation activities targeting measles- and/or rubella-susceptible individuals have been conducted in several countries since 2001, including Albania, Cyprus, Italy, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Moldova, Montenegro, Serbia, Tajikistan and Turkey <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N09/art19133.pdf>

# Morbillo e Rosolia Congenita

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 23 marzo 2011:

## Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015

Gli obiettivi generali da raggiungere entro il 2015 restano:

- Eliminare il morbillo endemico (incidenza  $\leq 1$  caso/100.000)
- Eliminare la rosolia endemica (incidenza  $\leq 1$  caso/100.000)
- Ridurre l'incidenza dell'infanzia

Gli obiettivi specifici sono:

Per quanto riguarda la rosolia in gravidanza e la rosolia congenita, l'indagine evidenzia la necessità di intensificare l'impegno per identificare e vaccinare le donne in età fertile suscettibili alla rosolia, incluse le donne ad alto rischio professionale e le immigrate, e per vaccinare le donne suscettibili, identificate durante la gravidanza, nel post-partum e post interruzione di gravidanza. Per questo è fondamentale introdurre dei protocolli specifici, che prevedano la vaccinazione di tutte le donne in età fertile suscettibili alla rosolia, con una dose di morbillo e rosolia, entro il primo anno di età a livello nazionale, regionale e di ASL e  $\geq 90\%$  in tutti i territori.

mettere in atto iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i 2 anni incluso gli adolescenti, i giovani adulti ed i soggetti a rischio (operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi "difficili da raggiungere" quali i nomadi)

4. Ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, a meno del 5%.
5. Migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino
6. Migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo incluso la gestione dei focolai epidemici

# Rosolia congenita, Italia 2008

Classificazione	N. Casi 2008
<b>Caso confermato o sola infezione</b>	<b>13</b>
No rosolia (escluso)	10
Non classificabile	9
<i>N. Totale casi sospetti notificati</i>	<i>32</i>

**Incidenza 2008 (casi confermati RC): 2,3/100.000 nati vivi**

---

## Casi di rosolia in gravidanza confermati, Italia 2005-2008

- 68 casi (di cui 54 nel 2008)
- età media 27 anni
- **16% straniere**
- 90% non vaccinate
- solo 12/68 (17,6%) avevano eseguito rubeotest prima della gravidanza (9 suscettibili)
- 41% non erano alla prima gravidanza

# Esperienza in Veneto

## 1.3 Profilassi delle malattie infettive per migranti

**Referente:** Antonio Ferro SISP Az. ULSS17 Este (PD).

**Gruppo di lavoro:** Anna Pupo SISP Az. ULSS 9 Treviso, Giuseppina Napolitano Az.ULSS.20 Verona, Giambattista Zivelonghi SISP Az. ULSS 20 Verona, Patrizia Mella, Direzione Piano e Programmi Socio-Sanitari – Regione del Veneto.

**per gli adulti** : devono essere seguite le indicazioni previste dalla normativa vigente in materia, in particolare, quelle concernenti la vaccinazione antitetanica e BCG per determinate categorie a rischio. Deve essere offerto gratuitamente il vaccino antiepatite B per i suscettibili. Deve essere proposta la vaccinazione MPR alle donne senza screening sierologico per rosolia o in alternativa allo screening.



## Situation in northern Africa/Libyan Arab Jamahiriya and the influx of migrants\* to Europe

12 April 2011

Public health measures that may be taken in order to mitigate the risk of infectious disease outbreaks are:

- An appropriately adapted surveillance system for early warning purposes, including entry health assessment and proper referral systems.
- Dedicated mother-and-child services as well as mental healthcare facilities at the reception and detention centres.
- Specific vaccination strategies in order to 1) protect both children and adults against those diseases which they are more vulnerable to, due to the emergency conditions they are experiencing; and to 2) assure children continuity with their immunisation history. In addition, specific attention should be paid to healthcare workers' immunisation status in the specific situation.

[http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110412\\_RA\\_North%20Africa\\_Libya\\_migration.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110412_RA_North%20Africa_Libya_migration.pdf)



[Morbillo](#), [difterite](#), [influenza](#), [pertosse](#) e infezioni respiratorie acute sono malattie a rischio epidemico in condizioni di sovraffollamento, mentre le scarse condizioni igieniche potrebbero aumentare il rischio di malattie diarroiche. Il rischio di malattie prevenibili da vaccino dipende dalla suscettibilità della popolazione ospitata.

Le misure di salute pubblica che potrebbero essere prese per diminuire il rischio di focolai di malattie infettive sono:

- un apposito sistema di sorveglianza e di allerta precoce, che preveda una valutazione dello stato di salute all'ingresso e adeguate procedure di trasferimento a strutture sanitarie
- servizi materno infantili e strutture dedicate alla salute mentale all'interno dei centri di accoglienza
- strategie vaccinali in grado di proteggere bambini e adulti dalle malattie a cui sono più vulnerabili e assicurare continuità con la storia vaccinale pregressa. Inoltre occorre prestare attenzione allo status vaccinale degli operatori sanitari coinvolti.

<http://www.epicentro.iss.it/focus/globale/immigrazioneSanita2011.asp>

# Impegno sanitario in Italiani e stranieri



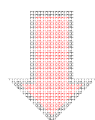
accertamenti, visite generiche e specialistiche

Popolazione fino a 64 anni che ha fatto ricorso a prestazioni sanitarie per cittadinanza e genere – Anno 2005 (tassi standardizzati per età per 100 persone)

Cittadinanza	Almeno una visita*	Visite generiche o pediatriche*	Visite specialistiche*	Almeno un accertamento*	Accertamenti specialistici*	Ricoveri**	Pronto soccorso**
Italiani	24,6	15,4	13,1	9,6	5,0	2,2	3,8
Stranieri	18,4	12,8	8,1	6,8	3,3	2,1	5,7

\* Ricorso nelle quattro settimane precedenti l'intervista \*\* Ricorso nei tre mesi precedenti l'intervista

# Impegno sanitario in Italiani e stranieri



accertamenti, visite generiche e specialistiche



numero di ricoveri

Popolazione fino a 64 anni che ha fatto ricorso a prestazioni sanitarie per cittadinanza e genere – Anno 2005 (tassi standardizzati per età per 100 persone)

Cittadinanza	Almeno una visita <sup>a</sup>	Visite generiche o pediatriche <sup>a</sup>	Visite specialistiche <sup>a</sup>	Almeno un accertamento <sup>b</sup>	Accertamenti specialistici <sup>b</sup>	Ricoveri <sup>**</sup>	Pronto soccorso <sup>b</sup>
Italiani	24,6	15,4	13,1	9,6	5,0	2,2	3,8
Stranieri	18,4	12,8	8,1	6,8	3,3	2,1	5,7

\* Ricorso nelle quattro settimane precedenti l'intervista \*\* Ricorso nei tre mesi precedenti l'intervista

# Impegno sanitario in Italiani e stranieri



accertamenti, visite generiche e specialistiche




numero di ricoveri



ricorso al pronto soccorso

Popolazione fino a 64 anni che ha fatto ricorso a prestazioni sanitarie per cittadinanza e genere – Anno 2005 (tassi standardizzati per età per 100 persone)

Cittadinanza	Almeno una visita <sup>†</sup>	Visite generiche o pediatriche <sup>†</sup>	Visite specialistiche <sup>†</sup>	Almeno un accertamento <sup>†</sup>	Accertamenti specialistici <sup>†</sup>	Ricoveri <sup>**</sup>	Pronto soccorso <sup>**</sup>
Italiani	24,6	15,4	13,1	9,6	5,0	2,2	3,8
Stranieri	18,4	12,8	8,1	6,8	3,3	2,1	5,7 

\* Ricorso nelle quattro settimane precedenti l'intervista \*\* Ricorso nei tre mesi precedenti l'intervista



# Vaccinazione nel bambino immigrato

*Circolare Ministeriale n.8 del 23/3/1993*  
*“Documenti di vaccinazione per minori immigrati”*

a) Il bambino non è mai stato vaccinato



Andrà vaccinato seguendo il nostro vigente calendario nazionale, in rapporto all'età.

## Calendario Vaccinale per l'Età Pediatrica e Adolescenziale (SItI-FIMP-SIP)

Vaccino	Ogg - 30gg	3° mese	5° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5°-6° anno	12°-18° anno
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa**			DTPa**	dTpa***
IPV		IPV	IPV		IPV			IPV	
Epatite B	EpB- EpB*	Ep B	Ep B		EpB				
Hib		Hib	Hib		Hib				
MPRV o MPR+ V					MPRV o MPR+ V			MPRV o MPR+V	MPR**** o MPR+ V ^
PCV ^^		PCV13	PCV13		PCV13				
Men C					Men C §				Men C §
HPV									HPV°
Influenza					Influenza°°				
Rotavirus		Rotavirus #							
Epatite A							EpA ##		EpA ##



Libretto delle Vaccinazioni

Livret de la vaccination

Immunization Card

التطعيمات كتيب



## Vaccinazione nel bambino immigrato

*Circolare Ministeriale n.8 del 23/3/1993*

*“Documenti di vaccinazione per minori immigrati”*

b) Il bambino è stato vaccinato regolarmente nel Paese d'origine e lo stato vaccinale è sufficientemente documentato:



Andrà seguito il nostro vigente calendario nazionale, per l'eventuale completamento del ciclo vaccinale primario e/o i richiami.



# Vaccinazione nel bambino immigrato

*Circolare Ministeriale n.8 del 23/3/1993*

*“Documenti di vaccinazione per minori immigrati”*

c) La documentazione è insufficiente e lo stato vaccinale è dubbio:



Si dovranno somministrare i vaccini anti-polio, anti-morbillo-parotite-rosolia, anti-Hib, anti-HBV, anti-difto-tetano-pertosse. Nel caso in cui sia prevista la permanenza del minore nel nostro Paese, sarà possibile completare il ciclo vaccinale, tenendo conto dello schema riportato di seguito:

- vaccinazione anti-polio con vaccino IPV: ciclo completo (3 dosi di vaccino),
- vaccinazione anti-HBV: ciclo completo (3 dosi di vaccino),
- vaccinazione anti-Hib: ciclo completo (numero di dosi di vaccino da somministrare in rapporto all'età),
- vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia: ciclo completo (2 dosi di vaccino)
- vaccinazione anti difto-tetano-pertosse: previa valutazione dello stato immunitario nei confronti del tetano, ai bambini di età <7 anni verrà somministrato il vaccino DTPa a dose piena; ai bambini di età >7anni, la formulazione ridotta, in uso per adulti (dTpa, che, tuttavia, non è indicato come prima dose del ciclo primario: nei soggetti di età >7anni, mai immunizzati in precedenza, dovrà, pertanto, essere somministrato il vaccino Td per le prime due dosi, il vaccino dTpa per la terza dose).

# Proposte di vaccinazione del migrante adulto

- La Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica ha recentemente emanato la seconda edizione della proposta di calendario vaccinale per l'adulto
- In un'ottica di sempre maggiore integrazione tra popolazione immigrata e popolazione autoctona italiana, tale calendario è da considerare il riferimento ultimo anche per l'adulto migrante
- Tuttavia, le peculiarità dei contesti epidemiologici da cui i soggetti immigranti provengono, i differenti livelli di applicazione delle politiche vaccinali nei Paesi di provenienza, le condizioni socio-economiche disagiate che spesso sperimentano, i viaggi che periodicamente compiono alle terre di origine richiedono una particolare attenzione ad alcune vaccinazioni, che risultano pertanto prioritarie

# PROPOSTA DI CALENDARIO VACCINALE PER GLI ADULTI E PER GLI ANZIANI

a cura della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIt)

aggiornamento maggio 2011

Vaccino ▼	Gruppo di Età ►	19-49 Anni	50-64 Anni	≥ 65 Anni
Tetano, Difterite, pertosse per adulti (Tdpa)		1 dose Tdpa booster ogni 10 anni		
Papillomavirus Umano (HPV)		3 Dosi (fino a età massima in scheda tecnica)		
MPR		2 dosi (0, 4-8 settimane)		
Varicella		2 dosi (0, 4-8 settimane)		
Influenza		1 Dose all'anno	1 Dose all'anno	
Pneumococco		1 Dose (o 2 dosi – vedi note)		1 Dose
Epatite A		2 Dosi (0, 6-12 mesi)		
Epatite B		3 Dosi Pre Esposizione (0, 1, 6 mesi) - 4 Dosi Post. Esposizione (0, 2, 6 settimane -oppure 0, 7, 21 giorni- + booster a 1 anno) o Pre Esposizione imminente. (0,1,2,12)		
Meningococco		1 Dose (Quadrivalente polisaccaridico o coniugato)		



Raccomandato in presenza di fattori di rischio (clinico, epidemiologico, occupazionale, viaggiatori internazionali, stile di vita o altro)



Per tutti i soggetti che incontrano requisiti di età e/o in assenza di evidenza di immunizzazione pregressa

## VACCINAZIONI IN RAPPORTO A CONDIZIONI DI RISCHIO

(Vedi note in calce alla tabella)

Vaccino	Indicazione	Gravidanza	Condizioni di Immuno-Compromissione* (escl. HIV), farmaci, radiazioni	Infezione da HIV		Diabete, Cardiopatie, Malattie polmonari croniche, Alcolismo cronico, Fumo	Asplenia (compresa Splenectomia selettiva e Deficit terminale del complemento)	Epatopatia cronica	Insuff. Renale, Nefrop. in fase terminale, Emodialisi	Perso n. Sanitario
				Conta Linf. T CD4+						
				<200 cell./ $\mu$ l	$\geq$ 200 cell./ $\mu$ l					
Tetano, Difterite Pertosse (Tdpa)				1 dose ogni 10 anni						
Papillomavirus Umano (HPV)				3 Dosi per le Donne fino a età indicata in scheda tecnica (0, 1-2, 6 mesi)						
MPR			Controindicato	2 Dosi (0, 4-8 settimane)						
Varicella			Controindicato	2 Dosi (0, 4-8 settimane)						
Influenza				1 Dose all'anno**						
Pneumococco				1 Dose (o 2 dosi – vedi note)						
Epatite A				2 dosi				2 dosi	2 dosi	
Epatite B				3 dosi					3 dosi	3 dosi
Meningococco				1 dose			2 dosi	1 dose		



Raccomandato in presenza di fattori di rischio (clinico, occupazionale, stile di vita o altro)



Per tutti i soggetti che incontrano i requisiti di età e/o in assenza di evidenza di immunizzazione pregressa

# Epatite B

- La vaccinazione contro l'epatite B delle giovani donne immigrate in età fertile è prioritaria. Se possibile, la vaccinazione dovrebbe essere preceduta dalla determinazione dei marcatori dell'epatite B (soprattutto HBsAg) per verificare lo stato di suscettibilità
- Qualora la donna fosse ad elevato rischio di imminente infezione o non sia garantito il suo ritorno al ritiro del referto per i marcatori, sarebbe preferibile iniziare immediatamente la vaccinazione con la prima dose, informando la donna sulla importanza del completamento del ciclo vaccinale dopo 1 e 6 mesi rispettivamente.
- La vaccinazione sarà anche offerta attivamente a tutta la popolazione adulta immigrata previa effettuazione dei marcatori sierologici dell'HBV.
- Particolare attenzione dovrà essere prestata alle persone conviventi con portatori cronici di HBsAg, che dovranno essere identificate e alle quali la vaccinazione dovrà essere offerta in modo attivo e gratuito con alto grado di priorità.

# Morbillo, Parotite, Rosolia (MPR)

- Rosolia in gravidanza e rosolia congenita continuano a verificarsi nel nostro Paese nonostante la disponibilità di vaccini di ottima efficacia e sicurezza. Il problema risulta particolarmente rilevante nelle donne immigrate, dal momento che solo una minoranza dei Paesi di provenienza ha adottato politiche di vaccinazione
- E' di fondamentale importanza offrire in modo attivo la vaccinazione MPR a tutte le donne in età fertile.
- Dovranno essere attivate tutte le iniziative opportune anche per offrire la vaccinazione MPR in ambito ospedaliero nel post-partum e nel post-interruzione di gravidanza di tutte le donne straniere che abbiano intrapreso una gravidanza in stato di suscettibilità per la rosolia.
- La vaccinazione MPR dovrà anche essere offerta a tutti gli immigrati che non abbiano ricordo di aver contratto il morbillo
- Eventualmente, potrà essere utile in casi specifici la determinazione della positività sierologica a morbillo.
- La vaccinazione MPR dovrà inoltre prioritariamente essere prevista in situazioni di emergenza con sovraffollamento di strutture di accoglienza qualora si evidenzino focolai epidemici di una qualunque delle tre malattie prevenute dal vaccino.

# Difterite, Tetano, Pertosse (DTP)

- I migranti da Paesi ad elevata copertura dovrebbero aver ricevuto un ciclo di base di DTP, mentre è quasi certo che essi non abbiano ricevuto ulteriori dosi all'età dell'entrata a scuola e nell'adolescenza
- Visti i rischi di tetano per possibile esposizione in ambito lavorativo, e l'elevata endemia mondiale di pertosse e, in alcune aree geografiche, di difterite, l'effettuazione di un richiamo con vaccino dTp è da ritenere prioritario in ogni soggetto migrante
- La provenienza da Paesi in cui siano note basse coperture pediatriche per DTP rende raccomandabile l'effettuazione di un ciclo completo di vaccinazione con due dosi di vaccino dT e una dose finale di vaccino dTp
- Un eventuale dosaggio degli anticorpi anti-tetano può chiarire i casi in cui non sia certa l'effettuazione di un ciclo completo di immunizzazione

# Tubercolosi (BCG)

- L'efficacia del vaccino nella prevenzione delle forme pediatriche di meningite tubercolare e di miliare è ben documentato, mentre sono contrastanti i dati sulla prevenzione delle forme polmonari dell'adulto.
- Tuttavia, la vaccinazione BCG può essere raccomandata ai migranti anche adulti che provengano da aree ad elevata endemia tubercolare o in situazioni di sovraffollamento abitativo, in cui la presenza di soggetti malati può costituire motivo di elevata probabilità di contagio.
- Nelle decisioni sulla opportunità di somministrare BCG vanno valutate le difficoltà di distinguere la positività della intradermoreazione di Mantoux legate a presenza di malattia rispetto alla positività dovuta alla risposta al vaccino.

# Epatite A?

- Il rischio di epidemie di epatite A in comunità infantili a partenza da casi di importazione in bambini infetti è molto ben documentato
- Gli adulti dovrebbero per la maggior parte essere immuni per avvenuta infezione nei Paesi di origine nell'infanzia
- Tuttavia l'epidemiologia dell'epatite A è in rapida trasformazione
- E' importante monitorare la situazione ed identificare quei migranti che potrebbero essere suscettibili per offrire attivamente la vaccinazione anti-epatite A

## Conclusioni (I) – fronte generale organizzativo

- Il SSN appare abbastanza attento al tema della tutela sanitaria degli immigrati residenti che tuttavia viene applicata in modo difforme nelle diverse regioni italiane
- **l'assistenza agli irregolari, viene mediamente assicurata in tutto il territorio italiano** in linea con le disposizioni normative che sanciscono il diritto ad un livello base di assistenza anche per gli immigrati non in regola con le norme relative al soggiorno.
- Persistono realtà regionali **con un livello non adeguato di assistenza**, fornita attraverso il solo pronto soccorso, o da ambulatori di volontariato non convenzionato, ambulatori pubblici e privati o ambulatori convenzionati con le aziende sanitarie, ma comunque senza una direttiva regionale che uniformi l'assistenza e garantisce livelli essenziali adeguati

## Conclusioni (II) – fronte vaccinazioni

- Campioni di popolazione evidenziano carenze riguardanti: tifo, epatite A-B, difterite, tetano, pertosse, rosolia, morbillo
- La vaccinazione dei migranti deve essere intesa come un'azione doverosa ai fini dell'uguaglianza nel rispetto del principio di equità del nostro SSN.
- Ai fini della salute pubblica, essa risulta fondamentale per arginare un potenziale rischio di epidemie.
- Compito delle Autorità Sanitarie sarà quello di validare modelli di intervento (Unico oppure Misto = Dipartimento di Prevenzione + Associazionismo) per l'offerta vaccinale e produrre la documentazione informativa ritenuta necessaria.

# Discussione

Il tema delle vaccinazioni per gli adulti migranti è complesso, e può essere affrontato secondo diverse prospettive

Ogni contributo per delineare un calendario vaccinale il più possibile aderente alle loro necessità è più che benvenuto!

*Un politico pensa alla prossima elezione*

*Uno statista alla prossima generazione*

J. Clarke (1854-1916)

Governatore dell'Arkansas e presidente pro-tempore del senato  
statunitense

