

LE VACCINAZIONI NEI MIGRANTI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e lo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) hanno sottolineato l'importanza di garantire anche ai migranti irregolari, ai rifugiati e ai richiedenti asilo un adeguato accesso alle vaccinazioni da parte dei Paesi ospitanti.

Pertanto, l'ECDC raccomanda che la valutazione dello stato vaccinale e della necessità di somministrare ulteriori vaccinazioni costituiscano parte integrante della risposta ai bisogni di salute dei migranti fornita al momento dell'arrivo. (1)

Recentemente anche il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 ha individuato tra i suoi obiettivi il contrasto delle disuguaglianze, attraverso la promozione di interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili. In questi gruppi di popolazione sono compresi anche i migranti irregolari, i rifugiati e i richiedenti asilo, che spesso hanno difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione e che, pertanto, dovrebbero essere oggetto di strategie e azioni ad hoc, al fine di tutelare la salute individuale e collettiva. (2)

Il PNPV 2017-2019 prevede il mantenimento dello stato *polio-free* attraverso l'adozione di misure atte a prevenire la re-introduzione di poliovirus selvaggio da Paesi con polio endemica o con epidemie in corso.

I soggetti infetti asintomatici (la cui frequenza è cento volte superiore ai casi manifesti di polio) possono eliminare il virus con le feci, fino a sei settimane dopo l'infezione. La vaccinazione antipolio dovrebbe essere considerata per bambini e adulti provenienti da paesi noti per l'esportazione di poliovirus (Afghanistan, Pakistan), da paesi endemici (Nigeria, Somalia) o da paesi che rimangono vulnerabili alla diffusione internazionale (Camerun, Guinea Equatoriale, Etiopia, Iraq, Israele, Siria). (2) Attualmente sono in vigore indicazioni per ridurre la diffusione internazionale di poliovirus selvaggi. (3), (4), (5)

I rifugiati sono stati individuati dall'OMS come uno dei gruppi a maggior rischio di epidemie di morbillo e la vaccinazione di massa con il vaccino morbillo-parotite-rosolia (MPR) rappresenta una delle azioni prioritarie da attuare per raggiungere entro il 2020, l'eliminazione di morbillo e rosolia dalla Regione Europea dell'OMS, come previsto dal Measles and Rubella Strategic Plan 2012-2020. (1) Tale obiettivo è condiviso dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019 che individua tra gli indicatori di monitoraggio il raggiungimento entro il 2019 di coperture $\geq 95\%$ con 2 dosi di vaccino antimorbillo, parotite e rosolia anche nella popolazione immigrata. (2)

Le seguenti indicazioni sono state elaborate ripercorrendo le procedure previste dai riferimenti nazionali e dalla letteratura internazionale, con lo scopo di favorire l'omogeneità dell'offerta vaccinale fornita dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL ai migranti ospitati sul territorio regionale.

In genere, come prova di avvenuta vaccinazione dovrebbe essere accettata solo la documentazione scritta. (6)

Nella pratica quotidiana si possono verificare due situazioni:

1. Vaccinazioni documentate: disponibilità di certificato vaccinale o analogha documentazione.

Se la documentazione vaccinale è disponibile e risulta rilasciata da uno Stato estero, si procede con la verifica dei dati, se necessario con il supporto di un mediatore culturale.

Spesso, il nome del vaccino è in un'altra lingua oppure il nome o i componenti del vaccino non sono familiari agli operatori sanitari. Di seguito si indicano alcune risorse online che possono risultare utili nella pratica clinica:

Traduzioni dei tipi di vaccini	www.immunize.org/izpractices/p5121.pdf www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/foreign-products-tables.pdf
Traduzioni dei nomi commerciali dei vaccini	http://www.immunize.org/resources/manufact_vax.asp

Dopo gli accertamenti, i dati devono essere registrati nell'archivio vaccinale della ASL e eventuali dosi di vaccino per la conclusione di cicli vaccinali incompleti o l'effettuazione di richiami mancanti, devono essere somministrate in base al calendario vaccinale vigente.

2. Vaccinazioni non documentate: assenza di certificato vaccinale o di analogo documentazione.

In caso di dubbio un soggetto con stato di immunizzazione non noto o incerto dovrebbe essere considerato suscettibile e immunizzato o testato. (1)

In genere la sierologia routinaria per una serie di malattie prevenibili con vaccino non è raccomandata prima dell'immunizzazione (7), poiché non disponibile per tutti i vaccini, non ritenuta affidabile per la valutazione dell'immunità indotta dal vaccino oppure perché il riscontro di immunità nei confronti di una malattia prevenibile con vaccino, non modificherebbe la necessità di ricevere un vaccino combinato.

Per la maggior parte dei vaccini, non si verificano eventi avversi associati alla somministrazione di ulteriori dosi a soggetti già immuni e comunque il beneficio supera il rischio di insorgenza di una reazione locale.

MINORI

Le indicazioni relative alle vaccinazioni dei minori presenti in questo documento sostituiscono quelle del precedente, protocollo n. 12822 del 03.05.2012 "Aggiornamento procedure per la vaccinazione dei minori immigrati o in stato di adozione internazionale".

Nel caso in cui il minore fosse sprovvisto della documentazione vaccinale rilasciata dallo Stato di provenienza è necessario procedere con l'accertamento dello stato immunitario; è accettabile accertare preliminarmente lo stato immunitario per tetano, con la titolazione anticorpale. Lo stato immunitario per il tetano può considerarsi indicativo dell'avvenuta immunizzazione anche per la difterite, poiché in genere la vaccinazione antitetanica è effettuata contestualmente alla vaccinazione antidifterica.

Prima di procedere con l'immunizzazione contro l'epatite B occorre accertare la presenza di anticorpi anti-HBs e la presenza dell'HBsAg.

La titolazione anticorpale sistematica per la valutazione dello stato immunitario nei confronti della poliomielite non è raccomandata, non ritenendola attuabile per difficoltà tecniche e organizzative e non sono giustificate titolazioni anticorpali per la valutazione dello stato immunitario per morbillo, parotite e rosolia.

Nei bambini di età inferiore a 7 anni recettivi per tetano dovrà essere applicata la scheda anti-DTPa in formulazione pediatrica.

Nei soggetti di età uguale o superiore a 7 anni recettivi per tetano dovrà essere somministrato il vaccino anti-dT in formulazione adulti per le prime due dosi (si raccomanda l'utilizzo del prodotto con l'indicazione di uso per il ciclo di base in scheda tecnica) e il vaccino anti-dTpa (che non è indicato per l'immunizzazione primaria) per la terza dose.

In assenza di documentazione relativa allo stato immunitario per poliomielite è raccomandata la somministrazione di un ciclo completo di vaccino antipolio Salk.

Nei minori recettivi per epatite B (AntiHbs <10 mUI/ml e HBsAg negativo) dovrà essere applicata la scheda anti-HBV raccomandata in formulazione pediatrica o in formulazione adulti (dal compimento dei 16 anni).

In assenza di documentazione vaccinale per morbillo, parotite e rosolia e varicella si procede con le rispettive vaccinazioni come da schedula vaccinale raccomandata.

Si precisa che l'infezione da HIV non è una controindicazione alla vaccinazione MPR per i bambini che non sono gravemente immunocompromessi. Secondo ACIP la vaccinazione è raccomandata per i bambini HIV positivi di età da 1 a 5 anni se la percentuale di linfociti T- CD4+ si è mantenuta pari o superiore al 15% per almeno sei mesi oppure per bambini di età superiore a 5 anni con conta di linfociti T- CD4+ maggiore o uguale a 200 cellule/ μ l per almeno sei mesi. (8), (9)

In assenza di documentazione vaccinale per meningococco C si procede con la somministrazione di una dose di vaccino anti meningococco C al 13°-15° mese o alla prima occasione utile. Se il minore è un adolescente di età pari o superiore ai 15 anni si procede con una dose di vaccino anti meningococco ACW135Y.

Nei Paesi in via di sviluppo ad alta prevalenza di infezione tubercolare l'OMS raccomanda una singola dose di vaccino BCG ai nuovi nati, pertanto la maggior parte dei bambini provenienti da queste zone risultano vaccinati (https://apps.who.int/immunization_monitoring/en/).

Stante l'efficacia incerta e peraltro limitata alla prevenzione delle forme disseminate di tubercolosi, il vaccino antitubercolare BCG non è indicato per un uso estensivo nei Paesi industrializzati a bassa incidenza della malattia come l'Italia.

L'offerta della diagnostica e delle vaccinazioni previste è gratuita.

Tabella 1. Vaccinazioni consigliate per il minore

	Vaccino	Numero dosi
Bambini o-6 anni	Epatite B	3 dosi
	DTPa (uso pediatrico)	4 dosi
	Polio inattivato (Salk)	4 dosi
	Hib	3 dosi; dopo l'anno di vita: 1 dose
	Pneumococco	3 dosi; tra 12 e 23 mesi: 2 dosi; dai 2 anni di vita: 1 dose
	Meningococco B	Schedula vaccinale secondo raccomandazioni regionali
	Meningococco C	1 dose al 13°-15° mese
	MPR	Prima dose dopo l'anno di vita; seconda dose a 5-6 anni
	Varicella	Schedula vaccinale secondo raccomandazioni regionali
Bambini o adolescenti 7-17 anni	Epatite B	3 dosi
	dTpa (uso adulti)	3 dosi
	Polio inattivato (Salk)	3 dosi
	Meningococco A, C, W135,Y	1 dose negli adolescenti
	MPR	2 dosi
	Varicella	Schedula vaccinale secondo raccomandazioni regionali
	HPV	Schedula vaccinale secondo raccomandazioni regionali

In sintesi le schedule vaccinali sono riportate nelle tabelle 1 e 2 rispettivamente per soggetti di età inferiore a 7 anni e pari o superiore a 7 anni.

Tabella 2. Schedule vaccinali per soggetti con età inferiore a 7 anni

	TETANO	POLIOMIELITE	EPATITE B	Ciclo vaccinale 3 dosi
STATO IMMUNITARIO	recettivo (-)	recettivo (-)	recettivo (-)	DTPa-IPV-HBV-Hib (vaccino combinato esavalente)
	recettivo (-)	recettivo (-)	immune (+)	DTPa-IPV
Bambini (0-6 anni)	recettivo (-)	immune (+)	recettivo (-)	DTPa +HBV
	recettivo (-)	immune (+)	immune (+)	DTPa
	immune (+)	recettivo (-)	recettivo (-)	HBV + IPV
	immune (+)	immune (+)	recettivo (-)	HBV
	immune (+)	recettivo (-)	immune (+)	IPV

Tabella 3. Schedule vaccinali per soggetti con età uguale-superiore a 7 anni

	TETANO	POLIOMIELITE	EPATITE B	Ciclo vaccinale 3 dosi
STATO IMMUNITARIO	recettivo (-)	recettivo (-)	recettivo (-)	1° e 2° dose: dT-IPV +HBV 3° dose: dTpa-IPV+HBV
	recettivo (-)	recettivo (-)	immune (+)	1° e 2° dose: dT-IPV 3° dose: dTpa-IPV
Bambini/adolescenti (7-17 anni)	recettivo (-)	immune (+)	recettivo (-)	1° e 2° dose: dT + HBV 3° dose: dTpa + HBV
	recettivo (-)	immune (+)	immune (+)	1° e 2° dose: dT 3° dose: dTpa
	immune (+)	recettivo (-)	recettivo (-)	HBV +IPV
	immune (+)	immune (+)	recettivo (-)	HBV
	immune (+)	recettivo (-)	immune (+)	IPV

Legenda

- DTPa** vaccino anti-Difterite-Tetano-Pertosse acellulare – formulazione pediatrica
IPV vaccino anti-Poliomielite Inattivato
HBV vaccino anti-Epatite B
Hib vaccino anti-*Haemophilus influenzae b*
dT vaccino anti-difterite-tetano - formulazione adulti
dTpa vaccino anti-difterite-tetano-pertosse acellulare - formulazione adulti
HPV vaccino anti-Papilloma virus

ADULTI

La valutazione dello stato vaccinale e l'eventuale inizio del ciclo vaccinale dovrebbero essere effettuati nella prima occasione utile considerando il tempo necessario per il completamento del ciclo primario anche in base ai potenziali trasferimenti ad altre sedi.

Morbillo, rosolia e poliomielite sono malattie candidate all'eliminazione, pertanto, nel soggetto adulto la vaccinazione nei confronti di queste patologie dovrebbe essere considerata una priorità (1), unitamente alla vaccinazione anti-diftotetanica e alla vaccinazione anti-HBV per i soggetti a rischio per patologia o per attività lavorativa.

Tabella 4. Vaccinazioni consigliate per l'adulto

Vaccino	Numero dosi	Tipo di vaccino
dT (uso adulti)	3 dosi	Dose 1: dT + IPV
Polio inattivato (Salk)	3 dosi	Dose 2: dT + IPV Dose 3: dTpa- IPV
MPR	2 dosi	
Epatite B	3 dosi	

Difterite e tetano

Gli adulti con anamnesi incerta per il ciclo primario di vaccinazione con dT devono iniziare la vaccinazione primaria. Un ciclo primario per adulti è composto da 2 dosi di vaccino contenente tetano e difterite (dT) e una terza dose con vaccino dTpa. Le prime due dosi devono essere somministrate a distanza di almeno 4 settimane l'una dall'altra e la terza dose 6-12 mesi dopo la seconda.

Poliomielite

Gli adulti con anamnesi incerta devono effettuare il ciclo completo con 3 dosi; le prime 2 dosi possono essere effettuate con vaccino anti polio monovalente contemporaneamente alla vaccinazione anti diftotetanica, la terza dose dovrebbe essere effettuata con il vaccino combinato dTpa-IPV (tabella 4).

Morbillo-Parotite-Rosolia

Gli adulti con anamnesi incerta devono effettuare il ciclo completo con due dosi somministrate a distanza di almeno 4 settimane.

Si rammenta che le donne gravide non dovrebbero essere vaccinate; sebbene non sia stato dimostrato che il vaccino causi danni fetali. La gravidanza non dovrebbe essere intrapresa prima che sia trascorso un mese dalla vaccinazione. Invece, la vaccinazione del bambino che convive con una mamma in gravidanza è ugualmente indicata perché il virus vaccinale (attenuato) non determina la malattia nei conviventi.

La somministrazione di vaccino MPR è controindicata nei soggetti gravemente immunocompromessi (immunodeficienze congenite o acquisite), considerando che l'infezione da HIV non è una controindicazione per i soggetti con conta dei linfociti T CD4+ superiore o uguale a 200 cellule/ μ L per almeno sei mesi. (8), (9)

Epatite B

La vaccinazione anti epatite B è consigliata esclusivamente ai migranti a rischio per patologia o per attività lavorativa (sulla base delle condizioni elencate nel PPPV 2013-2015), in particolare è raccomandata per i soggetti che svolgono attività di volontariato/ professionali che comportano il rischio di esposizione al virus dell'epatite B (es. attività di raccolta rifiuti urbani, attività in ambito sanitario, ecc.).

I migranti provenienti da Paesi a prevalenza di portatori cronici di HBV intermedia ($\geq 2\%$) o elevata ($\geq 8\%$), così come i soggetti a rischio di infezione da HBV dovrebbero essere testati prima di ricevere la vaccinazione. Infatti, i dati di letteratura indicano che l'impiego di test sierologici pre-vaccinali è economicamente vantaggioso per Epatite B (10), soprattutto negli adulti.

Ai soggetti suscettibili (soggetti negativi per HBsAg, anti-HBs e anti-HBc) dovrebbe essere offerta la vaccinazione. Per i soggetti HBsAg positivi la vaccinazione non è indicata.

I soggetti HBsAg negativi e anti-HBs positivi o anti-HBc positivi possono essere considerati immuni e pertanto non necessitano di vaccinazione.

Alcuni risultati positivi per anti-HBc sono falsi positivi (è il marcatore HBV falso positivo più comune). Le 4 possibili interpretazioni della positività isolata dell'anti-HBc sono descritte nell'ultima riga della tabella 5.

Tabella 5. Markers HBV

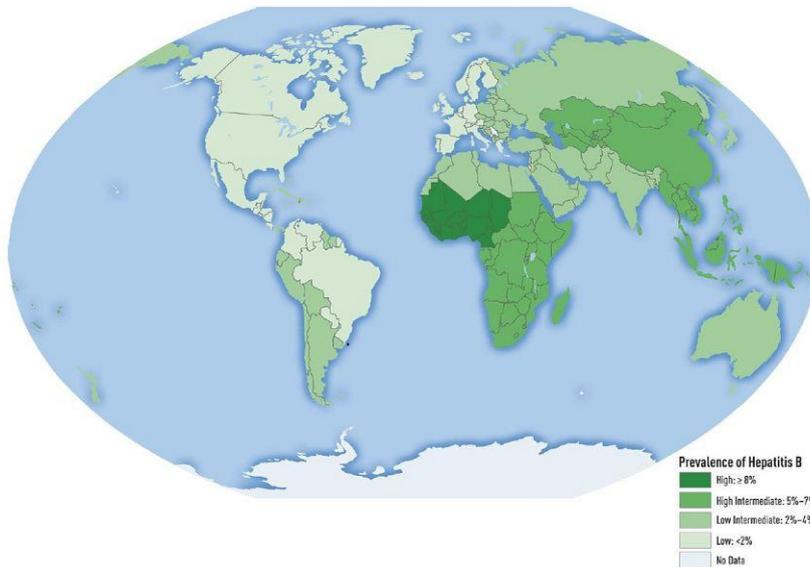
Test	Risultati	Interpretazione	Vaccinare?
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negativo negativo negativo	Suscettibile	Vaccinare se c'è l'indicazione
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negativo negativo positivo $>10\text{mUI/mL}^*$	Immune in seguito a vaccinazione	Vaccinazione non necessaria
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negativo positivo positivo	Immune in seguito a infezione naturale	Vaccinazione non necessaria
HBsAg anti-HBc IgM anti-HBc anti-HBs	positivo positivo positivo negativo	Infezione acuta	Vaccinazione non necessaria
HBsAg anti-HBc IgM anti-HBc anti-HBs	positivo positivo negativo negativo	Infezione cronica	Vaccinazione non necessaria
HBsAg anti-HBc anti-HBs	negativo positivo negativo	Vi sono 4 possibili interpretazioni*	Usare il giudizio clinico

* Le quattro possibili interpretazioni:

1. In via di guarigione dall'infezione acuta da HBV
2. Soggetto immune da infezione di vecchia data, ma il test non è abbastanza sensibile per rilevare un livello molto basso di anti-HBs nel siero
3. Soggetto suscettibile (si tratta di un anti-HBc falsamente positivo)
4. Infezione cronica con un livello non rilevabile di HBsAg presente nel siero

Soltanto la 3^a (soggetto suscettibile) prevede la somministrazione del vaccino.

Immagine 1. Prevalenza dell'infezione cronica da virus dell'epatite B negli adulti



Fonte:

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/infectious-diseases-related-to-travel/hepatitis-b>.

Ultimo accesso febbraio 2017

Il ciclo è composto da 3 dosi di vaccino ai tempi 0, 1 e 6-12 mesi. Qualora si sia immediatamente esposti al rischio di infezione, è possibile effettuare la vaccinazione con una schedula rapida a 4 dosi (0, 7, 21, giorni con booster dopo 12 mesi).

Inoltre è consigliabile considerare eventuali condizioni mediche o fattori di rischio tra cui asplenia, infezione da HIV, altre cause di immunosoppressione, malattie gravi o croniche che richiedono ulteriori vaccinazioni, secondo le indicazioni del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale 2013-2015, tabella "Soggetti a rischio per stato patologico" (pagina 8). (11)

Si raccomanda di registrare puntualmente tutte le vaccinazioni effettuate, sia nei bambini sia negli adulti, prendendo nota oltre che dei dati anagrafici del soggetto vaccinato anche del tipo e del lotto di vaccino e di rilasciare un documento attestante lo stato vaccinale del soggetto, nel formato del Certificato di Vaccinazione Internazionale (Libretto Giallo).

Eventuali eventi avversi a vaccinazione devono essere tempestivamente segnalati utilizzando l'apposita modulistica.

In un'ottica di Sanità Pubblica, in sinergia con i Medici Competenti, è consigliabile sensibilizzare gli operatori sanitari che lavorano a contatto con i migranti per garantire loro una protezione individuale e per prevenire l'introduzione di malattie infettive contagiose nel Paese ospitante.

Riferimenti

1. **European Centre for Disease Prevention and Control.** *Expert Opinion on the public health needs of irregular migrants, refugees or asylum seekers across the EU's southern and south-eastern borders.* Stockholm, 2015.
2. **Ministero della Salute.** *Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale- PNPV 2017-2019.*
3. **Ministero della Salute.** *Aggiornamento delle raccomandazioni di immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati dall'Africa settentrionale ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia.* 09/05/2014. Lettera circolare.
4. **Ministero della Salute.** *Diffusione internazionale di poliovirus selvaggi: aggiornamento delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.* 25/07/2014. Lettera circolare.
5. **Ministero della Salute.** *Diffusione internazionale di poliovirus selvaggi: aggiornamento delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a maggio 2016.* 22/06/2016. Lettera circolare.
6. **Centers for Disease Control and Prevention.** *Evaluating and Updating Immunizations during the Domestic Medical Examination for Newly Arrived Refugees.* 11 June 2015. [Online] <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/immunizations-guidelines.html>.
7. **Australian Technical Advisory Group on Immunisation.** *Australian Immunisation Handbook.* 10th edition. [Online] 2015. <http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/Handbook10-home>.
8. **Centers for disease control and prevention;** *Prevention of Measles, Rubella, Congenital Rubella Syndrome, and Mumps, 2013. Summary Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).* 2013. *Prevention of Measles, Rubella, Congenital Rubella Syndrome, and Mumps, 2013. Summary Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).*
9. **Centers for disease control and prevention,** *Measles. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases- The Pink Book: Course Textbook.* 13th Edition (2015), p. 209-230.
10. **Rossi C, Schwartzman K, Oxlade O, Klein MB, Greenaway C.** *Hepatitis B screening and vaccination strategies for newly arrived adult Canadian immigrants and refugees: a cost-effectiveness analysis.* [Online] 2013;8(10):e78548. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24205255>.
11. **Regione Piemonte.** *Piano piemontese di Prevenzione vaccinale 2013-2015.* Giugno 2016. [Online] http://www.seremi.it/documenti?type_1%5B%5D=normativa&field_condizione_tid=30.