



DIS SAL
Dipartimento
di Scienze della Salute
Università degli Studi di Genova

Il valore delle
vaccinazioni
documentato
dall'esperienza

Genova

6 -7 giugno 2013

Cisef - Badia Benedettina della Castagna

Le vaccinazioni dei migranti

P. Castiglia

Igiene e Medicina Preventiva

Dipartimento di Scienze Biomediche

Università di Sassari

Genova 7 giugno 2013

La profilassi vaccinale nei migranti



Genova, 7 giugno 2011

L'”Emergenza”

Il Messaggero

Venerdì 25 Febbraio 2011 - 14:44

Rischio sbarchi dalla Libia, il Viminale cerca 50mila posti in Italia

Centri di accoglienza pieni, attesa ondata massiccia di arrivi nel giro di un mese. Alemanno: i rifugiati resteranno al Sud

la Repubblica

La risoluzione Onu sulla Libia

NO FLY ZONE
PROTEZIONE DEI CIVILI
MA NO A 'FORZA OCCUPANTE'
EMBARGO E SANZIONI
BANCHE BLOCCATE E
STOP AI VOLI COMMERCIALI

risoluzione 1973 (2011) sulla **Libia**, approvata dal Consiglio di Sicurezza delle **Nazioni Unite** il 17 marzo 2011

APPRODATI SULLA COSTA CATANESE UN CENTINAIO DI LIBICI **21/03/2011, ore 09:57 -**

Dalla Libia sbarcati i primi clandestini

19/03/2011

Gheddafi ore contate: Sarkozy bombarda il dittatore



La paura dell'“altro”



Atteggiamenti e reazioni

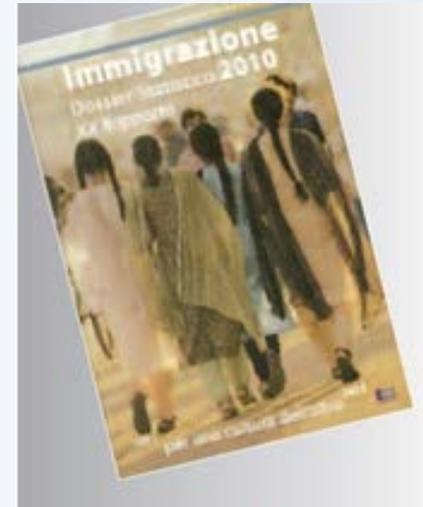


Razionale

- In Italia la quota di popolazione immigrata è **giunta al 7.5%**

Secondo il rapporto Caritas 2011

- 4 milioni e 750 mila cittadini stranieri (regolari)
- Di cui 1 milione di minori figli di genitori stranieri
 - 11% popolazione minorile,
 - 77 mila nuovi nati
 - 18% di tutti i nuovi nati in Italia



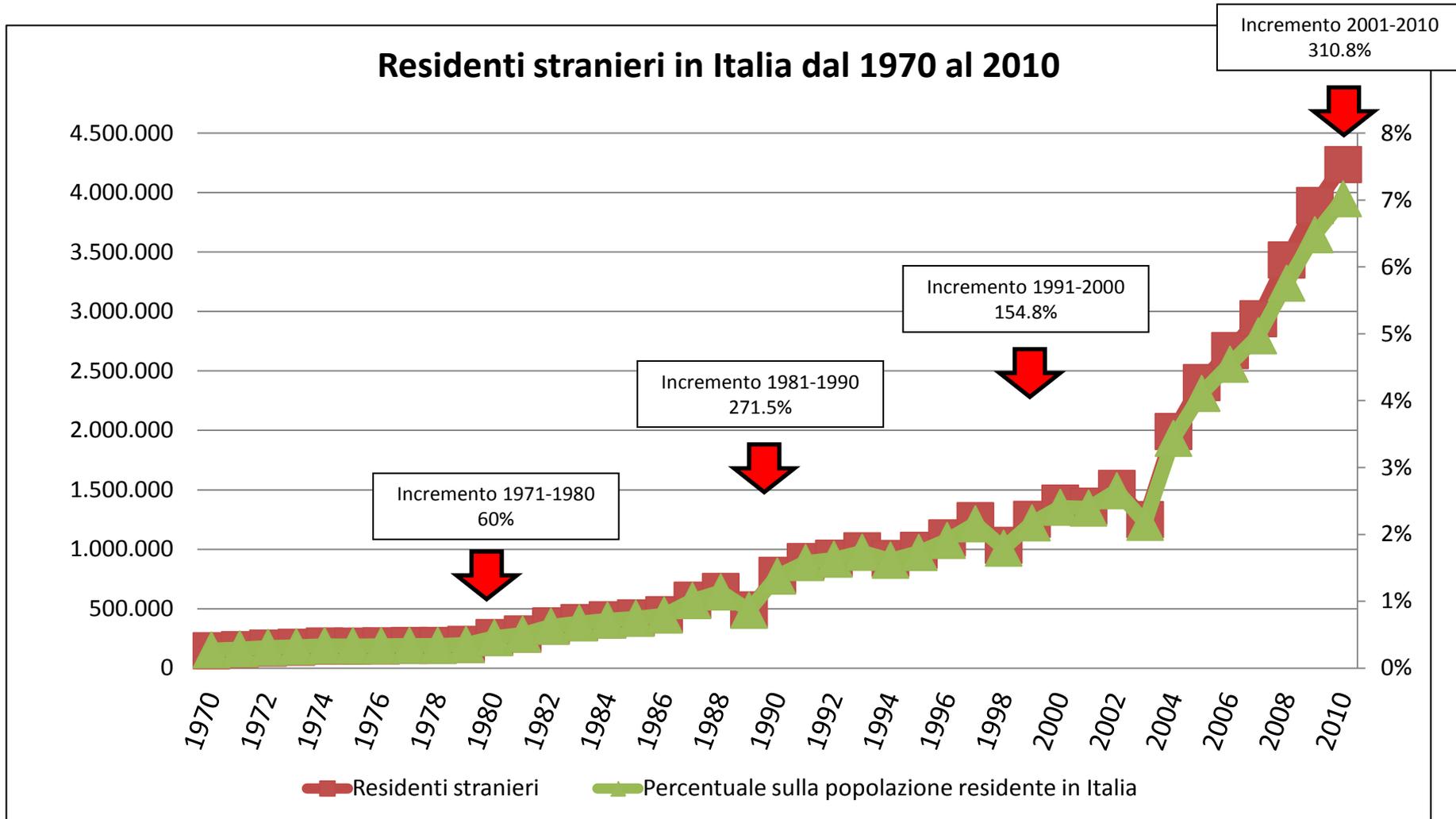
- Dati di copertura vaccinale scarsi e frammentari

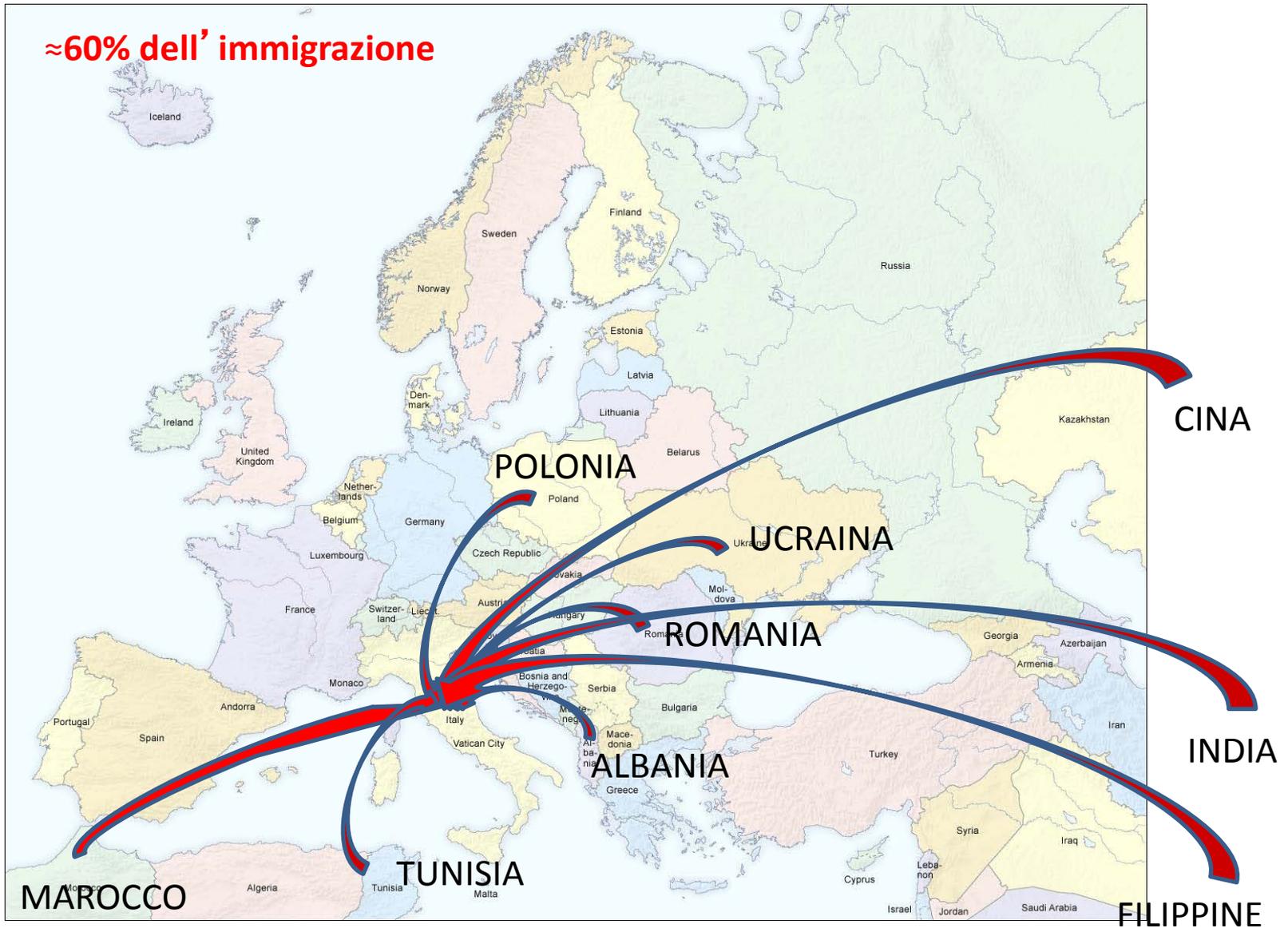
- Mancanza di una metodologia sistematica per la raccolta dei dati
- Mancanza di documentazione sanitaria individuale del Paese di origine
- Problematiche degli immigrati irregolari
- Barriere culturali, linguistiche, burocratiche, amministrative

• Source: Ministry of Interior (years 1970-1990) and ISTAT (1991-2010)

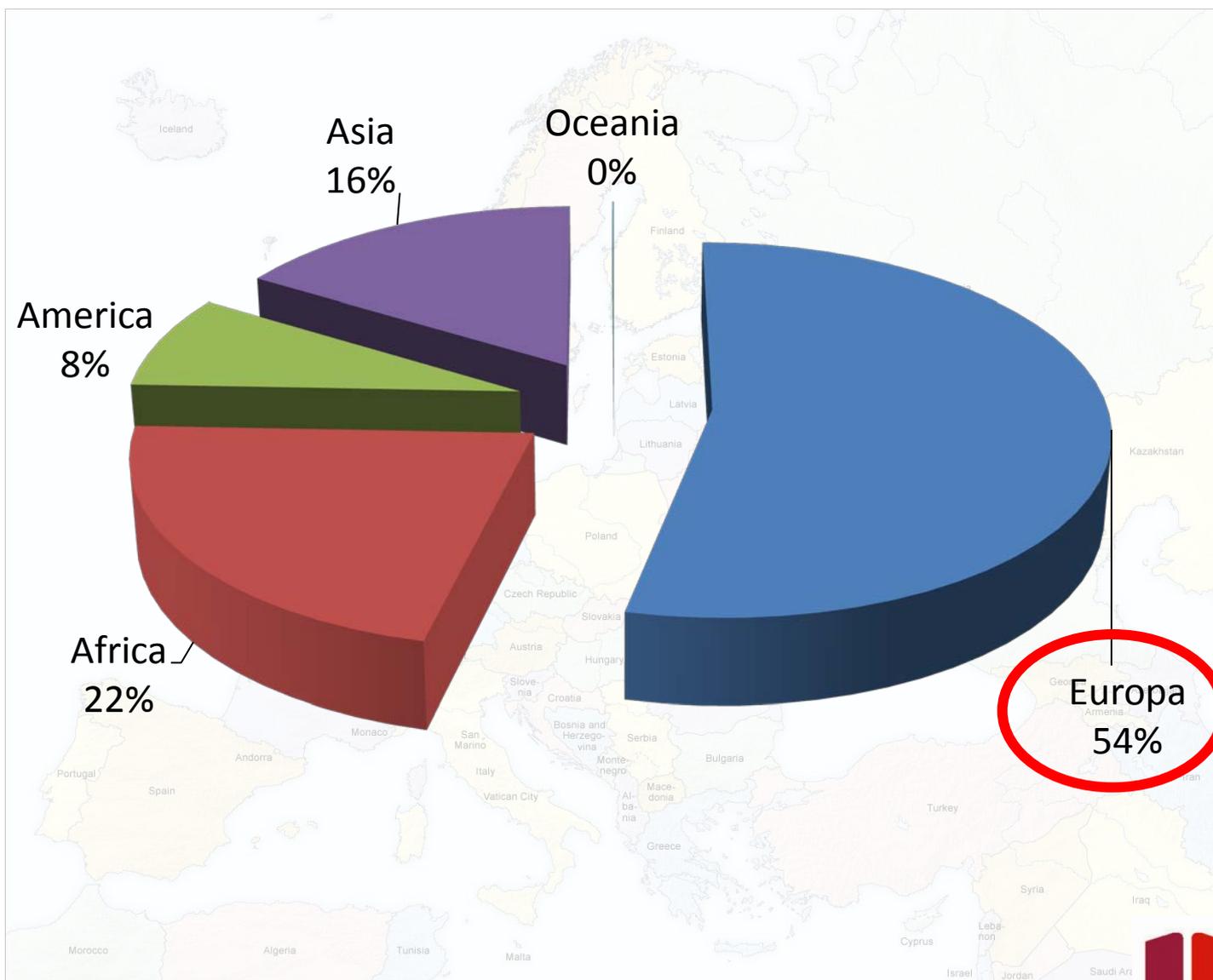
• www.caritasitaliana.it/home_page/pubblicazioni/00002486_Dossier_Statistico_Immigrazione_Caritas_Migrantes_2011.html

Scenario epidemiologico (1970-2010)





* Fonte: ISTAT, 2009



* Fonte: ISTAT, 2009

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).*

Patologie infettive prevenibili con la vaccinazione ed immigrati

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

Tommaso Stroffolini,¹ Piero L. Almasio,² Evangelista Sagnelli,³ Alfonso Mele,⁴
Giovanni Battista Gaeta,^{5*} and the Italian Hospitals' Collaborating Group[†]

¹Department of Infectious and Tropical Diseases, University La Sapienza, Rome, Italy

²Gastroenterology Unit, University of Palermo, Palermo, Italy

³Infectious Disease Unit, Second University of Naples, Naples, Italy

⁴Laboratory of Epidemiology, Clinical Epidemiology Unit, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

- Crosssectionalmulticentersurvey 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 HBeAgnegativecases

Discussion

- About 35,000 new HBsAg carriers are expected, that is, **170,000–200,000 HBsAg carriers based on a 5–6% prevalence in incomingpopulations**

J. Med. Virol. 81:1999–2006, 2009.

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



J Med Virol. 2009

Patologie infettive prevenibili con la vaccinazione ed immigrati

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

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



J Travel Med. 2008

Markers	N subjects (182)	%	
HBsAg+	16	} 9.3	
HBsAg+/HB Ag+	1		
anti-HBs/anti-HBc	64	} 67.6	
anti-HBc isolated	42		23.1
anti-HBs isolated	8		4.4
Negative	51	28.0	
Total	182	100	

A rate of positivity similar to that of the geographical area the people came from, where markers of HBV infection (any marker) and chronic HBV infection are, respectively, 70% to 90% and 8% to 20%, showing a strong circulation of the virus, with infection early in life and **a high lifelong risk of HBV transmission** to nonimmune subjects.

Patologie infettive prevenibili con la vaccinazione ed immigrati

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^a, Marco Sorgi^b, Anna Maria Perna^a, Giuseppe Puccio^b, Fabio Tramuto^a,
Cinzia Cajozzo^b, Nino Romano^a, Francesco Vitale^{a,*}

www.elsevier.com/locate/vaccine

	No. women	Anti HBc positive		HBsAg positive	
		No. women	%	No. women	%
Total population	3318	232	7.0	37	1.1
Sicilians	3008	156	5.2	24	0.8
Immigrants	310	76	24.5*	13	4.2**
Countries of provenience					
Eastern Europe	30	4	13.3	1	3.3
Africa	163	55	33.7	6	3.7
Southeast Asia	107	14	13.1	4	3.7
Far east Asia	10	3	30.0	2	20.0

* OR = 5.94 (CI 4.33–8.14) in comparison to Sicilian women $p < 0.0001$.

** OR = 5.44 (CI 2.59–11.28) in comparison to Sicilian women $p < 0.0001$.

The results suggest the need to launch an HBV immunization program that targets immigrants to Sicily.

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

Palumbo E.¹, Scotto G.^{1,2}, Saracino A.^{1,2}, Pempinello R.², El Hamad I.², Geraci S.², Conte PE¹, Cibelli D.C.¹, Angarano G.¹

¹ Clinica malattie infettive, Università di Foggia;

² 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.

Campagna Epatite B

ImmigrazioneOggi
videotv

< 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



Patologie infettive prevenibili con la vaccinazione ed immigrati

Research articles

PREVENTION OF CONGENITAL RUBELLA AND CONGENITAL VARICELLA IN EUROPE

Euro Surveill. 2009

E Pandolfi (pandolfi.elisabetta@gmail.com)¹, G Chiaradia², M Moncada¹, L Rava¹, A E Tozzi¹

1. Paediatric Hospital Bambino Gesù, Rome, Italy

2. Catholic University, Hygiene Institute, Rome, Italy

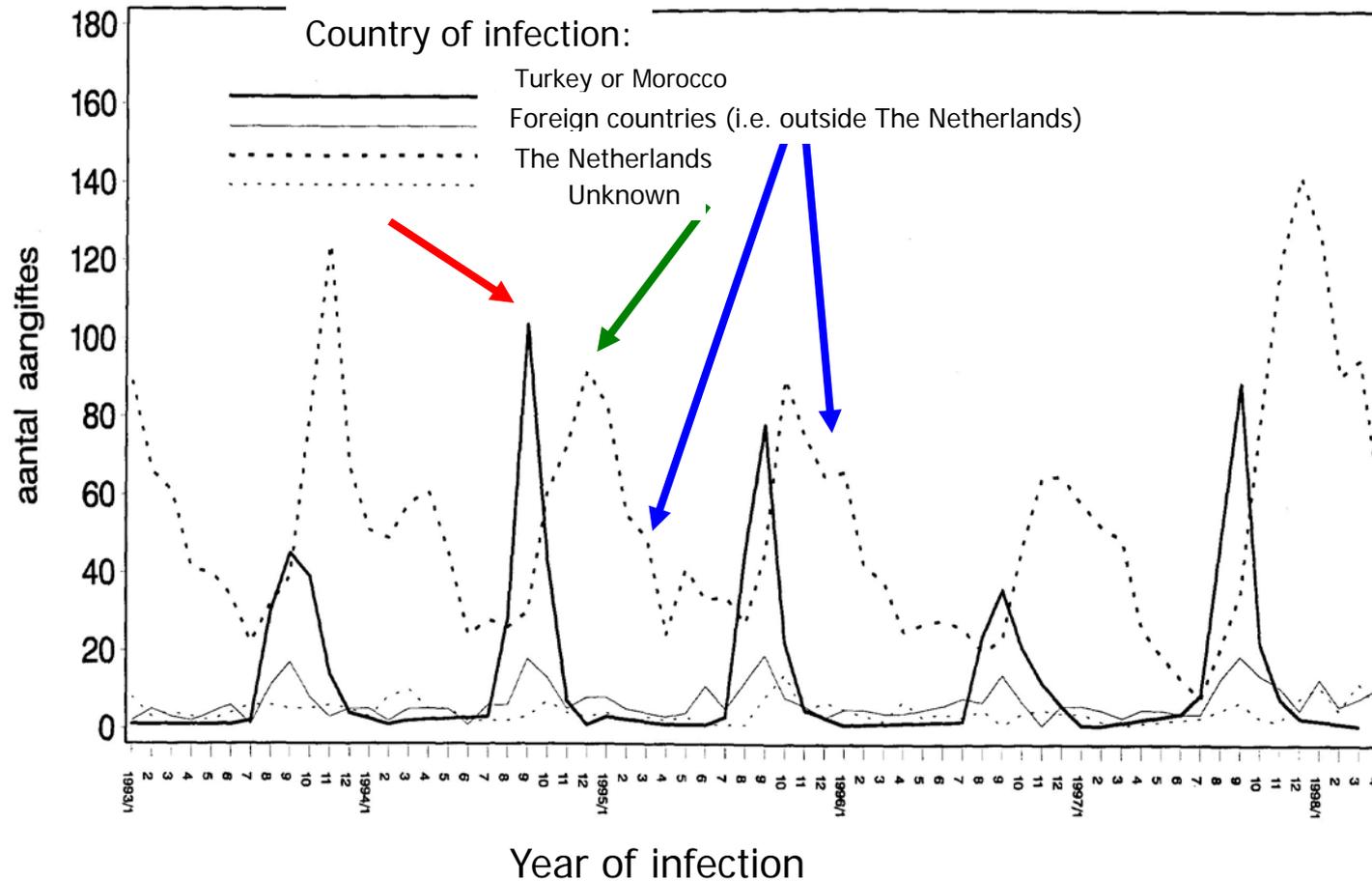
Rubella-susceptible women immigrating from outside Europe have been identified as **an important target group for immunisation**.

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.

Casi di **rosolia in gravidanza** confermati, Italia 2005-2011

- 74 casi confermati
- età mediana: 27 anni [17-46 anni]
- 26% straniere
- Stato vaccinale conosciuto per 65 donne, di cui NESSUNA è risultata vaccinata
- solo il 24% aveva eseguito il rubeotest prima della gravidanza e il 75% era risultato suscettibile
- 43% non erano alla prima gravidanza
- 18 IVG

Netherlands: hepatitis A notifications 1993-1998



ADAPTED FROM: van Gorkum *et al. Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:1919-1923



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Vaccine 23 (2005) 2176–2180

Vaccine

www.elsevier.com/locate/vaccine

Vaccination against hepatitis A during outbreaks starting in schools: what can we learn from experiences in central Italy?

Paolo Bonanni^{a,*}, Anita Franzin^b, Chiara Staderini^b, Maria Pitta^b, Giorgio Garofalo^b,
Rossella Cecconi^b, Maria Grazia Santini^b, Piero Lai^c, Barbara Innocenti^a

^a *Public Health Department, University of Florence, Viale G.B. Morgagni 48-50134 Florence, Italy*

^b *Local Health Agency n. 10, Florence, Via S. Salvi 12-50100 Florence, Italy*

^c *Health Sciences Department, University of Genoa, Via Pastore 1-16131 Genoa, Italy*

Available online 13 January 2005

Abstract

Two outbreaks of hepatitis A started almost simultaneously in a maternal school and in a day care centre located at opposite sides of Florence, Italy, at the end of 2002. Both of them originated from immigrant children, and in both cases, hepatitis A was initially not recognised due to aspecific symptoms. While vaccination of contacts started with delay in the first outbreak, the same intervention was organised and performed in 3 days in the other. The outbreak starting in the maternal school caused 30 notified cases, plus 7 cases diagnosed retrospectively. Nine of them were in a secondary school, where vaccination (in accordance with the Italian national guidelines on hepatitis A (HA) vaccination) had been started only after a secondary case occurred. Only three cases occurred overall in the other outbreak starting in the day care centre, where >80% of infants, children and personnel were immunised. Although few asymptomatic infections probably occurred, no source of contagion existed any longer 2 months after immunisation. A rapid vaccination of school and family contacts of hepatitis A cases after the first case (irrespective of school grade) seems to play an important role to shorten outbreak duration.

© 2005 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Regional experiences: Sicily



Lampedusa border land



Health hygienic profile



Lampedusa island presents some main critical points:

- Food, water and basic products supply;
- Lack of an adequate drainage system
- Logistic restriction in limited areas with **overcrowding**



All these factors contribute to increase the health risks in this population



In 2011 the Italian Ministry for Health issued a dedicated programme in order to evaluate the health status of irregular immigrants landing to Lampedusa



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA COMUNICAZIONE E PREVENZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO V

Oggetto: Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa settentrionale.



“The main objective of the syndromic surveillance is to early detect any event that could represent a public health emergency and to plan a prompt and proper response”.

Regional Commission for the Revision of the Guidelines for the Surveillance and Control of Tuberculosis in Sicily

The molecular typization of 81 *M. tuberculosis* complex isolated from 81 patients at the Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico “Paolo Giaccone” in the period 2005–2011 has demonstrated:

Introduction of the “Cameroon” clade

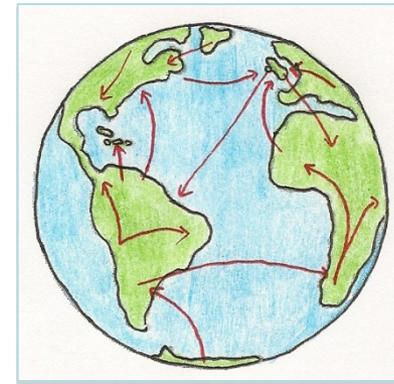
10 years ago – not present

Today – 10% of the isolated

Introduction of the “East-African Indian” clade

10 years ago – not present

Today – 5 isolated

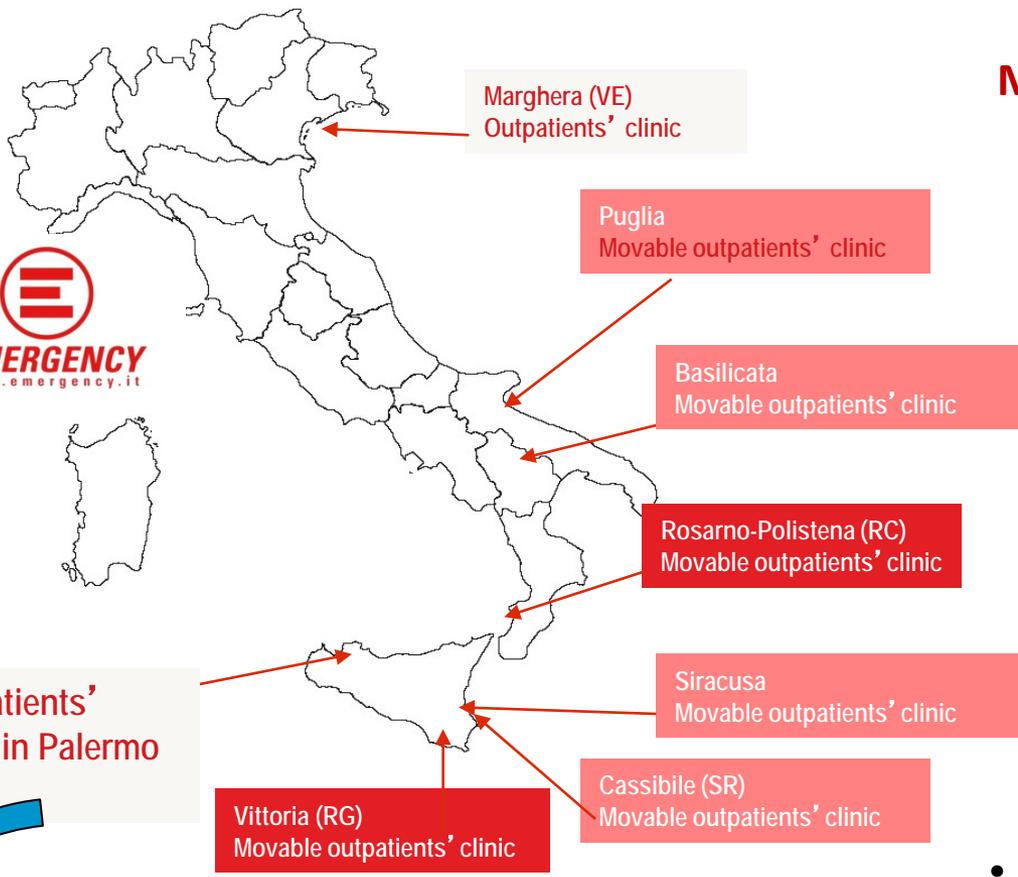


“ST34” clade

10 years ago – 10%

Today – 5% of the isolated





Outpatients' clinic in Palermo

AREAS



General medicine, dentistry, cardiology, obstetrics and gynaecology, otolaryngology, pediatrics, infectious diseases, breast unit, psychiatry, psychology, health education and prevention, health and social orientation

Major barriers to use the Healthcare System

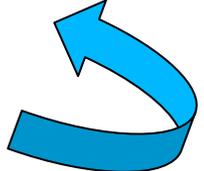
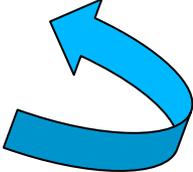
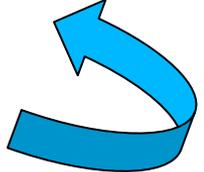
- LINGUISTIC-CULTURAL
- MISUNDERSTANDING WITH HEALTHCARE SYSTEM
- LACK OF KNOWLEDGE OF THE TERRITORY
- SCARCE KNOWLEDGE OF OWN RIGHTS

Patients **9.763**
Examinations **59.650**

Patients

- Illegal foreigners
- Legal foreigners
- European citizens with employment
- European citizens without employment
- Italians with economic difficulties

The outpatients' clinic of Palermo was founded in April 2006 in agreement with the ASL in Palermo that allows to use the regional prescription system and works in synergy with the local health facilities





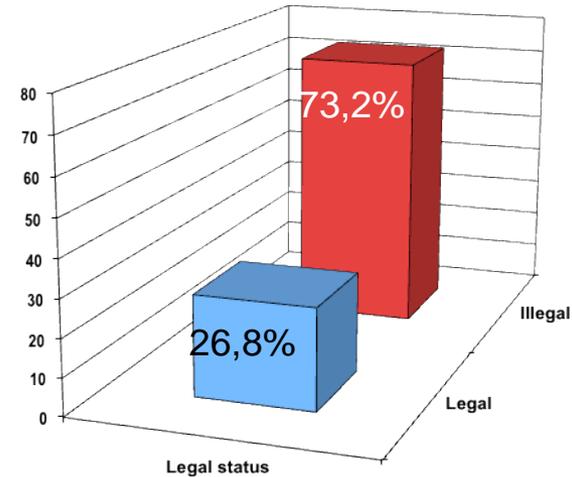
SIMM

Outpatients' clinic for migrants at the AOUP University Hospital in Palermo

Contributed by Dott. Mario Affronti

ICD9-CM	%
Gastroenteric diseases	17,0
Infectious diseases	14,8
Genitourinary diseases	11,0
Metabolic/endocrine diseases	10,9
Muskuloskeletal diseases	10,2
Heart diseases	9,9
Neurological diseases	7,5
Respiratory diseases	6,5
Skin diseases	2,6
Psychiatric diseases	2,1

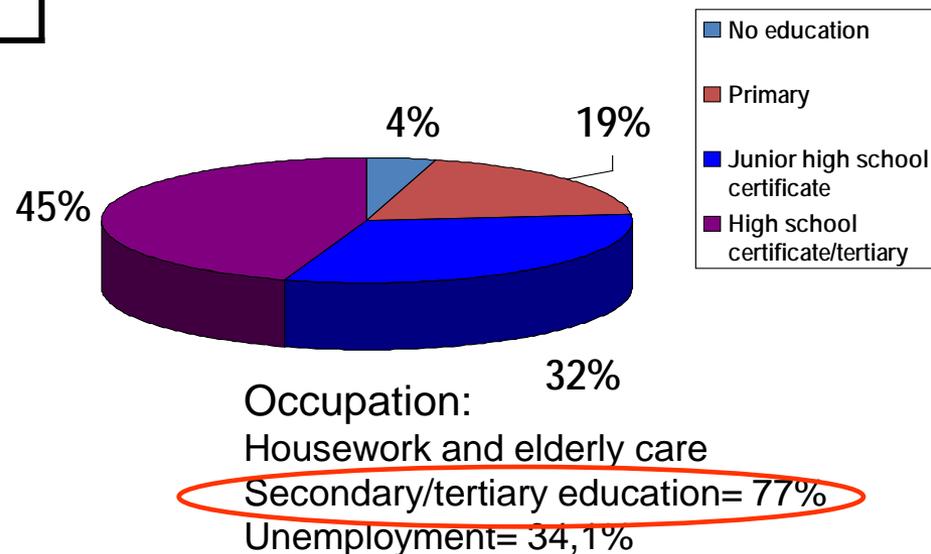
DH during 2004-2010
Sample: 1,758 patients



in half of cases, immigrants arrive in the outpatients' clinic for migrants after at least 2 years since they arrived in Italy

First examination	%
</= 1° year	20%
> 1° year	30%
> 2° year	50%

“well-being interval”



Regional experiences: Lombardy



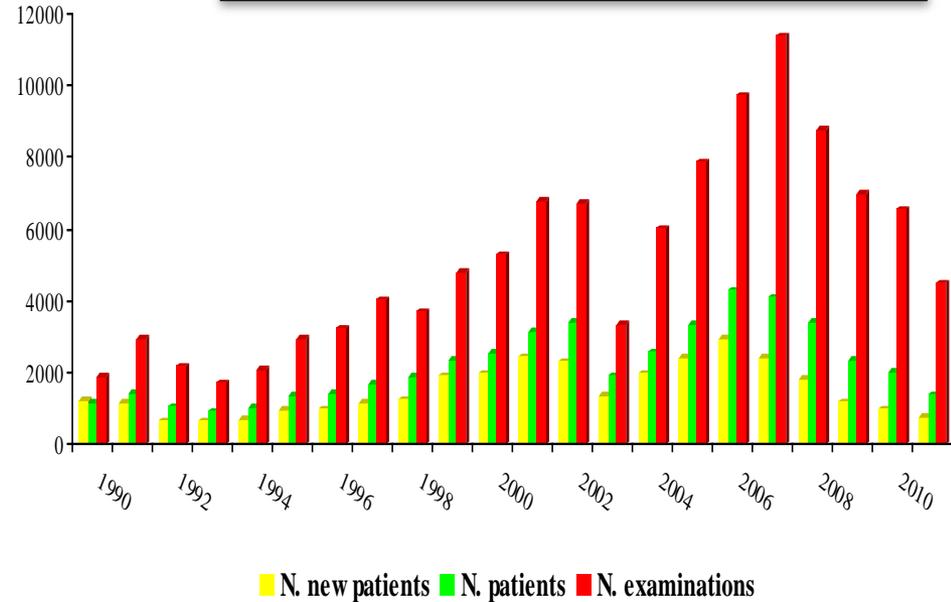
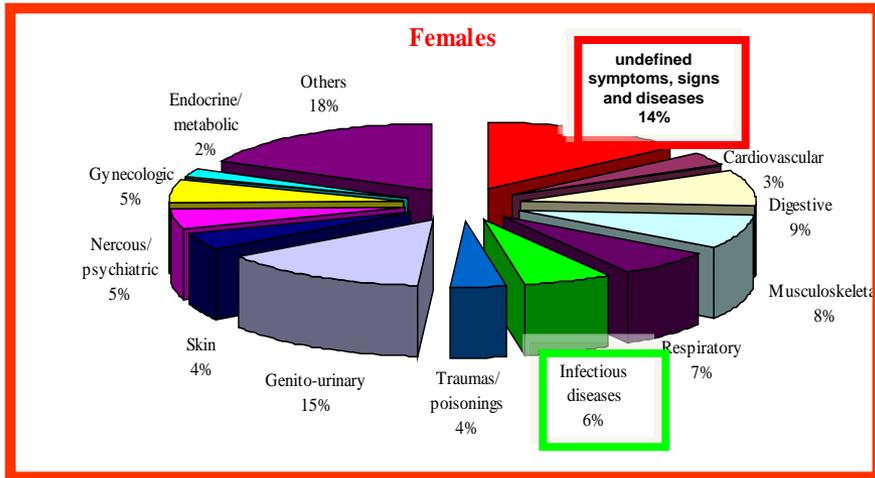
Trend of patients and medical examination

Outpatients' clinic for immigrants

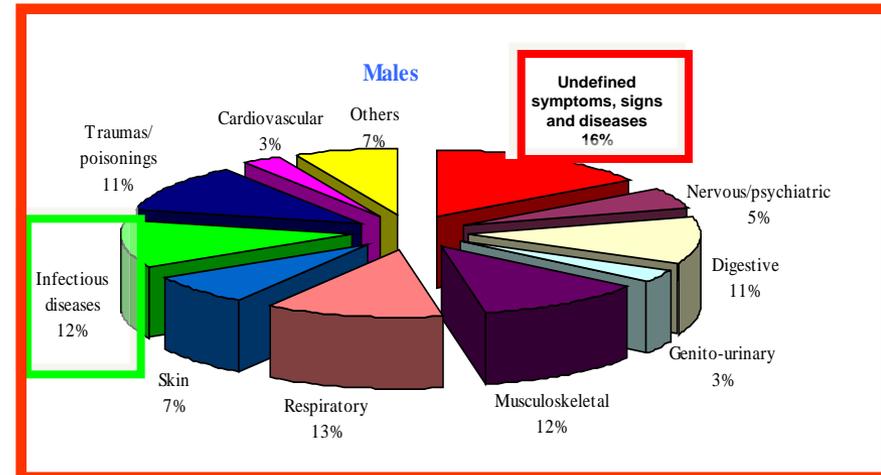
from 1990 to 2011



n. total patients 33.500
n. total examinations 111.200



Healthcare needs in these migrants suggest once more again the main importance of overtaking linguistic/cultural barriers





Regional experiences: Veneto

AZIENDA ULSS 20 DI VERONA
Department of Prevention

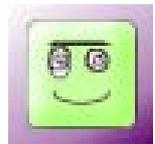
The Rom Project
Contributed by Dr Massimo Valsecchi

In Verona a **Roma** group of more than 150 people (half of them <12 years),
At the end of 2010 was targeted with a programme of approaching vaccination,
together with the **ONLUS Medici per la Pace**, including:

- Call of the familial nucleus and collection of their health documents
- Reservation of an appointment with the doctor of the District
- Vaccination proposals and administration

Three main groups could be identified...

First group (the responders)



Who accomplished children vaccination including the proposal acceptance for one of the parents

Subjects vaccinated
from 16.12.2010 to 21.04.2011

Age	0-12	13-18	19-30	30-40	Total
Females	7	3	14	2	26
Males	19	2	3	4	28
Total	26	5	17	6	54

Second group (the skepticals)



- Open a personalized dialogue by using the counselling techniques.
- Underline their possibility to get all the information useful for health facilities needs
- Define personalized schedules, if requested
- Illustrate the safety context of vaccination and discuss the real risk of adverse reactions
- Provide information about infectious diseases trend in areas not covered by vaccinations.

Third group (the resistants)



Characteristics

- Ideologically motivated, medium/high social level, hostility towards public health operators.
- Connected to specialized and oriented information circuits.
- Often graduated and with a role of healthcare leadership played by the female element.
- Vaccination opposition as part of a refusal of different technological aspect of our world.

Objectives

- Open a dialogue dampening any hostilities, showing interest for their choices.

Actions

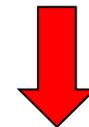
- Provide information on vaccinations, adverse reactions and potential of epidemics (e.g. news sent by e-mail).
- Provide, in any case, the possibility of partial vaccinations.
- In case of refusal, contact directly the children when they reach the legal age.

OUTPATIENTS' CLINIC FOR ILLEGAL IMMIGRANTS



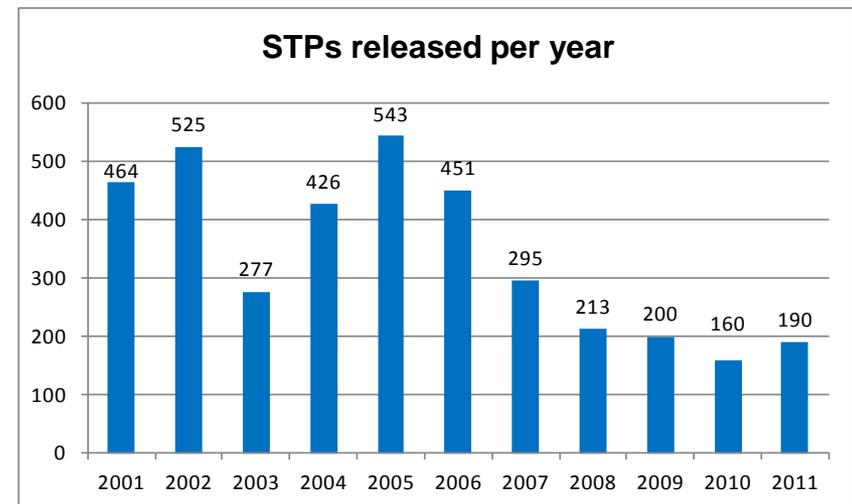
Contributed by
Dr. Antonio Ferro

- Launched at the ULSS17 (Este-Pd) since 1991
- From March 2010 implements a STP code (Temporarily Present Foreigner) in all Districts, with national validity and duration of 1 year (renewable)



First examination

- Collecting health history and social-hygienic conditions
- Preventive visit and blood test prescription to check overall health and presence of any infectious diseases
- Performing Mantoux tests to exclude pulmonary infectious diseases



Regional experiences: Tuscany



Contributed by
DR. Luigi Ricci
ASL PRATO

IMMIGRATION

- > 30,000 subjects during less than 15 years;
- more than 10,000 Chinese
- a large majority irregular



HEALTH DEMAND

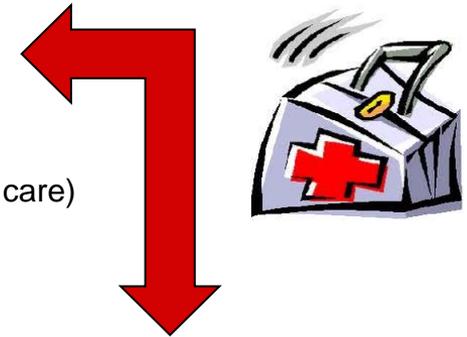
TERRITORIAL MEDICINE



Offer strategies

Promotion of registration to NHS Patients Roster
Dedicated outpatients' clinics (infectious diseases, vaccines, primary care)
Communication and cultural mediation

EMERGENCY MEDICINE

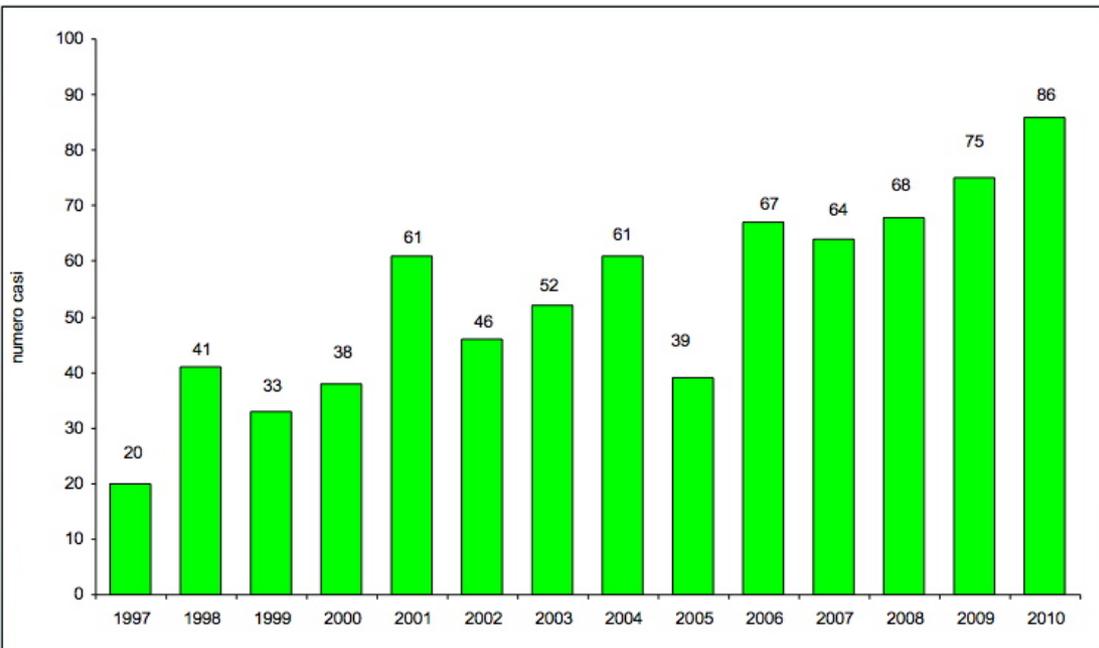


Vaccine compliance:

>30% of all vaccinated children are foreigners
Emergence of infectious diseases: tb, hepatitis
Overcrowding, poor life hygienic conditions

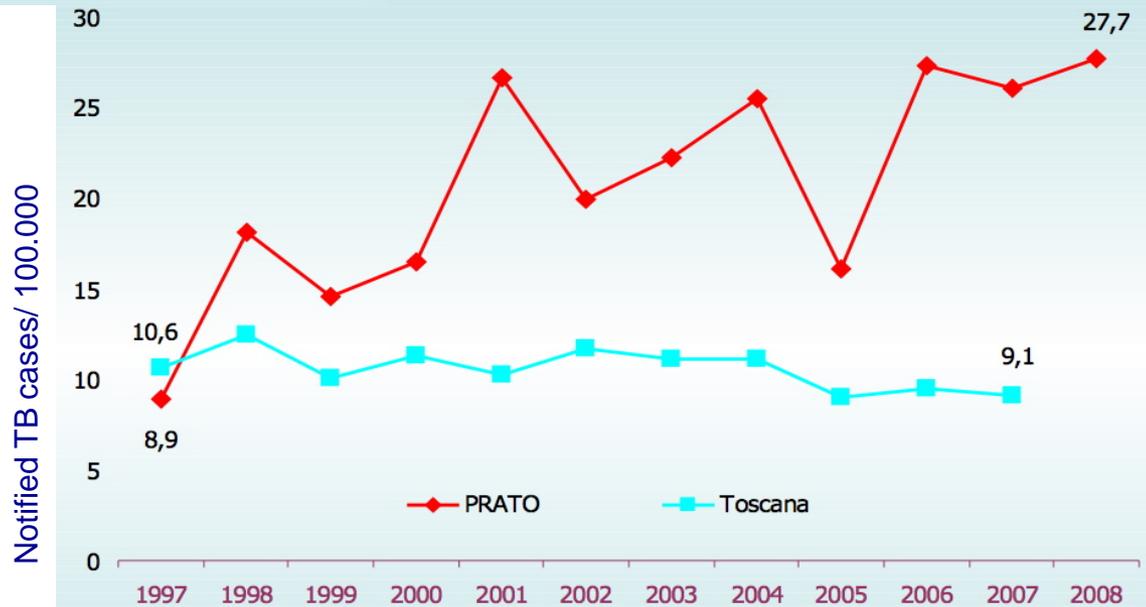
The hospital takes care of about 5,900 foreigners /year
Highest rates for infectious diseases
Ethnicity: 52% Chinese

TB is a main problem in Prato

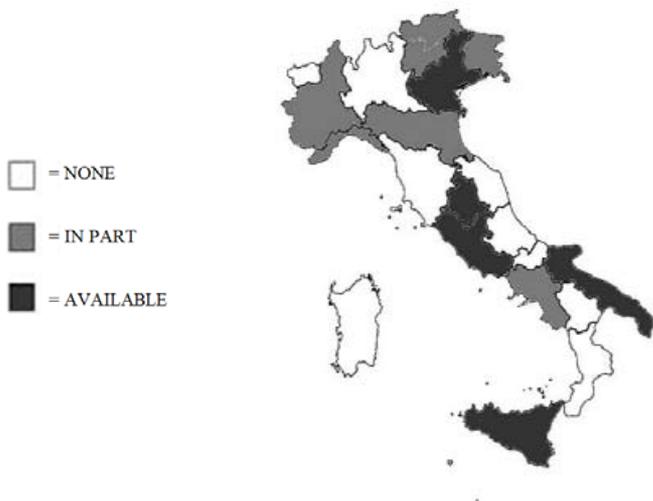


TB cases increase by year among immigrants and...

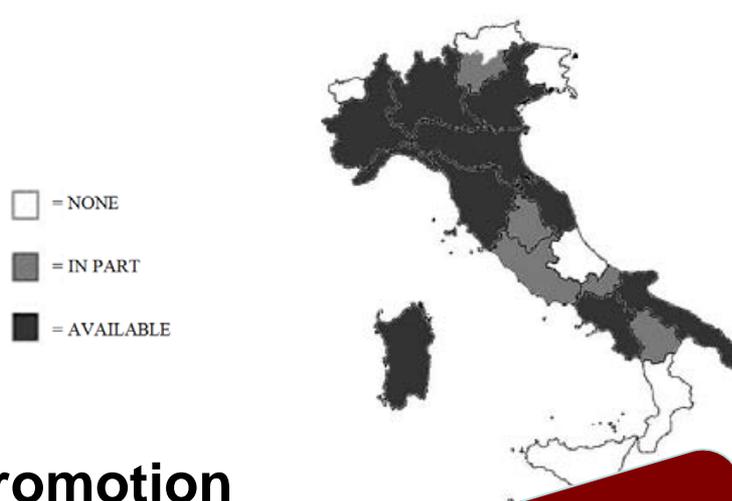
...clearly exceed those notified among general Tuscany population



Guidelines



Need assessment



Health Promotion

Guidelines for standardizing the health offer according to the national regulatory



A broad disomogeneous actions on the territory

Health prevention and promotion actions guidelines addressed to immigrants

LE VACCINAZIONI NEL MIGRANTE: BISOGNI DI SALUTE E ASPETTI ORGANIZZATIVI.

Paolo Castiglia^(1,2), Mario Affronti⁽³⁾, Zeno Bisoffi⁽⁴⁾, Paolo Bonanni^(2,5), Giorgio Chiamenti⁽⁶⁾, Issa El-Hamad⁽³⁾, Marco Ercolani⁽⁷⁾, Antonio Ferro^(2,8), Salvatore Geraci⁽⁹⁾, Giuseppe La Torre^(2,10), Vincenzo Nicosia⁽¹¹⁾, Ruggero Panebianco⁽⁷⁾, Gabriella Pasciullo⁽⁷⁾, Carmelo Scarcella^(2,12), Francesco Vitale^(2,13)

(1) U.O. di Igiene – Dip. di Scienze Biomediche, Università di Sassari; (2) SItI - Società Italiana di Igiene; (3) SIMM- Società Italiana Medicina delle Migrazioni; (4) SIMET- Società Italiana Medicina Tropicale; (5) Dip. di Sanità pubblica, Università di Firenze; (6) FIMP-Federazione Italiani Medici Pediatri; (7) Glaxo Smith Kline; (8) ULSS 17 Este; (9) CARITAS-Area sanitaria; (10) Sezione di Medicina Clinica e Sanità Pubblica, Dip. di Medicina Sperimentale, Università "La Sapienza" di Roma; (11) SIMVIM- Società Italiana Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni; (12) ASL Brescia; (13) Scienze per la Promozione della Salute "G.D'alessandro", Università di Palermo
Corrispondenza: paolo.castiglia@uniss.it

Work team including the representatives of the main scientific associations and societies, involved in immigrants health policies, with the aim of:

- 1) Making the point of situation in order to identify the vaccination needs in the immigrant population (of adults and children) and the intervention priorities on the basis of the population typology and the local context;
- 2) Delineating a proposal of vaccine schedule, which could serve as a model for the different local realities;
- 3) Producing documentation aimed to share the knowledge in the field.

Risultati: I risultati preliminari del lavoro mettono in luce da un lato le resistenze culturali delle popolazioni migrante ed ospitante ad una integrazione in grado di superare una visione esotistica del fenomeno, dall' altro, l' elevata variabilità dei bisogni che rende ragione della complessità del problema e che ha finora impedito di delineare un modello unico di interventi di profilassi. Nel complesso si possono semplificare due modelli principali: l' uno orientato alle popolazioni migranti che affluiscono dal nord Africa e che dal punto di vista vaccinale non differiscono significativamente dal nostro calendario; l' altro per le popolazioni affluenti dai paesi dell' Est, caratterizzate da continui spostamenti sul territorio, difficile tracciabilità e più importanti carenze nelle coperture vaccinali.

Conclusioni: In prosieguo del lavoro si procederà a validare modelli di intervento (Unico oppure Misto= Dip. di Prevenzione + Associazione) per l' offerta vaccinale ed a produrre la documentazione informativa ritenuta necessaria. In conclusione, l' OMS definisce l' equità come "accessibilità, qualità e accettabilità delle cure sull' intera popolazione"; in questo senso, la vaccinazione dei migranti deve essere intesa come un' azione doverosa ai fini dell' uguaglianza nella soddisfazione delle necessità marginali (concetto di equità verticale) e questo nel rispetto del principio di equità del nostro SSN. Inoltre, ai fini della salute pubblica, essa risulta fondamentale per arginare un potenziale rischio di epidemie.



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

Vaccino	0-3m	3-11m	1-2 anni	3-11 anni	11-15 anni	15-18 anni	17-18 anni
DTPa	DTPa	DTPa	DTPa				
IPV	IPV	IPV	IPV				
Ecovet B	Ecovet B	Ecovet B	Ecovet B				
Hib	Hib	Hib					
MFRV				MFRV	MFRV	MFRV	MFRV
MFRV-V				MFRV-V	MFRV-V	MFRV-V	MFRV-V
POV**		POV**	POV**	POV**			
Mer C				Mer C		Mer C	Mer C
HPV							HPV
IFV				Influenza			
Rotavirus		Rotavirus					
Ecovet A				Ecovet A		Ecovet A	Ecovet A

STRATEGIE VACCINALI

TIPOLOGIE DI IMMIGRATI CONSIDERATE

- 1 Bambini extracomunitari adottati da famiglie italiane
- 2 Figli di immigrati nati nel paese di origine
- 3 Figli di immigrati nati in Italia
- 4 Bambini nomadi
- 5 Bambino immigrato viaggiatore

I BAMBINI EXTRACOMUNITARI ADOTTATI DA FAMIGLIE ITALIANE

- I certificati di vaccinazione: secondo dati della letteratura più recente, devono essere considerati poco attendibili. Indagini sierologiche su di un'ampia casistica di bambini adottati all'estero hanno dimostrato presenza di titoli anticorpali protettivi (soggetti responder) nella maggioranza dei casi verso difterite e tetano, mentre il 20% risultava "non responder" per uno o più dei seguenti vaccini : antiepatite B, morbillo ,rosolia, parotite.
- Causa della mancata risposta anticorpale può essere la non corretta conservazione o la somministrazione di vaccini scaduti, calendari vaccinali non corretti, scarsa risposta dell'ospite per malattie defedanti o grave denutrizione.
- Emerge la necessità nell'adozione internazionale, di sottoporre i bambini a verifica sierologica delle vaccinazioni certificate all'estero per poter formulare un appropriato calendario di vaccinazioni: in alternativa occorre iniziare il ciclo vaccinale dalla prima dose
(Decreto Ministeriale 01/ 04/ 99).

I FIGLI DI IMMIGRATI NATI NEL PAESE D'ORIGINE

Premesse

- I calendari delle vaccinazioni nei paesi in via di sviluppo sono differenti rispetto a quelli adottati in Italia, in ottemperanza alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- L'OMS, tenendo presenti le difficili situazioni logistiche in cui operano i servizi sanitari locali, la difficoltà di mantenere una ottimale catena del freddo, lo stato immunitario della popolazione infantile che si suppone deficitario per le malattie intercorrenti e la malnutrizione e l'impossibilità organizzativa di raggiungere tutti i bambini a età determinate, prevede nelle schedule vaccinali di questi Paesi molte più dosi per la vaccinazione antipolio, l'obbligatorietà per l'antitubercolosi, l'antipertosse e l'antimorbillo.
- I bambini provenienti da altri paesi, in Italia devono essere sottoposti al calendario delle vaccinazioni secondo le leggi attualmente in vigore, compresa la vaccinazione antiepatite A (possono infatti essere considerati appartenenti alla categoria a rischio quei viaggiatori che si recano frequentemente all'estero) e le vaccinazioni raccomandate.

I FIGLI DI IMMIGRATI NATI NEL PAESE D'ORIGINE

Protocollo operativo

- Se il bambino non è stato mai vaccinato, deve essere iniziato un ciclo vaccinale completo come previsto dal calendario vigente.
- Se la documentazione delle vaccinazioni già eseguite è assente o non affidabile deve essere fatta una ricerca anticorpale per tetano, che dà delle indicazioni anche sulle altre vaccinazioni eseguite. Può anche essere accettabile la ripetizione delle vaccinazioni che eviti la necessità di effettuare ed interpretare i test anticorpali.
- Se le vaccinazioni sono incomplete o irregolari è opportuno il seguente comportamento:
 - Per antipolio tipo Sabin: si termina lo schema con il Polio Salk (senza problemi di intervalli fra le dosi);

I FIGLI DI IMMIGRATI NATI NEL PAESE D'ORIGINE

- Per DTP: completare il ciclo;
- Per anti-morbillo, rosolia e parotite: proposta attiva dai 12 mesi senza limite d'età ove non vi sia documentazione di avvenuta malattia, o della somministrazione di due dosi dopo l'anno.
- In caso di unica dose, somministrare una seconda dose.

IFIGLI DI IMMIGRATI NATI NEL PAESE D'ORIGINE

- Utile un ciclo di anti-Hibe anti-epatite B per immigrati da Paesi in cui non vi sia offerta attiva di tali vaccinazioni.
- Per BCG: allo stato attuale delle conoscenze in Italia è ritenuta, da sola, inadeguata alla prevenzione della tubercolosi, utile solo per la prevenzione delle forme gravi (miliare e meningea)

BAMBINI NOMADI

PREMESSE

I bambini nomadi rappresentano una tipologia a parte per la problematica vaccinale, in quanto molto spesso sono senza fissa dimora e necessitano quindi di un intervento di ricerca attiva.

Il presente protocollo è stato elaborato sulla base di una esperienza concreta del Dipartimento di Prevenzione dell' Azienda ULSS di Verona in collaborazione con l'associazione dei Medici per la Pace

BAMBINI NOMADI

Si suggerisce la seguente modalità operativa:

- chiamata per nuclei familiari
- raccolta della documentazione inerente a ciascun nucleo
- prenotazione appuntamento presso il Servizio Vaccinale che effettuerà una attenta analisi della documentazione e successivamente presenterà le proposte vaccinali ed effettuerà la somministrazione dei vaccini;

Nella scelta dei vaccini da somministrare verrà data la seguente priorità:

- Esavalente
- DT/DTP/DTP-IPV, a seconda del caso
- Meningococco C e pneumococco
- MPR-Varicella
- HPV alle bambine dai 10 anni d'età.

BAMBINI NOMADI

Tutti i vaccini saranno offerti gratuitamente.

Su questa popolazione è di scarsa utilità la ricerca anticorpale prevaccinale; nel dubbio si proceda con la vaccinazione.

E' opportuno nel corso della campagna verificare lo stato vaccinale della popolazione adulta nomade.

IL BAMBINO IMMIGRATO VIAGGIATORE

PREMESSE

Si devono sempre tener presente due aspetti:

- il bambino immigrato viaggiatore normalmente ha perso la protezione anticorpale e i booster naturali d'infezione del Paese di origine, e quindi paradossalmente è piu' esposto in quanto i genitori non hanno la percezione del rischio a cui sottopongono il minore e a volte se stessi (vedasi in particolare per la Malaria)
- normalmente la tipologia di viaggio non è turistica, ma si svolge in condizioni non protette e in situazioni abitative di disagio e forte esposizione a rischi ambientali e infettivi

IL BAMBINO IMMIGRATO VIAGGIATORE

In linea di massima deve essere in regola con il Calendario vaccinale ed inoltre si consiglia:

- **Epatite A**

Esiste un vaccino antiepatite A, efficace e sicuro. Esso è già efficace dopo 15-30 giorni dalla somministrazione di una singola dose ma, per avere una immunità superiore e più duratura, è consigliabile eseguire una seconda dose dopo 6-12 mesi. Non sono necessari ulteriori richiami Il vaccino è registrato per l'utilizzo nei soggetti al di sopra di 1 anno di vita, anche se vi sono ampie dimostrazioni di un suo possibile uso già nel primo anno di età senza alcun problema. Nei più piccoli, comunque, la prevenzione può essere fatta somministrando gamma-globuline, a dosaggio diverso a seconda della durata della permanenza nelle zone a rischio;

IL BAMBINO IMMIGRATO VIAGGIATORE

- **Epatite B**

Esiste un vaccino antiepatite B che va somministrato in tre dosi secondo una schedula 0, 1, 6 mesi, ma in casi di necessità è anche possibile effettuare una “schedula accelerata” 0, 7, 21 giorni che garantisce, comunque, una protezione dell’80% contro l’epatite B. In realtà, in pediatria e nell’adolescente il problema della prevenzione dell’epatite B per i viaggiatori non esiste perché tutti i soggetti che rientrano in queste categorie dovrebbero essere immuni. Di fatto, per la legge in vigore dal 1992, tutti i soggetti che hanno età compresa tra 1 e 32 anni dovrebbero essere stati vaccinati.

- **Morbillo Parotite Rosolia**

Per quanto concerne il vaccino combinato antimorbillo-parotite-rosolia, esso può essere effettuato senza previa valutazione anticorpale, qualora non vi sia documentazioni di avvenuta malattia o della somministrazione di due dosi dopo l’anno. In caso di unica dose, somministrare la seconda dose. Si tenga presente che nei PVS il morbillo è una malattia frequentemente letale.

- **Fonte: Ferro A., Chiamenti G. IJPH 2011; 3 (suppl.3): S39-S47**

IL BAMBINO IMMIGRATO VIAGGIATORE

- **Febbre Tifoide**

Esistono due tipi di vaccini: il più diffuso è il vaccino orale che prevede la somministrazione di una capsula al giorno per tre-quattro giorni alterni; esiste poi un vaccino iniettivo da somministrarsi in unica dose. Il vaccino orale può essere usato solo dopo i 6 anni, quello iniettivo anche dopo i 2. Al di sotto di queste età l'unica misura preventiva è la massima igiene personale e degli alimenti.

- **Febbre gialla**

L'unica prevenzione efficace è rappresentata dalla vaccinazione, che deve essere effettuata almeno 10 giorni prima della partenza e che assicura protezione totale. Il vaccino è ben tollerato dopo i 9 mesi di vita mentre può associarsi alla comparsa di encefalite prima dei 4 mesi. Ciò significa che non può essere somministrato al di sotto di questa età, mentre la decisione di effettuare la vaccinazione tra i 4 e i 9 mesi deve essere soppesata alla luce di una corretta valutazione del rapporto rischio – beneficio.

IL BAMBINO IMMIGRATO VIAGGIATORE

- Colera

Del tutto recentemente, è stato commercializzato un vaccino che contiene, oltre alle cellule batteriche uccise, anche una componente della tossina colerica, vale a dire della causa principale della diarrea. Questo vaccino si è dimostrato efficace e sicuro e può essere utilizzato anche nei bambini di età superiore a 2 anni. Nei soggetti di età compresa tra 2 e 6 anni la dose da utilizzare è inferiore a quella prevista per i soggetti più grandicelli, per i quali valgono gli stessi dosaggi dell'adulto. Sotto i 2 anni non esiste prevenzione vaccinale e possono soltanto essere attuate le consuete misure di prevenzione basate sull'igiene personale e dei cibi.

- Meningite e Sepsi meningococcica

Utile a coloro che vanno alla Mecca e, in genere, nell'Africa sub-Sahariana, la prevenzione va effettuata con il vaccino coniugato tetravalente attivo contro i sierogruppi A, C, Y, W-135

IL BAMBINO IMMIGRATO VIAGGIATORE

- **Encefalite Giapponese**

Esiste un vaccino che viene consigliato a coloro che vanno per lunghi periodi (almeno 30 giorni) nelle zone a rischio. Poiché non vi sono dati certi sulla sua sicurezza e tollerabilità nel lattante, il vaccino si somministra solo dopo l'anno, in quantitativi dimezzati fino a 3 anni, con 3 dosi ai giorni 0, 7 e 30 in modo da concludere il ciclo almeno 10 giorni prima della partenza.

- **Rabbia**

Esistono immunoglobuline specifiche ed un vaccino. L'uso di questi preparati dipende dalle caratteristiche degli animali. Il vaccino non si può usare sotto l'anno e il ciclo protettivo comporta 3 dosi ai giorni 1, 7 e 28. Da utilizzare solo in caso di morsicatura post – esposizione.

- **Diarrea del Viaggiatore**

Rotavirus? (anche se solo fino a 6 mesi)

Fondamentali infine delle raccomandazioni di tipo comportamentale!

LE VACCINAZIONI PER IL MIGRANTE ADULTO



- Offrire la vaccinazione **attivamente a tutta la popolazione adulta immigrata** previa effettuazione, se possibile, dei marcatori sierologici dell' HBV.
- Dare priorità alle **giovani donne immigrate in età fertile**.
- Qualora la donna fosse **ad elevato rischio di imminente infezione o non sia garantito il suo ritorno** 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.
- Particolare attenzione **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.

HBV
MPR
DTP
BCG
Epatite A

LE VACCINAZIONI PER IL MIGRANTE ADULTO



- Offrire la vaccinazione **a tutti gli immigrati** che non abbiano ricordo di aver contratto il morbillo
- Offrire in modo attivo la vaccinazione MPR **a tutte le donne in età fertile.**
- Attivare 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.
- Prevedere la **vaccinazione in situazioni di emergenza** con sovraffollamento di strutture di accoglienza qualora si evidenzino focolai epidemici di una qualunque delle tre malattie prevenute dal vaccino.

HBV
MPR
DTP
BCG
Epatite A

LE VACCINAZIONI PER IL MIGRANTE ADULTO



HBV
MPR
DTP
BCG
Epatite A

- 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**
- 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**
- Un **eventuale dosaggio degli anticorpi anti-tetano** può chiarire i casi in cui non sia certa l'effettuazione di un ciclo completo di immunizzazione.

LE VACCINAZIONI PER IL MIGRANTE ADULTO



- 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.**
- 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.

HBV
MPR
DTP
BCG
Epatite A

LE VACCINAZIONI PER IL MIGRANTE ADULTO



- Gli adulti dovrebbero **per la maggior parte essere immuni** per avvenuta infezione nei Paesi di origine nell'infanzia
- Il rischio di epidemie di epatite A **in comunità infantili** a partenza da casi di importazione in bambini infetti è molto ben documentato
- 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

HBV
MPR
DTP
BCG
Epatite A

Conclusioni (I) – aspetti organizzativi

- 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 normalmente 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 garantisca livelli essenziali adeguati

Conclusioni (II) – le vaccinazioni

- Campioni di popolazione evidenziano carenze riguardanti: epatite A-B, , rosolia, morbillo, e, in minor misura, difterite, tetano, pertosse e febbre tifoide
- 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 per produrre la documentazione informativa ritenuta necessaria.



FACTS BEYOND FIGURES

Communi-Care for Migrants and Ethnic Minorities
4th Conference on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe

21-23 JUNE 2012, UNIVERSITÀ BOCCONI, MILAN, ITALY



VACCINATIONS FOR IMMIGRANTS: HEALTH NEEDS AND ORGANIZATIONAL ASPECTS

Paolo Castiglia^a, Mario Affronti^b, Zeno Bisoffi^c, Paolo Bonanni^d,
Giampietro Chiamenti^e, Antonio Ferro^f, Salvatore Geraci^g, El
Hamad Issa^h, Giuseppe La Torreⁱ, Vincenzo Nicosia^l, Ruggero
Panebianco^m, Carmelo Scarcellaⁿ, **Francesco Vitale^o**

Indice**INTRODUZIONE**

Le vaccinazioni per il migrante: necessità ed opportunità per una sanità pubblica di valore
Giuseppe La Torre, Domitilla Di Thiene, Brigjd Unim, Chiara Cadoddu, Walter Ricciardi 51

CAPITOLO 1

Razionale, priorità, networking tra differenti attori ed expertise per la profilassi vaccinale del migrante
Paolo Castiglia 55

CAPITOLO 2

Il bisogno di salute e di prevenzione nel soggetto immigrato. Flussi migratori e patologie
Mario Affronti 58

CAPITOLO 3

Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombra
Salvatore Geraci, Issa El Hamad 514

CAPITOLO 4

La rete dei Centri di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni: ruolo nel confronto degli immigrati.
"Visiting Friends and Relatives" e prevenzione
Vincenzo Nicosizi, Silvio Calgarisa 521

CAPITOLO 5

Patologie infettive del migrante: la prospettiva ospedaliera. Epidemiologia e rischi connessi con le
condizioni sanitarie e di prevenzione
Zeno Bisoffi, Ruggaro Panobianco 523

CAPITOLO 6

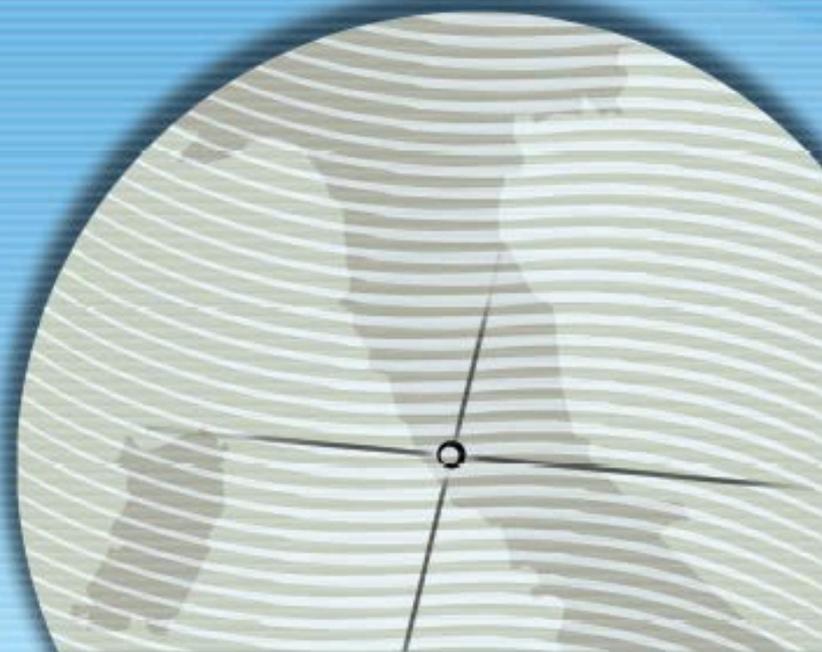
La profilassi vaccinale nella popolazione immigrata adulta: priorità e proposta di calendario
Francesco Vitale, Paolo Bonanni 534

CAPITOLO 7

La prevenzione nel bambino immigrato
Antonio Ferro, Giampaolo Chiamenti 539

CAPITOLO 8

L'esperienza del Servizio di Medicina del Disagio dell'ASL di Brescia
Carmelo Scarcella 548

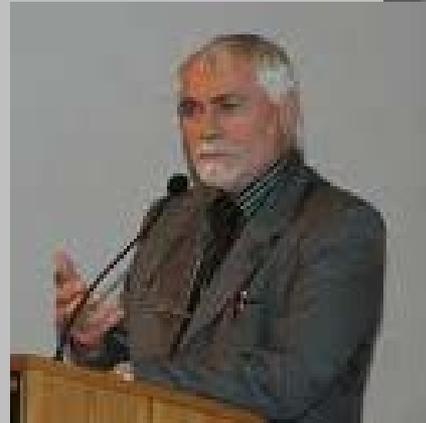


**LE VACCINAZIONI NEL MIGRANTE:
BISOGNI DI SALUTE E
ASPETTI ORGANIZZATIVI**

alle Istituzioni Italiane: l'OMS definisce l'equità come "accessibilità, qualità e accettabilità delle cure sull'intera popolazione"; in questo senso, garantire l'accesso alle vaccinazioni da parte dei migranti deve essere intesa come un'azione doverosa ai fini dell'uguaglianza nella soddisfazione delle necessità marginali (concetto di equità verticale) e questo nel rispetto del principio di equità del nostro SSN;

agli operatori sanitari: l'approccio al migrante per la prevenzione non deve essere un servizio di attesa, ma deve prevedere una metodologia di intervento attivo che privilegi l'incontro, l'ascolto e il dialogo, possibilmente con l'ausilio del mediatore culturale, e ogni occasione di incontro deve essere considerata opportuna per la promozione delle vaccinazioni;

ai migranti: dal nostro Paese si attendono protezione, libertà, dignità di trattamento, solidarietà e cure migliori, ma niente nel campo sanitario può aver maggior valore del libero accesso alla prevenzione.



GRAZIE PER LA VOSTRA ATTENZIONE