

## Indice

### INTRODUZIONE

- Le vaccinazioni per il migrante: necessità ed opportunità per una sanità pubblica di valore**  
Giuseppe La Torre, Domitilla Di Thiene, Brigid Unim, Chiara Cadeddu, Walter Ricciardi ..... S1

### CAPITOLO 1

- Razionale, priorità, networking tra differenti attori ed expertise per la profilassi vaccinale del migrante**  
Paolo Castiglia ..... S5

### CAPITOLO 2

- Il bisogno di salute e di prevenzione nel soggetto immigrato. Flussi migratori e patologie**  
Mario Affronti ..... S8

### CAPITOLO 3

- Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre**  
Salvatore Geraci, Issa El Hamad ..... S14

### 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 Nicosia1, Silvio Caligaris2 ..... S21

### CAPITOLO 5

- Patologie infettive del migrante: la prospettiva ospedaliera. Epidemiologia e rischi connessi con le condizioni sanitarie e di prevenzione**  
Zeno Bisoffi, Ruggero Panebianco ..... S23

### CAPITOLO 6

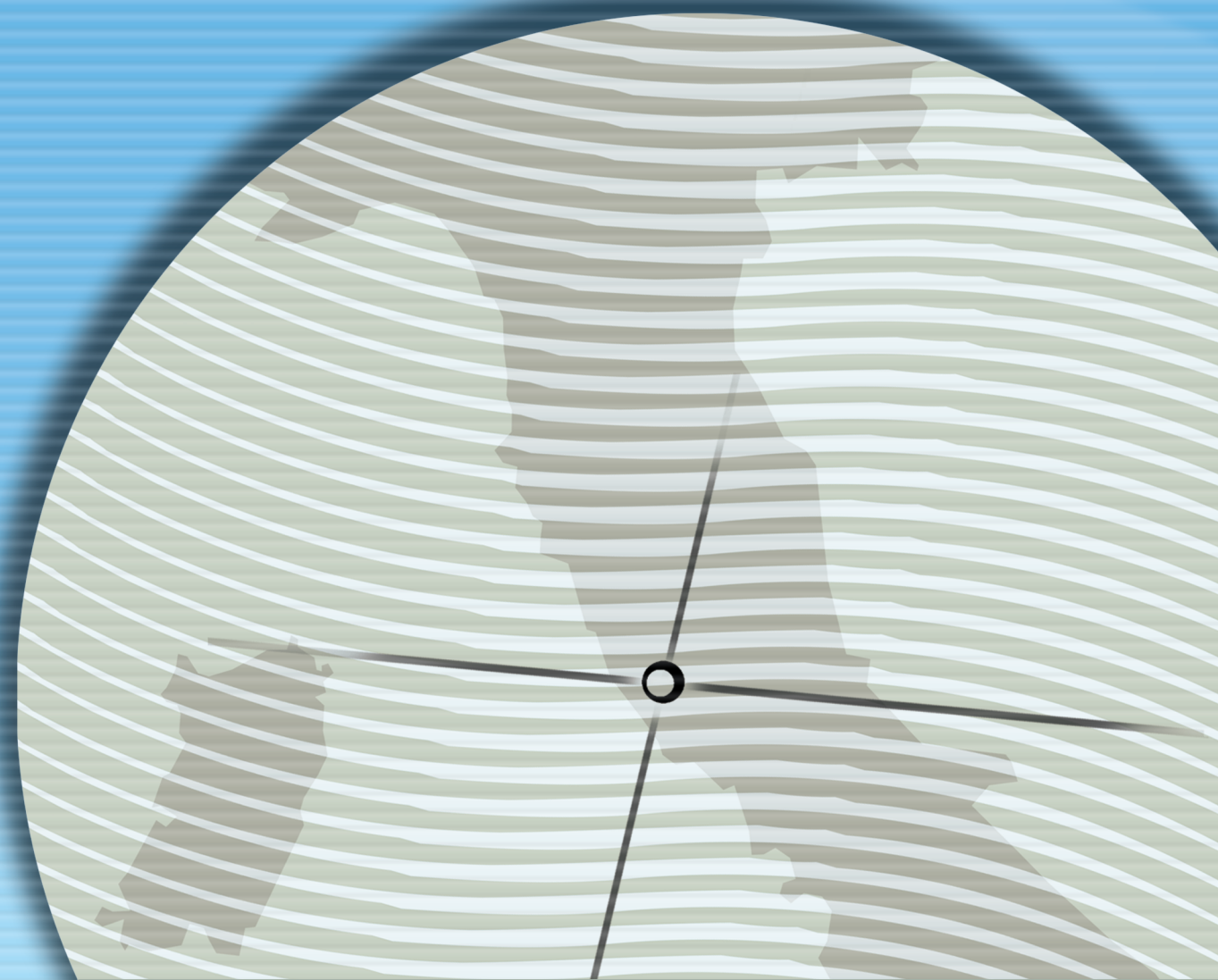
- La profilassi vaccinale nella popolazione immigrata adulta: priorità e proposta di calendario**  
Francesco Vitale, Paolo Bonanni ..... S34

### CAPITOLO 7

- La prevenzione nel bambino immigrato**  
Antonio Ferro, Giampietro Chiamenti ..... S39

### CAPITOLO 8

- L'esperienza del Servizio di Medicina del Disagio dell'ASL di Brescia**  
Carmelo Scarcella ..... S48

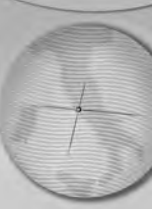


**LE VACCINAZIONI NEL MIGRANTE:  
BISOGNI DI SALUTE E  
ASPETTI ORGANIZZATIVI**

# ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

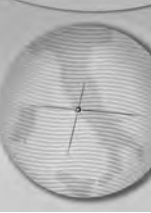
Year 9, Volume 8, Number 3, Fall 2011, Suppl. 3

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



IJPH - YEAR 9, VOLUME 8, NUMBER 3, SUPPL. 3, 2011

# ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH



# Table of Contents

## INTRODUZIONE

- Le vaccinazioni per il migrante: necessità ed opportunità per una sanità pubblica di valore**  
Giuseppe La Torre, Domitilla Di Thiene, Brigid Unim, Chiara Cadeddu, Walter Ricciardi ..... S1

## CAPITOLO 1

- Razionale, priorità, networking tra differenti attori ed expertise per la profilassi vaccinale del migrante**  
Paolo Castiglia ..... S5

## CAPITOLO 2

- Il bisogno di salute e di prevenzione nel soggetto immigrato. Flussi migratori e patologie**  
Mario Affronti ..... S8

## CAPITOLO 3

- Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre**  
Salvatore Geraci, Issa El Hamad ..... S14

## CAPITOLO 4

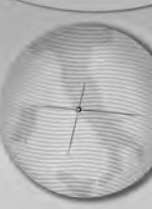
- La rete dei Centri di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni: ruolo nel confronto degli immigrati. "Visiting Friends and Relatives" e prevenzione**  
Vincenzo Nicosia<sup>1</sup>, Silvio Caligaris<sup>2</sup> ..... S21

## CAPITOLO 5

- Patologie infettive del migrante: la prospettiva ospedaliera. Epidemiologia e rischi connessi con le condizioni sanitarie e di prevenzione**  
Zeno Bisoffi, Ruggero Panebianco ..... S23

## CAPITOLO 6

- La profilassi vaccinale nella popolazione immigrata adulta: priorità e proposta di calendario**  
Francesco Vitale, Paolo Bonanni ..... S34



CAPITOLO 7

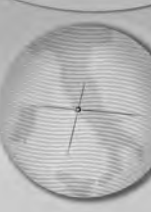
**La prevenzione nel bambino immigrato**

Antonio Ferro, Giampietro Chiamenti ..... S39

CAPITOLO 8

**L'esperienza del Servizio di Medicina del Disagio dell'ASL di Brescia**

Carmelo Scarcella ..... S48



## Le vaccinazioni per il migrante: necessità ed opportunità per una sanità pubblica di valore

Giuseppe La Torre<sup>1</sup>, Domitilla Di Thiene<sup>1</sup>, Brigid Unim<sup>1</sup>, Chiara Cadeddu<sup>2</sup>, Walter Ricciardi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; <sup>2</sup>Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Il fenomeno migratorio ha assunto una particolare rilevanza negli ultimi anni riportando in auge le problematiche riguardanti i bisogni di salute della popolazione immigrata, sia sul piano terapeutico che preventivo, e le scelte di politica sanitaria più adatte ai reali problemi degli stranieri.

L'Italia, a causa della sua posizione geografica e la mancanza iniziale di una legislazione in materia d'immigrazione, funge da porta verso l'Europa per migliaia d'immigrati dalla metà degli anni '80. Una concezione moderna del fenomeno migratorio ha evidenziato un aspetto che negli anni passati era pressoché assente: quello dell'accoglienza. Un'accoglienza attenta e adeguata dell'immigrato, legale o illegale che sia, è un'espressione di democrazia e di convivenza civile [1].

In base ai dati dell'ISTAT, gli stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2011 sono 4.570.317, 335.000 in più rispetto al 2010 (+7,9%). La quota di cittadini stranieri sul totale dei residenti (italiani e stranieri) continua ad aumentare; infatti, al 1° gennaio 2011 ha raggiunto il 7,5% rispetto al 7% registrato un anno prima. L'incremento del numero degli stranieri residenti nel corso del 2010 ha come componente principale l'immigrazione dall'estero (425 mila individui). L'altra componente è rappresentata dai 78.082 nati in Italia da genitori stranieri, che costituiscono il 13,9% del totale dei nati residenti e sono in leggero aumento (+1,3%) rispetto al 2009 [2].

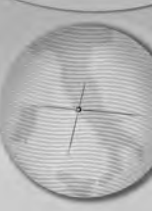
I report epidemiologici sullo stato di salute della popolazione immigrata in Italia hanno dimostrato che le malattie che interessano gli immigrati sono strettamente connesse ai sistemi di accoglienza e ai processi d'inclusione sociale messi in atto nel Paese ospite. Infatti, la maggior parte delle patologie sono legate alle scadenti condizioni abitative e lavorative, alle difficoltà di relazione e di socializzazione, al grado di accesso ai servizi sanitari. Il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari rappresenta una questione cruciale per la salute del migrante, l'accessibilità dipende prevalentemente dalla normativa, la fruibilità dalla capacità dei servizi di adeguare le risposte alle necessità dei nuovi utenti [3].

Sulla base di queste premesse, si è formato un Gruppo di Lavoro costituito da Esperti delle principali associazioni e società scientifiche interessate ai temi dell'immigrazione con l'obiettivo di:

- 1) fare il punto della situazione per identificare i bisogni medico-vaccinali nella popolazione immigrata (adulta e pediatrica) e le priorità d'intervento in base alla tipologia di popolazione e al contesto territoriale;
- 2) proporre un calendario vaccinale che possa fungere da modello per le diverse realtà territoriali;
- 3) produrre documentazione utile ai fini della divulgazione delle conoscenze nel settore.

L'obiettivo centrale è quindi la necessità di adottare politiche in grado di tutelare realmente la dignità, la salute e la qualità della vita dei migranti, in conformità con la Risoluzione del Parlamento europeo sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE (2010/2089 (IND)) [4].

Gli Stati membri sono invitati infatti a proseguire gli sforzi per risolvere le disuguaglianze socio-economiche, il che permetterebbe di risolvere alcune delle



disuguaglianze in materia di assistenza sanitaria. Inoltre, sulla base dei valori universali della dignità umana, della libertà, dell'uguaglianza e della solidarietà, gli Stati membri sono invitati a concentrarsi sulle esigenze dei gruppi vulnerabili, tra cui i migranti svantaggiati, le persone appartenenti a minoranze etniche, i bambini e gli adolescenti [4].

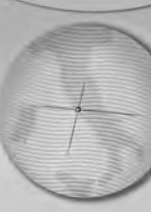
Per affrontare la tematica delle vaccinazioni nel soggetto immigrato, Esperti delle principali associazioni e società scientifiche interessate al problema (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - SItI, Società Italiana di Medicina Tropicale - SIMET, Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM, Società Italiana di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni - SIMVIM) si sono riuniti per produrre questo documento che identifica i bisogni medico-vaccinali nella popolazione immigrata sia adulta che pediatrica e definisce le priorità di intervento in base alla tipologia di popolazione, ai suoi bisogni specifici e al contesto culturale e territoriale. Questo lavoro risulta di fondamentale importanza, non solo perché è uno tra i primi a coinvolgere le più importanti società scientifiche impegnate nel settore immigrazione e Sanità Pubblica, ma soprattutto perché questo sforzo congiunto ha prodotto un documento i cui contenuti serviranno a diffondere le conoscenze e a promuovere il messaggio relativo alla promozione della cultura della prevenzione nell'ambito di tutte le azioni di assistenza ai migranti.

Il Gruppo di Lavoro, che si è impegnato in maniera parallela e con il contributo specifico nel settore di ciascun rappresentante, ha portato avanti un'analisi della realtà, suddivisa nei temi più interessanti relativi a migrante e vaccinazioni, quali il bisogno di salute e di prevenzione nel soggetto immigrato, l'accesso ai servizi sanitari e le problematiche connesse, la rete dei centri per la medicina dei viaggi e delle migrazioni, le patologie infettive nel migrante, la profilassi vaccinale nella popolazione immigrata adulta e infantile, l'implementazione della prevenzione vaccinale in soggetti immigrati. Tali argomenti sono stati affrontati seguendo uno schema strutturato, partendo dall'analisi dei bisogni di salute del migrante fino all'ipotesi di un percorso organizzativo per la realizzazione di interventi di vaccinoprofilassi, da discutersi in un prossimo futuro con le Istituzioni regionali. Questo approccio fa sì che il documento prodotto possa costituire la base scientifica per la definizione di interventi e politiche capaci di accompagnare e sostenere il migrante nel suo cammino di integrazione. Nella elaborazione del documento non solo sono state analizzate le specificità dei bisogni sanitari del migrante, ma come essi, insieme alla sua situazione economica, familiare e sociale, varino nel suo percorso dal momento dell'accoglienza a quello della compiuta integrazione, con situazioni diversissime, per esempio, riguardo a informazione, comunicazione, accesso, nell'ottica di dare piena attuazione a quanto previsto dall'analisi dell'impatto etico, sociale in una valutazione di health technology assessment delle vaccinazioni [5], che possa pienamente corrispondere alle esigenze della Sanità Pubblica [6]. Di conseguenza, come dettagliato nel documento, verso la fine di questo ciclo di interventi e politiche di "integrazione sanitaria" si dovrà evitare di costituire un'area separata e riservata, ma piuttosto man mano perdere di specificità e consegnare il migrante integrato, e la sua famiglia, all'ambito delle politiche sanitarie "standard".

Nel primo capitolo Paolo Castiglia, coordinatore del Gruppo di Lavoro sulla vaccinazione degli immigrati, elenca i punti di forza e le criticità del compito affidatogli, evidenziandone i risvolti sia sul versante sociale che su quello di sanità pubblica.

Come ricordato dal presidente della SIMM, Mario Affronti, l'Italia si caratterizza nell'intero contesto mondiale come il Paese a più alto tasso di crescita dell'immigrazione, con un incremento del 233% negli ultimi 10 anni. In base ai dati relativi alle SDO (Schede di Dimissioni Ospedaliere), forniti dal ministero della Sanità nel 2007 e riferiti all'anno 2005, i ricoveri di cittadini stranieri sono stati oltre 450.000 (pari al 3,6% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese), effettuati quasi esclusivamente in reparti per acuti e per il 73% in regime





ordinario. Le cause più frequenti di ricovero negli uomini sono i traumatismi (25,9%), mentre per le donne ben il 56,6% delle dimissioni ha riguardato i parti naturali e le complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio.

Nel capitolo “Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci ed ombre”, viene ricordato come la permeabilità dei servizi sanitari sia l’elemento determinante per garantire la tutela sanitaria, e, in ultimo, il contrasto alle disuguaglianze, tutela che in Italia vede ancora ritardi e mancanza di politiche coerenti per rispondere al complesso fenomeno della migrazione. È a livello regionale, considerato anche l’avanzato federalismo proprio in sanità, che bisogna guardare affinché il diritto formale (possibilità di accesso) garantito dalla legge si trasformi in diritto reale (fruibilità delle prestazioni). Un percorso di politiche di integrazione deve rendere lo straniero immigrato nel nostro Paese un cosciente e partecipe “nuovo cittadino, per passare dalla fase di advocacy (impegnarsi in difesa di, a sostegno per) a quella di empowerment (impegno diretto e consapevole degli interessati).

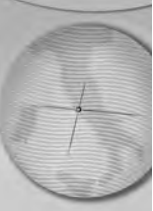
Nicosia, presidente SIMVIM, sottolinea come negli ultimi anni i viaggiatori più vulnerabili a patologie d’importazione quali malaria, epatite A ed E, tifo e colera sono i cosiddetti VFR (Visiting Friends and Relatives), cioè coloro che, immigrati da tempo, decidono di tornare temporaneamente nei luoghi d’origine in visita ad amici e parenti. In particolare i bambini di questo sottogruppo di viaggiatori sono a rischio elevato per patologie come malaria, epatite A ed E. Appare quindi di importanza fondamentale indirizzare queste persone ai Centri di Medicina dei Viaggi che sono attivati nelle Aziende Sanitarie di ogni regione dove vengono fornite informazioni sui comportamenti da adottare, consigliate ed effettuate le vaccinazioni (epatite A e B, tifo, colera, febbre gialla, meningite, etc.) e consegnata la profilassi antimalarica più idonea in relazione all’area geografica.

Nel quinto capitolo, “Patologie infettive del migrante”, si ribadisce che il controllo adeguato delle malattie infettive è un dovere etico, ma che il rischio rappresentato dagli immigrati per la popolazione autoctona è trascurabile, contrariamente a talune enfattizzazioni mediatiche. Dall’analisi dei ricoveri del 2005 è emerso che le malattie infettive non sembrano essere un problema di salute rilevante per la popolazione immigrata, tuttavia l’andamento delle principali cause infettive va continuamente sorvegliato anche perché indicatore di condizioni di vita (povertà, abitazione, abitudini, etc.) e di accesso alla prevenzione. Un’attenzione particolare deve essere data alle Poverty Related Diseases (PRD) malattie a eziologia diretta molto diversa, ma associate a condizioni di povertà, e in particolare alle tre maggiori, HIV, tubercolosi e malaria, per le quali andrebbero approntati percorsi particolari e specifici di tutela ed educazione delle popolazioni più vulnerabili, quali sono i migranti.

Garantire alle popolazioni adulte migranti presenti nel nostro territorio livelli di immunizzazione assimilabili a quelli della popolazione residente è il tema centrale del sesto capitolo, “La profilassi vaccinale nella popolazione immigrata adulta: priorità e proposta di calendario”. A tal proposito viene sottolineato come la seconda edizione del calendario vaccinale per l’adulto proposto dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, in un’ottica di sempre maggiore integrazione tra popolazione immigrata e popolazione autoctona italiana, sia da considerare il riferimento ultimo anche per l’adulto migrante.

Nel capitolo, “Prevenzione nel bambino immigrato” si evidenzia come le nascite da genitori immigrati incidano per il 13% su tutte le nascite (per più del 20% in Emilia Romagna e Veneto). Se si aggiungono altri 17.000 nati da madre straniera e padre italiano, l’incidenza sul totale dei nati in Italia arriva al 16,5%. Per il bambino nato in Italia da genitori stranieri con regolare permesso di soggiorno o coppie miste con gravidanza vissuta nel nostro Paese non dovrebbero esistere problemi di presa in carico da parte del Pediatra di famiglia, essendo assimilati ai neonati italiani. Per tutte le altre categorie, tra cui bambini extracomunitari adottati da famiglie italiane, figli di immigrati nati nel Paese di origine, bambini nomadi, bambini immigrati viaggiatori, la Società Italiana di Pediatria (SIP) insieme alla SIMM hanno prodotto un documento in tre punti



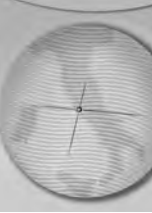


ritenuti ineludibili per prospettare le basi di un sereno convivere sociale: 1) Garantire il diritto alla salute di tutti i minori stranieri; 2) Garantire le prestazioni sanitarie del SSN, del Pediatra di Famiglia e del Medico di Medicina generale a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale e 3) Estendere il permesso di soggiorno per gravidanza a 12 mesi.

---

### **Bibliografia**

- 1) Atti IX Consensus Conference sulla immigrazione - VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 27 - 29 aprile 2006. Disponibile online da: <http://www.emnitaly.it/down/ev-15-03.pdf>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 2) ISTAT. Statistiche report. Popolazione straniera residente in Italia. Disponibile online da: <http://www.istat.it/it/archivio/39726>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 3) Raccomandazioni finali della VII Consensus Conference sulla Medicina delle Migrazioni "Tertio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems". Erice 19-22 Maggio, 2002. Disponibile online da: [http://www.cestim.it/argomenti/21salute/21salute\\_consensus-conference\\_erice.htm](http://www.cestim.it/argomenti/21salute/21salute_consensus-conference_erice.htm). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 4) Risoluzione del Parlamento europeo dell'8 marzo 2011 sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE. Procedura 2010/2089 (INI). Disponibile online da: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+XML+V0//IT>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 5) La Torre G. Value in assessing new vaccines. *Ital J Public Health* 2009;6(3):132-4.
- 6) De Vito C, Marzuillo C, Villari P. The public health evaluation of vaccines. *Ital J Public Health* 2009;6(3):179-82.



## Razionale, priorità, networking tra differenti attori ed expertise per la profilassi vaccinale del migrante

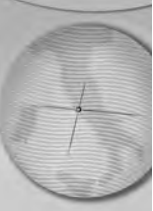
Paolo Castiglia

*Istituto di Igiene, Dipartimento di Scienze Biomediche, Facoltà di Medicina, Università di Sassari*

### Introduzione

Quando mi è stato proposto di coordinare il Gruppo di Lavoro sulla vaccinazione degli immigrati ho provato una sensazione di disagio e di orgoglio allo stesso tempo. Inizialmente, infatti, sapevo che avrei dovuto confrontarmi con colleghi che vantano esperienze decennali nel campo dell'assistenza al migrante e dai quali avrei solo potuto apprendere le innumerevoli sfaccettature di questo complesso sistema. Appare difatti superfluo elencare le esperienze e le iniziative promosse da associazioni come la Caritas, la SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni), la SIMET (Società Italiana Medicina Tropicale), la SIMVIM (Società Italiana Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni) e la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) in questo settore. Mi chiedevo pertanto quale contributo avrei potuto apportare come igienista e, assieme agli altri igienisti del gruppo, a questa nuova esperienza. Successivamente, però, andavo razionalizzando l'importanza e il valore della tematica sia sul versante sociale che su quello di sanità pubblica. A partire dal febbraio 2011, infatti, i profondi cambiamenti politici osservati in alcuni Paesi del Nord Africa e del Medio Oriente avevano innescato quel fenomeno immigratorio verso le nostre coste, che dalle prime testate giornalistiche veniva titolato come "Emergenza immigrazione" e che andava a evocare nell'immaginario collettivo una dinamica di disagio derivante, in prima istanza, da un principio inerziale di cambiamento, che successivamente si connotava nell'idea che quella irruzione nel nostro spazio vitale fosse ingiusta, indesiderata, temuta e contro la quale fosse lecito adottare provvedimenti forti di contenimento e di respingimento. Andava altresì prevalendo un atteggiamento psicologico di difesa caratterizzato dalla "paura dell'altro", che dal punto di vista sanitario significava la paura dell'importazione di malattie esotiche, piuttosto che un razionale approccio alla problematica, che avrebbe dovuto prevedere accanto ai sistemi di accoglienza per il tamponamento delle emergenze sanitarie, un accurato studio dei bisogni di salute del migrante

e la modalità per poterli soddisfare e fra questi in primis la prevenzione. Una rapida analisi della realtà mi aveva, infatti, fatto capire che mentre sul versante dell'assistenza, pur nell'ambito della estrema difficoltà di manovra derivante dalle problematiche politiche che il fenomeno immigrazione rappresenta, esistevano consolidati e validi sistemi di approccio al migrante da parte di numerose associazioni, altrettanto non poteva invece dirsi per la prevenzione. Non entrando nel merito della prevenzione secondaria, in quanto gli screening organizzati sono ancora troppo giovani per essere attentamente valutati in Italia, per quanto attiene alla prevenzione primaria possiamo affermare che questa ha un'impronta prettamente nazionale. In generale, possiamo dire che il nostro sistema di prevenzione è stato disegnato per la popolazione residente e, salvo poche sparute esperienze, poco è stato fatto per adattarlo a diversificati bisogni di salute come quelli che emergono da altri gruppi di popolazione. L'educazione sanitaria, ad esempio, sia per la lingua che per il linguaggio con le sue diverse modalità comunicative, simboliche, i concetti, le emozioni, le idee e i pensieri in esso insiti possono così risultare incomprensibili ad altri gruppi [1]. Per quanto attiene alle vaccinazioni, poi, esse risentono ancora di un trascorso caratterizzato dal sistema dell'obbligo, che ha fatto sì che i servizi vaccinali rendessero in termini di efficienza anche in un contesto di attesa a causa del provvedimento di cogenza della vaccinazione. Questo aspetto si riflette ancor oggi in elevate coperture vaccinali nella cosiddetta età dell'obbligo, per precipitare nell'adolescenza [2], età nella quale vengono a mancare le scadenze delle schedule obbligatorie, ed essere minimali, poi, nell'età adulta. Questo risultato riflette una scarsa efficacia dell'educazione sanitaria vaccinale anche nell'ambito del nostro stesso gruppo linguistico. Se poi andiamo a considerare che in Italia la quota di popolazione immigrata ha superato ormai il 7%, con 4 milioni e 235 mila cittadini stranieri (regolari), di cui 932 mila minori figli di genitori stranieri [3] e che questi ultimi rappresentano il



10% della popolazione minorile con 77 mila nuove nascite all'anno, che costituiscono il 17% di tutti i nuovi nati in Italia, ci rendiamo conto che uno scarso raggiungimento di questi gruppi potrebbe annacquare le coperture, vanificando di fatto, per alcune vaccinazioni, gli obiettivi strategici di efficacia. Ebbene, è assodato che la maggior parte dei soggetti non immunizzati appartiene proprio a gruppi difficili da raggiungere, che non avendo accesso alle informazioni sull'importanza della profilassi immunitaria mancano agli appuntamenti vaccinali [4]. Questo aggrava maggiormente il problema, in quanto non solo annacqua le coperture, ma crea delle sacche entro le quali si possono creare le condizioni per il verificarsi di cluster epidemici che possono poi propagarsi alla frazione suscettibile della popolazione.

Ne consegue che un incremento della compliance vaccinale del migrante, non solo gioverebbe alle coperture vaccinali nazionali nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi strategici nazionali e internazionali delle vaccinazioni, come per la campagna contro il morbillo [5], ma garantirebbe anche il mantenimento dello stato di polio free della nostra Regione [6] e, garantendo l'accesso del migrante alle strutture sanitarie, potrebbe fungere da spillover per altri interventi preventivi come una calibrata educazione sanitaria e gli screening, primo fra tutti quello del carcinoma della cervice.

Per tali motivi si è costituito un Gruppo di Lavoro nell'ottica di 1) identificare i bisogni vaccinali degli immigrati; 2) delineare una proposta di calendario vaccinale che possa fungere da modello per le diverse realtà territoriali; 3) produrre documentazione utile ai fini della divulgazione delle conoscenze nel settore.

### Materiali e metodi

E' stata eseguita un'analisi della realtà per individuare le Associazioni Sanitarie e le Società Scientifiche che, essendosi maggiormente occupate del problema della salute del migrante nel nostro Paese, hanno anche pubblicato, attraverso i canali della letteratura scientifica o della divulgazione di massa, lavori, statistiche, dossier sull'argomento. Tale analisi ha comportato una ricca raccolta bibliografica che ha consentito di individuare nella Caritas Area Sanitaria e in diverse Società scientifiche (SitI, Società Italiana di Igiene; SIMM, Società Italiana Medicina delle Migrazioni; SIMET, Società Italiana Medicina Tropicale; FIMP, Federazione Italiani Medici Pediatri; SIMVIM, Società Italiana Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni) i principali stakeholder scientifici. Il lavoro è stato

coadiuvato e supportato dalla Direzione Medica di GSK.

Alcuni Esperti, identificati principalmente sulla base del loro specifico expertise ma anche in quanto membri delle suddette Associazioni o Società, sono stati invitati a partecipare a un Gruppo di Lavoro.

Il metodo di lavoro, eseguito secondo una leadership distribuita per specifica competenza, partendo dall'analisi dei bisogni di salute del migrante arriva all'ipotesi di un percorso organizzativo per la realizzazione di interventi di vaccinoprofilassi, basati sulle esperienze pregresse e sulle priorità di intervento. Si è proceduto fornendo a tutti i partecipanti la bibliografia raccolta e archiviata in formato ottico. Successivamente si è proceduto alla condivisione di una traccia degli argomenti da trattare, che inizia col presente capitolo 1) Razionale, priorità, networking tra differenti attori ed expertise per la profilassi vaccinale del migrante, e prosegue con 2) Il bisogno di salute e di prevenzione nel soggetto immigrato. Flussi migratori e patologie; 3) Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luce e ombre; 4) La rete dei centri di medicina dei viaggi e delle migrazioni: ruolo nel confronto degli immigrati. "Visiting Friends and Relatives" e prevenzione; 5) Patologie infettive nel migrante: la prospettiva ospedaliera. Epidemiologia e rischi connessi con le condizioni sanitarie e di prevenzione; 6) La profilassi vaccinale nella popolazione immigrata adulta: priorità e proposta di calendario; 7) La prevenzione nel bambino immigrato; 8) L'esperienza del Servizio di Medicina del Disagio dell'ASL di Brescia.

### Risultati

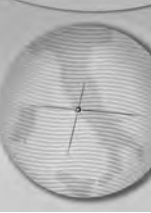
Dopo un adeguato periodo di preparazione, gli argomenti suddetti sono stati presentati in forma di expert meeting della durata di una giornata (6 giugno 2011), durante la quale si è proceduto alla loro discussione e integrazione. Successivamente si è proceduto alla loro redazione in forma di capitoli del presente volume.

I risultati dell'expert meeting tenuto dal Gruppo di Lavoro ripercorrono gli obiettivi prefissati i cui contenuti vengono riportati nei successivi capitoli.

### Discussione

Durante la discussione sono emersi peraltro altri aspetti importanti e non precedentemente previsti che necessiteranno di ulteriori approfondimenti.

In particolare, si è posta l'attenzione sull'efficienza vaccinale di servizi "misti", rappresentati cioè dalla collaborazione di volontari e di operatori del sistema sanitario.



Questo modello sembra, al momento, il migliore possibile per poter massimizzare la compliance ai servizi di prevenzione. Certamente questo è un modello che presenta numerosi vantaggi, ma non può essere unico dovendo prevedere diverse tipologie di migranti, clandestini e regolari, di diversa cultura e bisogni di salute, in condizioni di stabilità o di emergenza. Nel contesto dell'emergenza si inseriscono le iniziative del Ministero della Salute orientate in particolare ai principi di sicurezza nazionale [7], ma che si avvicinano al problema con rinnovati e calibrati strumenti di comunicazione [8].

Con questo volume si conclude il primo percorso del Gruppo di Lavoro, le cui successive tappe prevedono una proposta di calendario vaccinale che possa poi essere discusso con le Istituzioni Regionali (anche in eventuali expert meeting locali), la promozione della cultura della prevenzione nell'ambito di tutte le azioni di assistenza ai migranti, l'allargamento delle alleanze con altri stakeholder, l'elaborazione di materiale formativo e informativo idoneo, la pubblicazione di altri contributi a convegni e congressi.

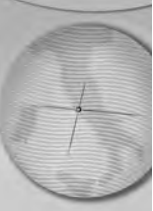
In conclusione, dal lavoro nel suo complesso emerge un messaggio che può essere così sintetizzato e indirizzato:

- alle istituzioni italiane: l'OMS definisce l'equità come "accessibilità, qualità e accettabilità delle cure sull'intera popolazione" [9]; in questo senso, garantire l'accesso alle vaccinazioni da parte dei migranti deve essere inteso 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.

### Bibliografia

- 1) Manca MC. Lingue e linguaggi della prevenzione. Atti XI Congresso Nazionale SIMM. Palermo 19-21 maggio 2011:130.
- 2) Gruppo di Lavoro ICONA-ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. ICONA 2008: Indagine di Copertura vaccinale Nazionale nei bambini e negli adolescenti. Disponibile online da: [www.iss.it/binary/publ/cont/09\\_29\\_web.pdf](http://www.iss.it/binary/publ/cont/09_29_web.pdf). [Ultimo accesso: 20 giugno 2011].
- 3) Caritas Italiana. Fondazione Migrantes, Caritas diocesana di Roma. XX Rapporto. Dossier 1991-2010: per una cultura dell'altro. Roma, 26 ottobre 2010.
- 4) Promovax Project. Disponibile online da: <http://www.promovax.eu/index.php/promovax/project>. [Ultimo accesso: 20 giugno 2011].
- 5) Conferenza Stato Regioni. Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015. Disponibile online da: [http://www.normativasanitaria.it/normsan-pdf/0000/37815\\_1.pdf](http://www.normativasanitaria.it/normsan-pdf/0000/37815_1.pdf). [Ultimo accesso: 20 giugno 2011].

- 6) WHO. Europe achieves historic milestone as region is declared polio-free. Disponibile online da: <https://apps.who.int/inf/en/pr-EURO.2002-12.02.html>. [Ultimo accesso: 20 giugno 2011].
- 7) Ministero della Salute. Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa settentrionale. Disponibile online da: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_newsAree\\_1478\\_listaFile\\_itemName\\_1\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1478_listaFile_itemName_1_file.pdf). [Ultimo accesso: 20 giugno 2011].
- 8) Ministero della Salute. Libretto delle vaccinazioni. Disponibile online da: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_newsAree\\_1478\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1478_listaFile_itemName_0_file.pdf). [Ultimo accesso: 20 giugno 2011].
- 9) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Disponibile online da: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507). [Ultimo accesso: 20 giugno 2011].



## Il bisogno di salute e di prevenzione nel soggetto immigrato. Flussi migratori e patologie

Mario Affronti

Presidente della Società Italiana Medicina delle Migrazioni

### Italia, Paese strutturalmente multiculturale

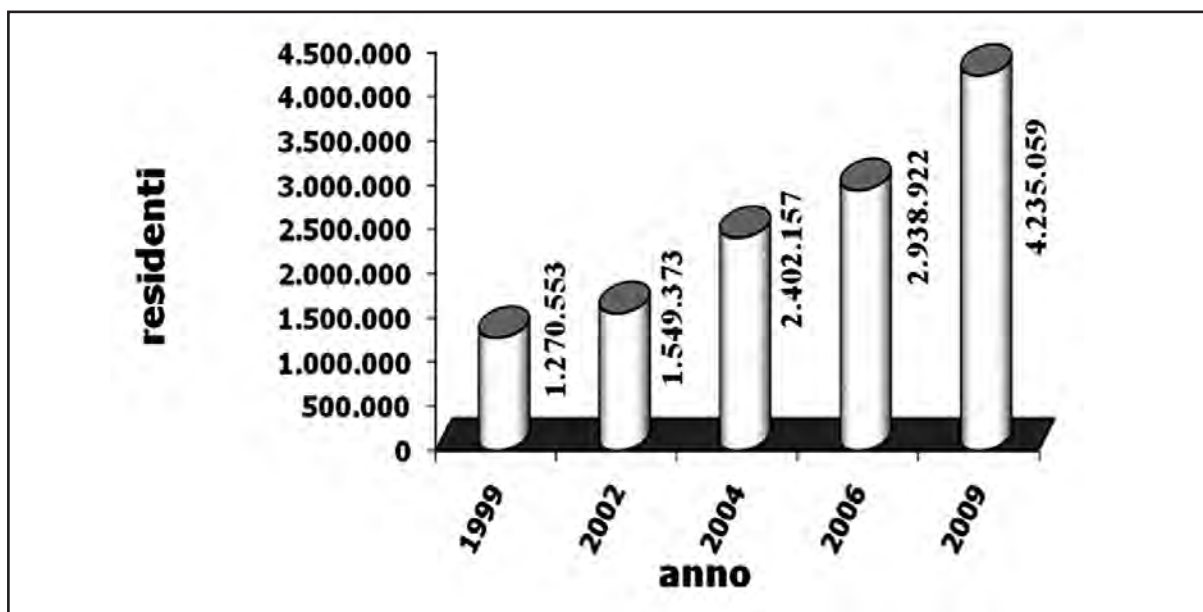
Pur in tempo di crisi, l'immigrazione in Italia non ha arrestato la sua crescita. L'aumento annuo di 250 mila unità, considerato nelle previsioni dell'Istat come scenario alto, è risultato inferiore a quanto effettivamente avvenuto (+337.764 residenti nel 2009, +8,7% rispetto all'anno precedente). L'Italia si caratterizza nell'intero contesto mondiale come il Paese a più alto tasso di crescita dell'immigrazione, con un incremento del 233% negli ultimi 10 anni. I cittadini stranieri residenti erano 1.270.553 nel 1999, 2.402.157 nel 2004 e sono risultati 4.235.059 alla fine del 2009, ma si arriva a 4.919.000 includendo anche le presenze regolari non ancora registrate in anagrafe (Figura 1).

Incidono per il 7,2% sull'intera popolazione, ma il dato arriva al 10% se si fa riferimento alla sola classe dei più giovani (minori e giovani fino ai 39 anni). Siamo sulla scia della Spagna (oltre 5 milioni) e non molto distanti dalla Germania (circa 7 milioni). Il 2008 è stato il primo anno in cui l'Italia, per incidenza degli stranieri residenti sul totale della popolazione (6,5%), si è collocata

al di sopra della media europea e, seppure ancora lontana dalla Germania e specialmente dalla Spagna (con incidenze rispettivamente dell'8,2% e dell'11,7%), ha superato la Gran Bretagna (6,3%). Continua a prevalere la presenza di origine europea (53,6%, per più della metà da Paesi comunitari). Seguono gli africani (22,2%), gli asiatici (16,2%) e gli americani (8,1%). Risulta fortemente attenuato il policentrismo delle provenienze, che per molti anni è stato una spiccata caratteristica dell'immigrazione italiana: le prime 5 collettività superano la metà dell'intera presenza (quasi 900 mila romeni, 466 mila albanesi, 431 mila marocchini, 190 mila cinesi e 175 mila ucraini), ma le nazionalità rappresentate sono più di 120. A livello territoriale il Centro (25,3%) e il Meridione (13,1%) sono molto distanziati dal Nord quanto a numero di residenti stranieri (61,6%).

Il dinamismo della popolazione straniera è da ricondurre principalmente alla sua evoluzione demografica da una parte e alla domanda di occupazione del Paese dall'altra, mentre influiscono in misura veramente minima le poche decine di migliaia di sbarchi, pari a meno dell'1%

Figura 1. Immigrati residenti in Italia (Dossier Statistico Immigrazione 2010 - Caritas/Migrantes).





della presenza regolare alla fine del 2008. Sono consistenti gli indicatori di un intreccio sempre più stretto tra i nuovi venuti e la società che li ha accolti, che vanno oltre il piano lavorativo. Le acquisizioni di cittadinanza (59.369 nel 2009) sono quintuplicate rispetto al 2000. Ormai più di mezzo milione di persone ha acquisito la cittadinanza. Neppure la rigidità della normativa costituisce un freno al dinamismo dell'integrazione e ormai in 4 casi su 10 l'acquisizione della cittadinanza viene concessa a seguito della residenza previamente maturata. Nonostante ciò l'Italia resta nettamente distanziata dagli altri Paesi europei per numero di concessioni (solo settima in graduatoria), proprio in conseguenza di un impianto normativo restrittivo. Oltre 570 mila stranieri sono nati direttamente in Italia; quasi 100 mila arrivano a essere i figli di madre straniera ogni anno; più di 100 mila gli ingressi per ricongiungimento familiare. In un'Italia alle prese con un elevato e crescente ritmo di invecchiamento, dove gli ultrasessantacinquantenni superano già i minori di 15 anni, gli immigrati sono un fattore di parziale riequilibrio demografico, influenzando positivamente anche sulla forza lavoro. Un altro indicatore significativo sono i matrimoni misti. In 12 anni (1996-2008) sono stati celebrati circa 250 mila matrimoni misti, dei quali 23.560 nell'ultimo anno, pari a circa un decimo del totale. Questi matrimoni sono una frontiera avvincente ma a volte difficile da presidiare: non mancano, infatti, i fallimenti (il 6,7% delle separazioni e il 5,7% dei divorzi riguardano queste coppie), anche perché spesso manca, oltre che la preparazione individuale a un approccio interculturale della relazione, anche un *humus* sociale che la sostenga. A livello occupazionale gli immigrati incidono per circa il 10% sui lavoratori dipendenti e si sono resi indispensabili in diversi settori: non solo in quello dell'assistenza alle famiglie ma anche in altri comparti di servizio, in agricoltura, in edilizia, in vari comparti industriali, per non parlare del lavoro autonomo e imprenditoriale dove riescono a creare nuove realtà aziendali anche in questa fase di crisi. Sono circa 400 mila gli stranieri tra titolari di impresa, amministratori e soci d'azienda, ai quali vanno aggiunti i rispettivi dipendenti. Gli immigrati dichiarano al fisco 37 miliardi l'anno e contribuiscono al PIL del Paese per più dell'11%. Anche la volontà di acquistare casa nel Paese di elezione, nonostante le previsioni rigide della normativa in caso di disoccupazione, si sta affermando sempre più: oltre un decimo della popolazione immigrata, infatti, è diventata proprietaria di un appartamento. Sono dunque concordi gli indicatori statistici su questa

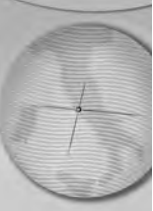
voglia di integrazione, a cui purtroppo sembra corrispondere, da parte di molti italiani, l'impulso a contrastarla. Sono state migliaia le segnalazioni all'UNAR (Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali), delle quali 511 riconducibili a qualche forma di discriminazione, in 4 casi su 10 riguardanti immigrati africani, segnatamente maghrebini. Il lavoro e la casa sono gli ambiti più problematici per quanto riguarda le pari opportunità, come pure il rapporto con gli enti pubblici, nei cui confronti si sono sollevate lamentele nel 13% delle segnalazioni. A turbare molti, per una malintesa volontà di difesa della religione cristiana, è il panorama multireligioso: in realtà oltre la metà degli immigrati è cristiana, i musulmani sono un terzo, le religioni delle tradizioni orientali meno di un decimo e poi, in misura più ridotta, seguono altre appartenenze. Secondo l'Agenzia europea per i diritti fondamentali, l'Italia è tra gli Stati membri più intolleranti nei confronti dei musulmani: 1 intervistato su 3 ha dichiarato di aver subito un atto discriminatorio negli ultimi 12 mesi. Più positiva è l'esperienza che si sta facendo con gli ortodossi, i cui preti celebrano il rito liturgico nelle chiese cattoliche.

Se l'immigrazione è funzionale allo sviluppo del Paese, l'agenda politica è chiamata a riflettere sugli aspetti normativi non più funzionali (quelli sulla cittadinanza) e sulle esigenze di partecipazione di questi nuovi cittadini. E' questa la strada più fruttuosa sotto i punti di vista economico-occupazionale e culturale non meno che socio-sanitario.

### Profilo di salute

Nonostante "migrazioni e malattie" sia un binomio che nella storia dell'umanità è stato spesso associato (ancora oggi il migrante rischia di essere visto come l'"untore di manzoniana memoria") e nonostante non si possa dimenticare come i movimenti di popolazione abbiano accompagnato la trasmissione di alcune malattie, ciò non può giustificare le attuali paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona. In primo luogo perché, a differenza del passato, oggi abbiamo le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche, e in secondo luogo per la considerazione che l'immigrato che arriva per lavorare in Italia ha un "patrimonio" di salute pressoché integro: è il cosiddetto "effetto migrante sano", ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento a un'autoselezione che precede l'emigrazione, operata cioè nel Paese di origine. Risulta d'altronde estremamente logico che il tentativo migratorio, soprattutto in una fase





iniziale, venga messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, massimizzano le possibilità di portare a buon fine il progetto migratorio: sono i "pionieri" della migrazione della propria famiglia, gruppo, Paese.

Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che chi emigra abbia in genere un'età giovane adulta; che appartenga, nel proprio Paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio); che abbia per lo più un grado di istruzione medio. Tali considerazioni supportano l'evidenza che le patologie d'importazione si siano dimostrate, nella prima generazione di migranti, di minor frequenza di quelle acquisite nel Paese ospitante e di quelle cosiddette di adattamento. L'immigrato e in particolare questo "immigrato pioniere" non ci porta malattie esotiche, ma piuttosto è una persona da tutelare e proteggere dal punto di vista sanitario. L'interesse a conoscere le malattie o meglio il profilo di salute degli immigrati non dovrebbe, quindi, alimentare pregiudizi o paure ma piuttosto dovrebbe convincere che la garanzia della salute di questa popolazione si ottiene attraverso l'inclusione nel "sistema salute nazionale" favorendo l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari.

L'effetto migrante sano tende ad avere minor importanza man mano che l'immigrazione si stabilizza nel Paese ospite. Tale effetto, inoltre, non è sempre riscontrabile nei confronti di chi viene con progetti migratori "trainati" da altri o semplicemente per percorrere strade tracciate e semplificate da parenti o amici. Il profilo di salute cambia anche con il mutare del profilo demografico dell'immigrato in quanto si verifica una progressiva sedimentazione sul territorio (nuove generazioni, anziani). Da non dimenticare infine il costo fisico di un percorso migratorio sempre più difficile e logorante soprattutto per chi entra irregolarmente o chi fugge, sfruttato da chi approfitta della disperazione.

### **La domanda di salute**

#### ***I ricoveri ospedalieri***

A livello nazionale ancora oggi la fonte più attendibile ed esaustiva sulla salute degli immigrati è quella delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Questi dati infatti, pur facendo riferimento ad uno specifico evento assistenziale (il ricovero) e con alcuni limiti nell'utilizzarlo come strumento statistico hanno il pregio di essere rappresentativi per consistenza numerica e distribuzione

nazionale. I dati relativi alle SDO, forniti dal ministero della Sanità nel 2007, riferiti all'anno 2005 e che tengono conto dell'attività di degenza, sono indicativi e ancora oggi ci aiutano a definire la problematica (Tabella 1). In quell'anno i ricoveri di cittadini stranieri sono stati oltre 450 mila (pari al 3,6% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese), effettuati quasi esclusivamente in reparti per acuti e per il 73% in regime ordinario. Le cause più frequenti di ricovero negli uomini sono i traumatismi (25,9%), seguiti dalle malattie dell'apparato digerente (13,8%), del sistema circolatorio (9,4%) e quelle dell'apparato respiratorio (8,2%). Per questi problemi di salute, in termini di tassi emerge che i valori dei cittadini stranieri sono sempre più bassi rispetto ai residenti, con l'esclusione dei traumatismi (16,6 per mille persone contro 14,8) e delle malattie infettive e parassitarie. Per le donne ben il 56,6% delle dimissioni ha riguardato i parti naturali e le complicanze delle gravidanze, del parto e del puerperio. Escludendo questa tipologia di ricoveri, le cause più frequenti sono dovute a malattie del sistema genitourinario (16,8%), seguite dalle malattie dell'apparato digerente (14,4%) e dai tumori (10,5%). Questi dati non evidenziano specifiche criticità sanitarie se non l'elevata frequenza di ricoveri per traumatismi negli uomini (da imputare in genere all'elevato numero di incidenti lavorativi in particolare se lavoro in nero) e un'espressione di rischio maggiore per le malattie infettive, seppur con tassi bassi e con un trend in diminuzione, che però sono quasi il doppio rispetto ai residenti. La maggior parte delle malattie infettive riscontrate sono espressione di una fragilità sociale tradotta spesso in promiscuità abitativa, difficoltà di accesso ai servizi, scarsa igiene negli ambienti di vita e lavoro e poca attenzione alla prevenzione.

#### ***Gli ambulatori***

Esistono, inoltre, dati significativi in grado di intercettare la domanda di salute di base. Di fatto in Italia in questi anni, il ruolo di erogatori di medicina di base è stato in parte svolto da ambulatori gestiti dal volontariato e dal privato sociale e, dal 1995, anche da ambulatori pubblici essendo state abbattute alcune limitazioni normative e amministrative che concretamente nascondevano o negavano l'accesso alle cure per una buona parte di immigrati sia regolari che clandestini.

Sebbene questi dati spesso non possano essere correttamente confrontati tra loro, nel caso che adottino sistemi di classificazione diversi, si è osservata in questi anni tra i vari centri una sostanziale sovrapposibilità dei dati clinici raccolti

Tabella 1. Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tassi standardizzati per 1.000) in regime ordinario di stranieri da Pfpm e residenti di 18 anni e oltre, per diagnosi alla dimissione e sesso. Anno 2005.

ICD-9-CM	Descrizione	Maschi				Femmine			
		Dimessi Pfpm	% Pfpm	Tassi std Pfpm	Tassi std residenti	Dimessi Pfpm	% Pfpm	Tassi std Pfpm	Tassi std residenti
001-139	Malattie infettive e parassitarie	4.071	5,5	4,2	2,2	2.597	1,6	2,9	1,6
140-239	Tumori	3.147	4,3	12,0	17,1	7.827	4,8	12,9	14,1
240-279	Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	1.268	1,7	2,7	2,7	1.645	1,0	3,5	4,1
280-289	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	477	0,6	1,0	1,1	822	0,5	1,3	1,2
290-319	Disturbi psichici	3.346	4,5	3,0	4,5	3.310	2,0	3,3	4,4
320-389	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	3.538	4,8	6,7	8,0	3.148	1,9	5,9	7,6
390-459	Malattie del sistema circolatorio	7.316	9,9	28,9	36,8	5.263	3,2	19,3	22,9
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	6.369	8,6	12,9	14,1	3.960	2,4	8,6	7,9
520-579	Malattie dell'apparato digerente	10.245	13,9	15,6	17,8	10.084	6,1	14,4	12,9
580-629	Malattie del sistema genito-urinario	3.298	4,5	7,8	9,8	12.055	7,3	12,1	10,8
630-677	Gravidanza, parto e puerperio					93.618	56,9	57,5	32,1
680-709	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1.094	1,5	1,3	1,9	804	0,5	1,2	1,4
710-739	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	4.513	6,1	6,3	10,1	3.601	2,2	7,1	11,2
740-779	Malformazioni congenite e condizioni morbose di origine perinatale	560	0,8	0,5	0,8	666	0,4	0,6	0,8
780-799	Sintomi, segni e stati morbose mal definiti	4.095	5,6	6,8	7,8	5.001	3,0	7,4	6,1
800-999	Traumatismi e avvelenamenti	18.006	24,5	16,7	14,4	6.690	4,1	10,6	11,3
V01-V82	Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	2.295	3,1	4,2	7,2	3.360	2,0	5,6	7,0
	<b>Totale</b>	<b>73.638</b>	<b>100,0</b>	<b>130,7</b>	<b>156,2</b>	<b>164.451</b>	<b>100,0</b>	<b>174,3</b>	<b>157,4</b>

Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

che ha portato a definire un profilo di salute dell'immigrato in Italia sostanzialmente condiviso da tutti gli esperti. Gli interventi diagnostico-terapeutici prestati a immigrati hanno riguardato prevalentemente: l'apparato respiratorio, l'apparato digerente (per disturbi digestivi ricorrenti: gastropatie, disturbi della motilità intestinale, ecc.), quello osteomuscolare (patologie ortopediche di varia natura, traumatologia leggera, artropatie da postura scorretta, infiammazioni o lesioni muscolari di origine lavorativa), pelle e mucose (da segnalare l'elevata frequenza di "prurito sine materia": un disturbo senza base eziologica organica), l'apparato genito-urinario (uretriti aspecifiche e cistiti ricorrenti); basso, contrariamente alle attese, è stato il riscontro di diagnosi psichiatriche; limitata è stata anche l'evidenza di patologie infettive, per la maggior parte di tipo nostrano (del tutto occasionale il riscontro di quelle esotiche di importazione). Percentualmente rilevante è la classe dei "sintomi e stati morbose mal definiti", non correlabile a una scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico e talora a vincoli economici relativi alle

procedure diagnostiche e a esami di laboratorio più sofisticati (ciò è vero soprattutto per le strutture gestite dal volontariato).

### Le aree critiche e i fattori di rischio

Dall'analisi di questi dati emerge la presenza di alcune *aree critiche* (Figura 2) che necessitano di particolare attenzione soprattutto in termini di programmazione e di pianificazione di politiche socio-sanitarie. Qualunque sia il patrimonio di salute in "dotazione" al migrante, più o meno rapidamente esso viene dissipato per una serie di "fattori di rischio" (Figura 3) e per malattie che incombono nel Paese ospite soprattutto se i processi di integrazione sono lenti e vischiosi: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo in un contesto diverso dal Paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari

Figura 2. Aree critiche per la salute dell'immigrato.

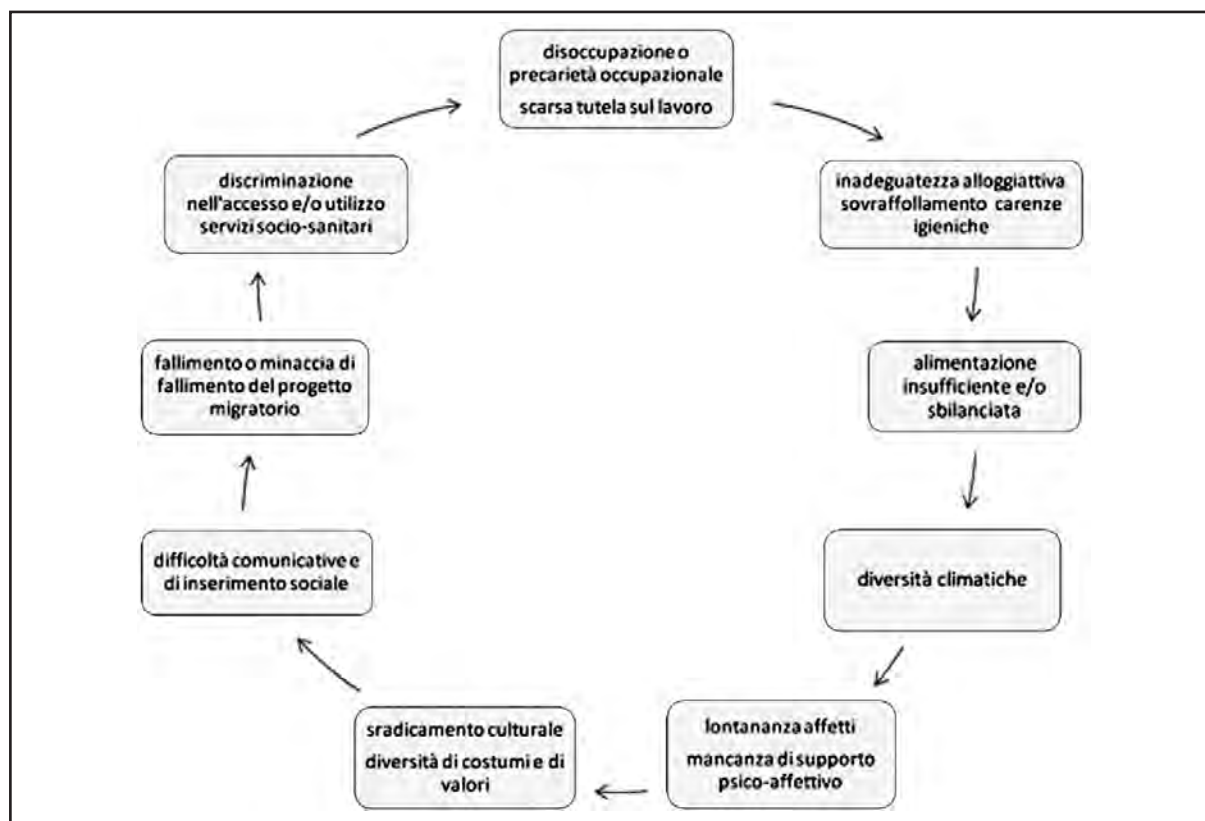
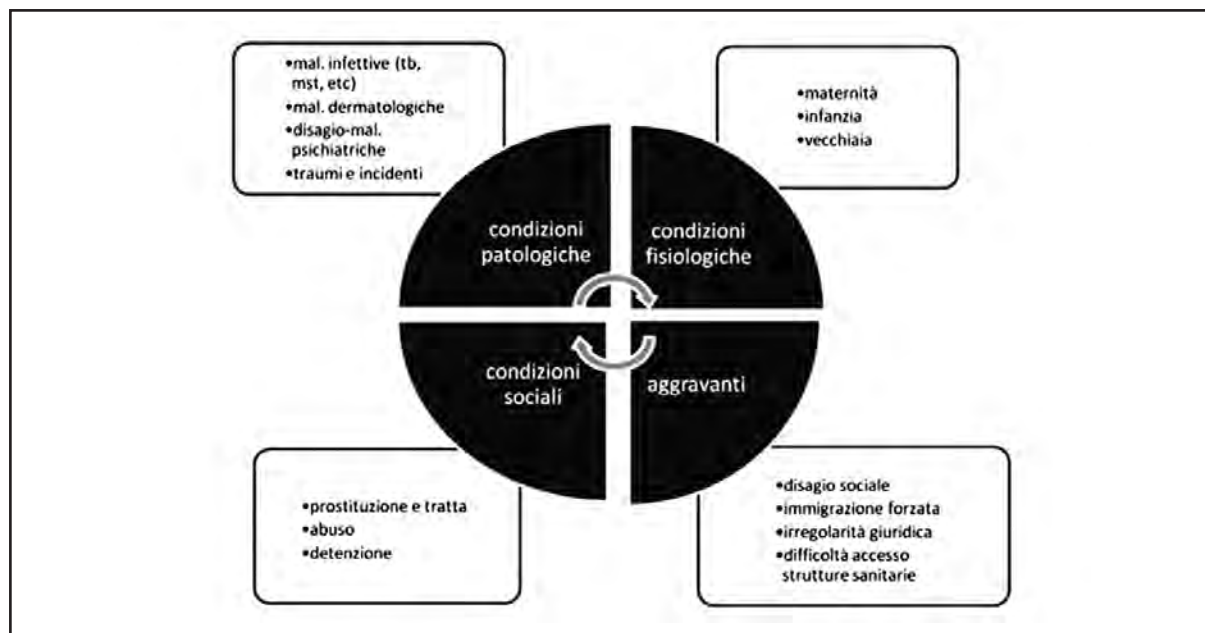
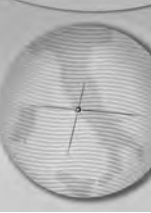


Figura 3. Principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato.



nonostante le leggi. In realtà molti di questi fattori di rischio accomunano tutti i "soggetti deboli" indipendentemente dalla loro nazionalità, ma in questo caso sono aggravati da una mancanza di condivisione culturale e di storia sociale. Esistono infatti nella popolazione immigrata alcune situazioni che delineano una "spiccata sofferenza sanitaria" proprio negli ambiti della

medicina preventiva che hanno permesso al nostro Paese, come in tutti quelli occidentali, di configurarsi come Paese ad alta protezione: in particolare ci riferiamo all'area delle malattie croniche. L'accesso garantito per legge ha fatto emergere alcune aree critiche per la salute con particolare riferimento a quelle infettive, a quelle cronicodegenerative e al disagio



psichico, importanti non tanto per la consistenza numerica o per la loro "importazione" dai Paesi di provenienza, quanto per la scarsa preparazione e dimestichezza dell'operatore sanitario nel gestire malattie, stati d'animo, condizioni sociali e relazionali inconsuete.

La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale di questi nuovi cittadini e, per quel che riguarda la sanità, la garanzia di una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. La

nostra attenzione deve spostarsi sul rischio reale che un considerevole patrimonio di salute, come è quello attuale degli immigrati in Italia, possa essere sciupato nell'arco di una generazione o meno. Man mano che le norme rendono maggiormente permeabile il nostro Servizio Sanitario Nazionale, è necessario considerare, sperimentare e promuovere nuovi o innovativi approcci epidemiologici, preventivi, diagnostici, terapeutici e organizzativi.

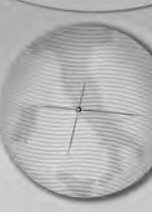
### Bibliografia essenziale

- 1) Caritas-Migrantes. Immigrazione. Dossier Statistico 2010 XX Rapporto: 1991-2010 per una cultura dell'altro. Idos Edizioni, 2010.
- 2) Carletti P, ed. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. Ancona: Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze/ARS Marche, 2009. Disponibile online da: [http://www.ars.marche.it/osservatorio\\_dis/doc/pubbl\\_SaluteImmigrati2009.pdf](http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/pubbl_SaluteImmigrati2009.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 3) Geraci S. La salute degli immigrati: luci ed ombre. ASI 2007;44:2-15.
- 4) Affronti M. Untori o unti? Casi clinici paradigmatici di medicina delle migrazioni. Ann Ital Med Int 2001;16(suppl. 1): 172-5.
- 5) Marceca M, Geraci S, Ardigò M. Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze. Rapporti Istisan. 2006;07/14:19-24.
- 6) Progetto OSI. Sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati. Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 bis, comma 6, D.Lgs. 229/99. ASP Lazio monografie, 2006.
- 7) Geraci S, Bonciani M, Martinelli B. La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali. Roma: Inprinting srl, 2010.
- 8) Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: Università Cattolica del Sacro Cuore ed. Rapporto Osservasalute 2008. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane.

Milano: Prex SpA., 2009: 225-83.

- 9) Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali (marzo 2008). Progetto: promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. Ancona: Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze/ARS Marche, 2008. disponibile online da: [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/Prg\\_5\\_Immigrati\\_report.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_report.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011]
- 10) Horton R. The neglected epidemic of chronic diseases. Lancet 2005;366(9496):1514.
- 11) Agyemang C, Addo J, Bhopal R et al. Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. Global Health 2009; 11(5):7.
- 12) Chandak GR, Idris MM, Reddy DN et al. Absence of PRSS1 mutations and association of SPINK1 trypsin inhibitor mutations in hereditary and non-hereditary chronic pancreatitis. Gut 2004;53:723-8.
- 13) Schneider A, Suman A, Rossi L et al. SPINK1/PSTI mutations are associated with tropical pancreatitis and type II diabetes mellitus in Bangladesh. Gastroenterology. 2002;123(4):1026-30.
- 14) Affronti M, Affronti A, Pagano S, et al. The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of Migration Medicine. Intern Emerg Med 2011; June 7.





## Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre

Salvatore Geraci<sup>1</sup>, Issa El Hamad<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Area sanitaria Caritas Roma; <sup>2</sup>1° Divisione Malattie Infettive-Spedali Civili di Brescia

Autore per la corrispondenza: Salvatore Geraci, Area sanitaria Caritas, via Marsala, 103, 00185 Roma  
E-mail: s.geraci@areasanitaria.it

### Premessa: accessibilità ai servizi per lo sviluppo sociale

Il profilo di salute degli stranieri in Italia è condizionato da molteplici fattori ed eventi. Tra gli altri ricordiamo la possibilità di avvenuta esposizione nel Paese di provenienza a eventuali specifici fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali e/o comportamentali); il percorso migratorio, a volte particolarmente logorante sul piano fisico e psicologico; e, al momento dell'arrivo nel Paese ospite, la capacità di accoglienza della società - condizionata e in parte anche condizionante lo status giuridico - e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali [1,2].

Un approccio pluridimensionale alla promozione della salute degli immigrati non può quindi, ignorare proprio l'elemento della "permeabilità" dei servizi, come questione determinante per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici nell'ambito di una più generale funzione di advocacy e di contrasto alle disuguaglianze: "le disuguaglianze sanitarie sono il risultato non soltanto di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connesse alle scelte di vita, ma anche di problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria". Questo è scritto in una recente risoluzione approvata dal Parlamento Europeo dal titolo "Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea" [3] in cui si invitano gli Stati membri "ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario", e in particolare, "a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale quale definita nella loro legislazione nazionale, e di fatto la ricevano". E ancora, la Conferenza Europea "Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society" promossa dalla Presidenza del Consiglio d'Europa [4], invita gli Stati ad avviare, nei confronti dei migranti,

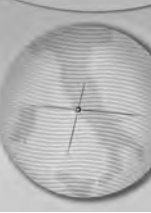
un'azione politica e sociale ad ampio spettro che includa: accoglienza, inserimento, casa, lavoro, diritti costituzionali in genere.

In questo senso vanno anche letti gli interventi sull'accessibilità ai servizi sanitari: "Le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo" (Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni [5]). In modo sintetico ed efficace i ministri europei hanno voluto enfatizzare come anche le politiche sanitarie possano contribuire in modo determinante all'inserimento degli immigrati ed alla costruzione di una società basata sull'accoglienza, sull'integrazione e sulla crescita reciproca.

Questo quadro di diffusa "teorica" attenzione internazionale, stride con la quotidianità delle politiche dei singoli stati ed in particolare con quanto vissuto nei primi mesi del 2011 dal nostro Paese. "E' sotto gli occhi di tutti l'assenza di credibili politiche europee che considerino, insieme alla dimensione del controllo delle frontiere, anche quella di politiche sociali di inclusione. E' infatti indubbio il ruolo prioritario esercitato sulla salute dai cosiddetti "determinanti sociali" (istruzione, occupazione, reddito, alloggio, coesione sociale, etc) come ampiamente documentato dal Rapporto OMS "Closing the gap in a generation" del 2008 [6]. All'interno di questa debolezza e frammentarietà di visioni, riteniamo che anche l'Italia non sia stata finora capace di dare risposte coerenti alla complessità e alle potenzialità del fenomeno migratorio in corso, a partire da un'accoglienza attenta ed adeguata" [7].

### Le politiche sanitarie e le norme per gli immigrati in Italia

Le politiche sanitarie per la tutela degli immigrati e dei rifugiati in Italia sono un patrimonio relativamente recente. Se ne comincia a parlare agli inizi del 1990 ma solo nel 1998 il tema viene affrontato



compiutamente con la legge n. 40 (la cosiddetta “Turco Napolitano”) [8] poi confluita nel Testo Unico (TU) sull’immigrazione (Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998) [9]. Il regolamento d’attuazione di questa legge (Decreto Presidente della Repubblica nr.394 del 31 agosto 1999) [10] e una Circolare del Ministero della salute (n. 5 del 24 marzo 2000) [11] completano l’impianto normativo coerente con il mandato costituzionale di garanzia di cure “... come fondamentale diritto dell’individuo ed interesse della collettività ...” (art. 32 della Carta Costituzionale).

L’articolo n. 34 del TU dal titolo “Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)” contiene le norme per gli immigrati ‘regolarmente soggiornanti’ sul territorio nazionale cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l’articolo 35 dal titolo “Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN” affronta il tema di tutela sanitaria “a salvaguardia della salute individuale e collettiva” anche nei confronti di coloro “non in regola con le norme relative all’ingresso ed al soggiorno”, i cosiddetti irregolari e/o clandestini (Stranieri Temporaneamente Presenti - STP). L’articolo 36, dal titolo “Ingresso e soggiorno per cure mediche”, definisce le condizioni necessarie affinché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Questi atti sanciscono definitivamente l’emersione del diritto alla salute ed all’assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale con l’obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo i rifugiati e gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all’assistenza sanitaria a parità di condizioni e a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l’iscrizione al SSN, ...) e introdotti principi di equità (obbligatorietà all’iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all’assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative e i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l’accesso alle cure, è stato vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all’autorità di polizia della presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico [12,13].

Quest’ultima scelta è stata confermata

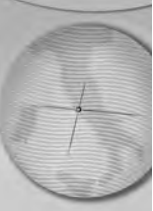
dall’esortazione dell’Assemblea del Parlamento Europeo, che, con la risoluzione n. 1.059 del 2006, invita ogni Stato ad “eliminare qualunque obbligo riservato al personale sanitario ... di fare rapporto ai poteri pubblici della presenza di immigrati irregolari”. In questo senso, l’Italia ha dal 1995 una specifica normativa di tutela (Decreto Legge n. 489/95, alcune ordinanze ministeriali, poi consolidate nel citato Decreto Legislativo n. 286 del 1998 e in altre norme collegate) che è bene ribadire sempre nella sua assoluta validità, anche e soprattutto come strategia di sanità pubblica, oltre che come obbligo deontologico (“Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità” della FNOMCeO [14]).

Considerando questa impostazione, la proposta di abrogare il divieto di segnalazione contenuta nel cosiddetto “pacchetto sicurezza” discusso a partire dal mese di ottobre 2008 è sembrata irrazionale e demagogica. Grazie alla reazione unanime del mondo socio assistenziale (tutti gli ordini professionali, società scientifiche, enti locali, singoli operatori, società civile) la proposta è stata stralciata e quindi la norma è rimasta invariata [15].

Queste norme dal 1998 non sono state modificate né dall’entrata in vigore della legge n. 189/2002 in materia di immigrazione (la così detta legge Bossi Fini) [16], né dalle varie normative legate alla “devoluzione in ambito sanitario” (ad esempio nei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA, sono comprese le prestazioni per immigrati regolari ed irregolari), né come abbiamo visto dal recente “pacchetto sicurezza”.

Tuttavia una ulteriore situazione di ambiguità normativa riguarda i comunitari, in quanto una interpretazione troppo “egualitaria” non ha tenuto conto della fragilità sociale di alcuni gruppi di popolazione, in particolare degli ultimi neocomunitari (rumeni e bulgari - inizio 2007 - ed in minor misura polacchi, “entrati” nell’Unione Europea qualche anno prima), che non avendo i requisiti richiesti (tessera europea assicurazione malattia-TEAM) e lavorando in nero o trovandosi in condizione di marginalità (ereditata da periodi di irregolarità giuridica) non hanno titolo per accedere ai servizi sanitari [17]. In parte tale situazione è stata affrontata a livello regionale e da una nota ministeriale che, nell’ambiguità dell’impostazione, tuttavia invita ad “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).





Seppur con qualche criticità, questa specifica politica nazionale "inclusiva" deve però necessariamente accompagnarsi con una "disponibilità" da parte delle amministrazioni locali e degli operatori sanitari a renderla operativa ed è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali [18].

In questo senso va segnalato, a distanza di oltre 10 anni dall'entrata in vigore di molte delle norme suddette, come non ci sia ancora una uniformità di applicazione su tutto il territorio nazionale soprattutto per le disposizioni che regolano l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolarmente presenti e dei comunitari in condizione di fragilità sociale: alcuni ambiti di discrezionalità organizzativa (in base alla diversità del territorio regionale ed alla consistenza della presenza di stranieri) vengono presi a pretesto per non garantire adeguatamente i livelli assistenziali previsti dalla normativa nazionale e il clima politico più o meno "aggressivo" non favorisce percorsi di accessibilità ai servizi [19].

### Le barriere per l'accesso e la fruibilità

Affinché il diritto formale (possibilità di accesso) garantito dalla legge si trasformi in diritto reale (fruibilità delle prestazioni) è indispensabile, come accennato, un'efficace politica sanitaria a livello locale: è a livello regionale, considerato anche l'avanzato federalismo proprio in sanità, che bisogna guardare perché delle buone norme nazionali diventino prassi e il diritto dalla carta si realizzi nella quotidianità [20]; bisogna vigilare perché la burocrazia, nazionale e locale, non ricominci a tessere la sua ragnatela che spesso paralizza anche le migliori intenzioni di tutela. E questo anche perché la normativa italiana, anche se avanzata e lungimirante, ha delle situazioni di ambiguità che possono creare dei problemi nell'accesso e fruibilità che di per sé sono ambiti critici nella promozione alla salute [21,22]. Nella quotidianità si possono infatti frapponere una serie di ostacoli di varia natura, talora di tale entità da risultare vere e proprie «barriere» all'accesso che possiamo così schematicamente elencare:

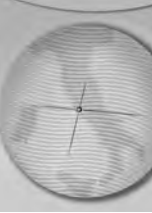
*a.barriere giuridico-legali:* di questa prima tipologia di barriere si è già in parte detto, ad esempio citando i possibili effetti delle proposte contenute nel "pacchetto sicurezza" o le incertezze sui diritti assistenziali dei neocomunitari, e ne è comunque di immediata percezione la rilevanza.

*b.barriere economiche:* continuano a rappresentare un possibile ostacolo all'assistibilità delle persone straniere. Per

ovviare ciò, la politica sanitaria espressa dal TU - anche in coerenza con il principio di uguaglianza e di piena parità di diritti e doveri sancita tra cittadini italiani e stranieri - ha previsto ad esempio la gratuità dell'iscrizione al SSN per i cittadini stranieri iscritti alle liste di collocamento, o l'esenzione dal ticket per richiedenti asilo e detenuti. Da sottolineare come in questo momento storico, l'enorme difformità regionale sulla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria[23] rende complesso, per alcune gruppi di immigrati, l'accesso ai servizi sanitari.

*c.barriere burocratico-amministrative:* molteplici sono state finora le barriere burocratico-amministrative che hanno influenzato pesantemente l'accesso ai servizi. Talora, paradossalmente, il rispetto di adempimenti burocratici è più forte di quello per la legge: è il caso delle pratiche ospedaliere di richiesta di rimborso alle Prefetture per ricoveri effettuati su stranieri irregolari e indigenti che, violando una norma vigente e più volte ricordata in telex ministeriali, vengono spesso istruite con la segnalazione nominativa dello straniero.

*d.barriere organizzative:* tra i numerosi esempi di questo tipo di barriere che potrebbero essere portati, vi è quello di una diffusa mancanza di flessibilità dei servizi, tale da poterne garantire l'apertura nei giorni e nelle fasce orarie in cui possano realmente accedervi i fruitori previsti; è il caso dell'accessibilità ai Consultori materno-infantili per le ragazze e le signore che lavorano come collaboratrici domestiche o nell'accudimento alle persone e che, col timore di perdere altrimenti il posto, possono disporre - in molte grandi città - unicamente del giovedì pomeriggio per poter effettuare visite e controlli. Va rimarcato che questa esigenza non può essere considerata una pretesa velleitaria ed utopistica, ma anzi rispecchia coerentemente le più recenti ed importanti normative volte alla razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche [24]. Le barriere organizzative, oltre ad influenzare l'accessibilità - fisicamente intesa - ai servizi, ne modulano anche la fruibilità effettiva delle prestazioni. Un esempio è quello della richiesta da parte di alcune donne provenienti da specifici ambiti territoriali e culturali di essere visitate, soprattutto nell'area ostetrico-ginecologica, da medici donne. Favorire l'accesso sarà porsi il problema di organizzare i turni di servizio in modo che ci siano sempre delle ginecologhe, o altrimenti segnalare e diffondere l'informazione



dei turni in cui sia possibile richiederne la 'presa in carico'.

Rappresentano invece possibili barriere nella fruibilità dei servizi socio-sanitari:

*a. barriere linguistiche;*

*b. barriere comunicative;*

*c. barriere interpretative;*

*d. barriere comportamentali.*

Non ci si soffermerà singolarmente su tali barriere, rimandando l'approfondimento a specifici testi. Diremo semplicemente che la maggior parte dei servizi mostrano attualmente dei significativi ostacoli di tipo linguistico, comunicativo e relazionale in genere, che vengono esaltati proprio nell'ambito assistenziale dei soggetti in condizione di maggiore fragilità sociale. Ciò a sottolineare, da una parte, come la relazione terapeutica sia costituzionalmente complessa, e, dall'altra, come i concetti di salute, malattia e cura siano fortemente condizionati dalla cultura d'appartenenza e dai valori simbolici a questa collegati, come accenneremo nel paragrafo seguente. Non si vuol certo dire con questo che gli operatori della salute dovrebbero conoscere tutte le culture e diventare esperti antropologi sanitari, quanto piuttosto rimarcare che il paziente eteroculturale rappresenta forse una formidabile occasione per recuperare una capacità di ascolto e una sensibilità nell'approccio olistico che la nostra medicina tecnologica e iperspecialistica ha dimenticato e che potrebbe rivelarsi particolarmente utile anche nei riguardi dei pazienti «nostrani».

Si inserisce a questo proposito il dibattito iniziato da alcuni anni sulla figura dei mediatori/mediatrici che, comunque interpretati - da una connotazione e funzione prettamente linguistica ad una più complessa che li veda assommare attitudini comunicative, psicologiche, sociologiche ed antropologiche - rappresentano figure «di cerniera» preposte a facilitare anche la relazione terapeutica [25,26].

A tutto ciò, vanno aggiunte barriere comportamentali da parte degli utenti ma spesso anche da parte degli operatori condizionati sia da pregiudizi "politico culturali", sia da approcci inadeguati su un piano professionale.

### **Sussidiarietà e partecipazione per una salute senza esclusioni**

Storicamente il diritto all'assistenza sanitaria agli immigrati è stato prima garantito e poi rivendicato e fatto emergere grazie all'impegno di tanti gruppi e organizzazioni in Italia legate al mondo del volontariato e del privato sociale [27].

Ancora oggi, l'assistenza ai cittadini stranieri

soprattutto quelli in condizioni di irregolarità giuridica e con maggiori difficoltà socio-economico e culturali, vede protagonisti, in un ottica di sussidiarietà e con una grande variabilità a livello nazionale, organizzazioni del terzo settore o realtà a carattere misto pubblico-privato sociale [28].

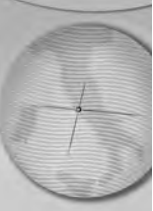
Di fronte ad una realtà così variegata e complessa, si è discusso a lungo nel nostro Paese sulla opportunità o meno di implementare strutture sanitarie "dedicate", in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze sanitarie di questa tipologia di immigrati. Il dibattito acceso da alcuni anni non ha potuto finora esprimere una posizione definitiva e univoca, limitandosi a fare emergere con più chiarezza quali possono essere gli elementi a favore o contro tale ipotesi. Sulla base di una vasta esperienza maturata in diversi anni di attività sul campo [29,30], riteniamo importante delineare quali debbano essere le caratteristiche e gli indirizzi generali di eventuale struttura "dedicata agli immigrati irregolari", indipendentemente da chi fosse gestita:

Innanzitutto, tale struttura/servizio dovrebbe essere collocata all'interno di una pianificazione istituzionale, con un coinvolgimento pieno della struttura pubblica territoriale, eventualmente in collaborazione con le organizzazioni del volontariato aventi esperienza specifica nel settore. Questo si rende particolarmente importante per la medicina del territorio, cardine delle attività di prevenzione primaria e secondaria, di educazione sanitaria, di assistenza di primo livello e di raccordo con l'ospedale per la continuità degli interventi.

La struttura territoriale dovrebbe essere in grado di garantire la "medicina essenziale", che secondo le opinioni degli esperti riproduce i Livelli Essenziali di Assistenza normalmente garantiti alla popolazione generale. Si tratta in ultima analisi di assistenza di primo livello simile a quella fornita dai Medici di Medicina Generale.

Una risposta sanitaria efficace deve prendere in considerazione le difficoltà di carattere sociale e lavorativa di una popolazione particolarmente vulnerabile quale quella degli immigrati irregolari: le strutture territoriali dovrebbero essere quindi facilmente accessibili e di bassa soglia (accesso libero, diretto, senza necessità di impegnative e appuntamenti) con ampia flessibilità degli orari di apertura.

Inoltre, dovrebbe funzionare da osservatorio epidemiologico sul fenomeno della immigrazione irregolare conducendo indagini conoscitive e studi epidemiologici sui reali bisogni di salute e sul profilo sanitario dell'utenza straniera, in modo da supportare le istituzioni sanitarie nella realizzazioni delle politiche sanitarie locali e nazionali.



La struttura dedicata dovrebbe anche porsi al centro di una rete territoriale di servizi coinvolti nell'assistenza sociale e sanitaria degli immigrati e lavorare in stretta collaborazione con le strutture ospedaliere di secondo livello, in modo da garantire, ove necessario, la continuità assistenziale e favorire i percorsi di accesso e fruizione dei servizi da parte dell'utenza straniera.

A tal fine, fondamentale è l'azione di filtro e di orientamento socio-sanitario svolto nei confronti dei pazienti immigrati. Tale azione permette una maggiore conoscenza degli immigrati dei meccanismi di funzionamento del nostro SSN e contribuisce ad evitare il ricorso inappropriato al Pronto Soccorso, traducendosi in miglioramento della qualità assistenziale e minori costi per la collettività.

Di fondamentale importanza risulta il ruolo della struttura nel favorire la conoscenza dei contenuti della normativa nazionale in tema di assistenza da parte degli immigrati (ma anche degli operatori socio sanitari con cui, direttamente o indirettamente, si entra in contatto) allo scopo di favorire una partecipazione responsabile e una maggiore consapevolezza dei propri diritti e doveri.

Dovrebbe altresì essere previsto, all'interno della struttura, un approccio appropriato al paziente straniero, ad alto impatto relazionale, in grado di tenere conto delle diversità socio-sanitarie, culturali, linguistiche e religiose e delle potenziali difficoltà relazionali tra operatori sanitari ed utenza immigrata [31,32]. La struttura dovrebbe quindi essere dotata di personale adeguatamente formato sia sulle novità in ambito legislativo che in tema di medicina transculturale, avvalendosi eventualmente anche della collaborazione di interpreti e/o mediatori linguistico-culturali.

La struttura dovrebbe offrire corsi di formazione a diversi livelli in tema di medicina transculturale e di assistenza agli immigrati, rivolti ad operatori socio-sanitari e a tutti coloro che si occupano di immigrazione, in modo da diffondere una corretta cultura sul fenomeno e favorire l'accesso e la fruizione delle prestazioni.

Infine, una tale struttura dedicata dovrebbe avere un elemento intrinseco irrinunciabile (quanto realisticamente ancora ipotetico): quello di agire intensamente oggi per non esistere domani. Assolvendo alla sua funzione essenziale di "motore di integrazione socio-sanitaria", dovrà contribuire a creare le condizioni perché l'accesso alle salute sia un diritto per tutti a cominciare dalle persone che hanno più bisogno. Non è casuale quindi come le analisi delle politiche sanitarie più avanzate stiano proponendo con sempre maggior convinzione il coinvolgimento

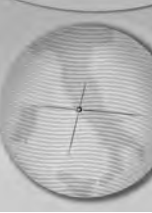
nei percorsi assistenziali dei Medici di Medicina Generale e dei pediatri di libera scelta anche a favore degli immigrati irregolari, a partire dai minori stranieri [33-35].

Rimandiamo il lettore ad altri ambiti per le analisi dettagliate e la valutazione delle politiche sanitarie più efficaci [36] e per le proposte migliorative delle politiche e delle norme attuali (vedi documenti/raccomandazioni degli 11 Congressi SIMM dal 1990 al 2011 disponibili online da [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)). Vogliamo però affermare, come sottolineato anche nell'ultimo congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni [37] la necessità di passare dalla fase di advocacy (impegnarsi in difesa di, a sostegno per) a quella di empowerment (impegno diretto e consapevole degli interessati) in quanto siamo convinti che per una reale piena tutela della salute non si possa comunque prescindere dalla "... effettiva possibilità degli individui, dei gruppi e delle comunità straniere di essere protagonisti dei processi relativi alla tutela della propria salute - poichè è scientificamente riconosciuto che la coesione sociale è strumento rilevante di protezione della stessa" [7].

### Conclusioni

In questo breve capitolo abbiamo voluto accennare a come, nella tutela sanitaria degli immigrati, necessariamente si intreccino temi politici, sociali, normativi, organizzativi ed antropologico-relazionali oltre che, ovviamente, temi clinici e diagnostici.

Forse non ne siamo consci, ma ogni atto medico che facciamo ha bisogno prima, durante e dopo, di una lettura pluridimensionale del tema ed un approccio integrato. Questo spiega i successi e le sconfitte, una compliance più o meno marcata, le relazioni efficaci o gli abbandoni precoci. Per chi si occupa di medicina preventiva è fondamentale essere consapevole della complessità dell'approccio per valutare la strategia più efficace e per gestire, nel tempo, un rapporto (con l'immigrato, con la sua famiglia, con la sua comunità) che non può essere occasionale. In altre parole non basta avere disponibilità di vaccini o di pap test e di personale per somministrarli, ma poter contare su una organizzazione attenta, su una sensibilità individuale, su una disponibilità relazionale, su un clima socio-politico accogliente. Variabili che solo in parte dipendono dall'operatore e che a ben vedere non condizionano solo l'accesso dell'immigrato ma di tutta la popolazione seppur con peso diversificato. Tutte queste considerazioni ci suggeriscono in modo chiaro



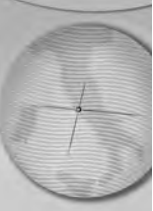
l'importanza di continuare lungo la strada intrapresa di certezza del diritto alla salute e di progettualità per garantire a tutti l'accesso alle strutture sanitarie e la fruibilità delle prestazioni con particolare riferimento a quelle di primo livello e l'adozione di iniziative e programmi di

promozione ed educazione alla salute. Tutto ciò sarà comunque efficace se inserito in un percorso di politiche di integrazione che facciano dello straniero immigrato nel nostro Paese un cosciente e partecipe "nuovo cittadino" [38].

## Bibliografia

- 1) Geraci S. Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. *Ann Ital Med Int* 2001;suppl.1:167-71.
- 2) El-Hamad I, Scarcella C, Pezzoli MC, Scolari C, Geraci S. Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione. *Studi Emigrazione* 2005;157:133-51.
- 3) Parlamento europeo. Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea. Risoluzione n. 2010/2089 (INI) del 8 marzo 2011.
- 4) Presidenza del Consiglio d'Europa. Conclusioni e Raccomandazioni della Conferenza Europea "Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society". Lisbona, 27-28 Settembre 2007.
- 5) Conferenza dei Ministri Europei della Salute (ottava): Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni. Bratislava, 22 e 23 novembre 2007.
- 6) OMS. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. 2008. Disponibile online da: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 7) Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Raccomandazioni finali dell'XI Congresso della SIMM: Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie. Palermo, 2011. Disponibile online da: [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 8) Legge n. 40 del 6 marzo 1998. Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. *Gazzetta Ufficiale* n. 59 del 12 marzo 1998 - Supplemento Ordinario n. 40. Disponibile online da: <http://www.camera.it/parlam/leggi/980401.htm>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 9) Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. *Gazzetta Ufficiale* n. 191 del 18 agosto 1998 - Supplemento Ordinario n. 139. Disponibile online da: <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 10) Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999, (aggiornato con le modifiche apportate dal Decreto del Presidente della Repubblica 18 ottobre 2004, n. 334, in materia di immigrazione). Disponibile online da: [http://www.esteri.it/MAE/normative/Normativa\\_Consolare/Visti/DPR394\\_1999modificato.pdf](http://www.esteri.it/MAE/normative/Normativa_Consolare/Visti/DPR394_1999modificato.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 11) Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5. Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria. (G.U. Serie Generale n. 126 del 1 giugno 2000. Disponibile on line da: <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=17884> (Ultimo accesso: novembre 2011).
- 12) Marceca M. L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti. *L'Arco di Giano* 1999;22:27-35.
- 13) Geraci S, Marceca M. La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali. In: *Atti della Conferenza nazionale "Migrazioni e salute"*. Bari, 3-4 maggio 2002. *OER Puglia* 2002; IV(3)Suppl:36-51.
- 14) FNOMCeO. Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità. Padova, 24 novembre 2007. Disponibile online da: [http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach\\_5877.pdf](http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_5877.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 15) Geraci S. Segnalazione della presenza degli immigrati clandestini. In: Università Cattolica del Sacro Cuore ed. *Rapporto Osservasalute 2009. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane*. Milano: Prex SpA, 2009:253-4.
- 16) Legge n. 189 del 30 luglio 2002. Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo. *Gazzetta Ufficiale* n. 199 del 26 agosto 2002 - Suppl. ord. Disponibile online da: <http://www.camera.it/parlam/leggi/021891.htm>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 17) Geraci S. Gli immigrati e il "sistema salute" italiano. In: Caritas/Migrantes. *Immigrazione Dossier Statistico 2007. XVII Rapporto sull'immigrazione*. Idos, 2007; 145-54.
- 18) Marceca M, Geraci S, Martinelli B. Politiche regionali per la salute degli immigrati. In: *Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione*. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 2006:37-43.
- 19) Geraci S. Salute e immigrazione in Italia: il percorso del diritto all'assistenza sanitaria. In *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Parte seconda, cap. 39. Roma: Società Editrice Universo, 2010:453-62.
- 20) Geraci S, Bonciani M, Martinelli B. *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Roma: Inprinting srl, 2010.
- 21) Geraci S. *La salute degli immigrati: luci ed ombre*. Agenzia Sanitaria Italiana (ASI) 2007;44:2-14.
- 22) Marceca M. *Immigrazione, un'occasione per riorientare i servizi*. Quaderni della Professione. Medicina, scienza, etica e società 2008;2:201-5.
- 23) Morandi I. *Il ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Principali caratteristiche dei sistemi regionali vigenti al 10 aprile 2011. Sezione monitoraggio costi e tariffe*. Disponibile online da: [http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/II%20ticket%20per%20le%20prestazioni%20specialistiche%20ambulatoriali\\_10aprile2011.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/II%20ticket%20per%20le%20prestazioni%20specialistiche%20ambulatoriali_10aprile2011.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 24) Marceca M. *La normativa sanitaria e l'accessibilità ai servizi*. In: Geraci S ed. *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma: Edizioni Anterem, 2000:107-20.
- 25) Conti C, Geraci S. *La mediazione culturale in sanità: esperienze e tendenze emergenti*. In: Conti C, Sgritta GB, ed. *Salute e Società. Immigrazione e politiche socio-sanitarie*. Milano: Franco Angeli, 2004:123-9.
- 26) Marceca M. *Mediazione interculturale. CARE - costi dell'assistenza e risorse economiche*. 2005; 4: 22-5.
- 27) Geraci S, Marceca M. *Immigrati ed assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato. Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali 2006;18:26-45.
- 28) Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche. *Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali*. 2008. Disponibile online da: [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/Prg\\_5\\_](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_)





Immigrati\_report.pdf. [Ultimo accesso: ottobre 2011].

29) Scarcella C et al. L'esperienza del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da paesi extra-comunità europea. *Tendenze Nuove* 2004; 4-5: 361-84.

30) Geraci S. Salute senza esclusione: l'impegno dell'area sanitaria della Caritas romana. In: Deriu F, Sgritta GB (ed). *Rapporto su Roma 2005. La città presente. Povertà, esclusione, disagio, solidarietà e politiche sociali*. Milano: Franco Angeli, 2005:381-95.

31) Mazzetti M. *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma: Carocci Editore, 2003.

32) Maisano B. La medicina transculturale sarà la medicina. *Nuovi percorsi interculturali in sanità. Studi Emigrazione* 2005;157:75-85.

33) Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Società Italiana di Pediatria. Documento finale del Convegno Congiunto con Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato della SIP:

*Bambini e Migrazioni*. Chieti, novembre 2010, pubblicato marzo 2011.

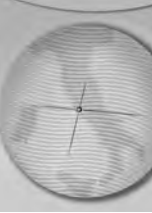
34) Mazzetti M. Dalla parte dei bambini "immigrati". *Prospettive sociali e sanitarie* 2010; 14: 4-6.

35) Cataldo F, Geraci S, Sisto MR. Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie. *Medico e Bambino* 2011; 5: 306-10.

36) Geraci S. Immigrazione e salute: politiche sanitarie inclusive ed il nodo dell'accessibilità. In: *Migrazioni, Sviluppo ed Enti locali: vincoli ed opportunità*. Dossier Umanamente 2010. Arezzo: Ucodep, 2010:89-100.

37) Affronti M, Geraci S, Marceca M, Russo ML. Salute per tutti: da immigrati a cittadini. *Aprire spazi ... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Palermo, 2011.

38) Geraci S. Per una buona salute servono politiche giuste. In: *Caritas/Migrantes. Immigrazione Dossier Statistico 2010*. XX Rapporto sull'immigrazione. Idos, 2010; 227-32.



## La rete dei Centri di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni: ruolo nel confronto degli immigrati. “Visiting Friends and Relatives” e prevenzione

Vincenzo Nicosia<sup>1</sup>, Silvio Caligaris<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Presidente Società Italiana Medicina di Viaggi e delle Migrazioni (SIMVIM); <sup>2</sup>Dipartimento di Malattie Infettive, Spedali Civili, Brescia

Ogni anno 18 milioni di Italiani si recano all'estero, il 10% dei viaggiatori ha come meta Paesi tropicali e subtropicali, dove condizioni igienico sanitarie, abitudini alimentari, clima e stili di vita sono diversi da quelli Italiani. Su 100.000 viaggiatori in un Paese in via di sviluppo per mese di soggiorno, 50.000 manifestano disturbi nel corso del viaggio, 8.000 ricorrono al medico, 5.000 saranno costretti a letto, 1.100 saranno limitati nelle attività, 300 saranno ricoverati nel corso del viaggio o a casa, 50 rimpatriati per ragioni sanitarie e uno morirà [1]. Lo scopo del viaggio nel 70,9 % è il turismo, nel 25,4 % visita a parenti e amici, viaggi di lavoro nel 9,5 %, ricerca/studio nel 2,8 e motivi religiosi nel 2,3% [1]. I problemi sanitari correlati ai viaggi sono molteplici, tra questi bisogna ricordare gli effetti del clima, delle radiazioni solari (colpo di sole, di calore, disidratazione, etc.) delle temperature estreme (congelamento), la jet lag sindrome, le patologie legate al mezzo di trasporto (aereo, nave, auto), le patologie d'altitudine, gli incidenti stradali e balneari, le malattie sessualmente trasmesse e quelle a trasmissione oro-fecale [2]. Sta cambiando il cliché del viaggiatore, aumentano i viaggiatori anziani, i bambini/infanti, le donne gravide e le persone con malattie croniche. Queste categorie di viaggiatori hanno una predisposizione maggiore a sviluppare condizioni patologiche che si possono così identificare [2]:

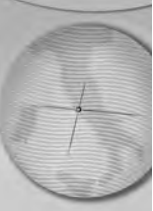
- Anziani: cute più sensibile, malattie e terapie croniche, tromboembolia da ipomobilità.
- Bambini: disturbi durante il viaggio aereo, barotraumi, jet lag, malattie infettive, diarrea, esposizione ai raggi solari.
- Donne gravide: rischi che possono derivare da una malaria da *plasmodium falciparum*, dal viaggio aereo, dall'alta quota e dalla diarrea.

Se si considera l'esplosione dei viaggi “last-minute”, il consistente aumento dei viaggi avventurosi e che spesso i viaggiatori non ricercano un consiglio sanitario prima della partenza, si può comprendere l'entità del problema. Negli ultimi anni i viaggiatori più vulnerabili nei confronti di alcune tra le più frequenti patologie

d'importazione quali malaria, epatite A ed E, tifo e colera sono i cosiddetti VFR (Visiting Friends and Relatives), cioè i soggetti, immigrati da tempo, che decidono di tornare temporaneamente nei luoghi d'origine in visita ad amici e parenti, e questo probabilmente perché i turisti “europei” sono generalmente più consapevoli dei possibili rischi per la propria salute e hanno quindi una maggiore probabilità di adottare idonee misure preventive [3]. Per quanto riguarda la malaria, il gruppo di viaggiatori (VFR) che nel decennio precedente rappresentava solo il 15% dei casi, è salito al 75% nel 2002-2006. Da due anni a questa parte rappresenta un problema sempre maggiore soprattutto nei bimbi, figli di immigrati africani, nati in Italia che affrontano per la prima volta un viaggio nel Paese dei genitori. Gli immigrati tendono ancora a sottostimare il rischio di contrarre la malaria recandosi nei Paesi di origine, non ricorrendo ad alcuna profilassi o effettuandola in modo non corretto. Inoltre sempre i bambini, figli di immigrati, in occasione del loro primo viaggio in aree altamente endemiche per l'epatite A e l'epatite E, sono altrettanto a rischio di contrarre queste infezioni con possibilità di malattia e conseguente ospedalizzazione e di generare successive epidemie nell'ambito di comunità quali asili o scolaresche [4]. Anche per il tifo, per cui si stima un'incidenza di 30 casi su 100.000 viaggiatori da e verso il subcontinente indiano, l'Africa settentrionale e il Perù, dobbiamo tenere alta la guardia e ricercarla tra le più comuni cause di febbre al ritorno da questi Paesi.

Infine, per quanto riguarda il colera, sebbene il trend dell'incidenza sia aumentato costantemente dal quinquennio 2000-2004 al 2004-2008 (+ 24%), si è appurato come la prevalenza di questa infezione intestinale venga sottotificata e sottostimata proprio perché molti Paesi non hanno sistemi di sorveglianza adeguati. Il colera non si vede nei viaggiatori, in genere perché il periodo di incubazione è breve (da poche ore a 5 giorni) e quindi i sintomi della malattia compaiono durante il viaggio. Il 90% degli episodi di colera hanno una sintomatologia lieve o moderata quindi





non sono distinguibili clinicamente da altre cause di diarrea acuta [5]. E pertanto necessario da parte dei sanitari competenti controllare, studiare, monitorare sia i patogeni classici che emergenti e le malattie che essi causano e i fattori che influenzano la loro comparsa. Si ritiene pertanto necessario rafforzare le infrastrutture sanitarie pubbliche e implementare i programmi di prevenzione e controllo, fornendo agli operatori sanitari le conoscenze e gli strumenti necessari. I mezzi di cui l'operatore sanitario dispone sono essenzialmente il counselling, le vaccinazioni e la profilassi farmacologica. I VRF possono recarsi presso i Centri di Medicina dei Viaggi che sono attivati nelle Aziende Sanitarie di ogni regione e sono di facile accesso e aperti a tutti. Sono gestiti da personale specializzato e costantemente aggiornato, in contatto con presidi ospedalieri specialistici (dipartimenti di malattie infettive e tropicali) e con centri istituzionali stranieri. L'accesso è semplice e immediato, con costi contenuti nel range del ticket sanitario e in alcune regioni il servizio del counselling per i VFR è gratuito. Questi Centri sono facilmente reperibili sul sito web della Società Italiana Medicina di Viaggi e delle Migrazioni (SIMVIM) ([www.simvim.it](http://www.simvim.it)). Solitamente gli immigrati vi giungono su consiglio di amici o inviati dal medico curante. Difficilmente vi sono difficoltà di comunicazione e in quei casi

si può ricorrere al mediatore culturale. Inoltre possono trovare presso i Centri tutta una serie di consigli utili in più lingue.

Sono fornite informazioni sui comportamenti da adottare in relazione ai rischi per la salute, consigliate ed effettuate le vaccinazioni (epatite A e B, tifo, colera, febbre gialla, meningite, etc.) e consegnata la profilassi antimalarica più idonea in relazione all'area geografica. Il problema eventualmente è da ricercarsi nel costo di alcuni vaccini o della profilassi antimalarica che possono impattare economicamente sulla famiglia.

### Considerazioni conclusive

Per poter migliorare il livello di assistenza preventiva nei confronti dei migranti la SIMVIM aumenterà l'impegno per facilitare la conoscenza dei centri di medicina dei viaggi. Continueranno i meeting formativi per i Medici di Medicina Generale e per gli operatori sanitari del settore, per poter diffondere maggiormente le tematiche inerenti la medicina del viaggiatore. Utile sarebbe il coinvolgimento a livello sanitario delle varie regioni per facilitare l'accesso ai Centri per i VFR, studiando delle soluzioni economicamente vantaggiose per loro (vaccini e chemioprolassi). Infine, verrà prodotto ulteriore materiale informativo in più lingue per aumentare il livello di informazione e favorirne la diffusione.

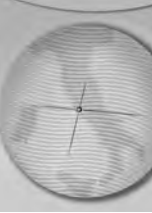
---

### Bibliografia

- 1) Steffen R, DuPont HL, Wilder Smith A. Manuale di Medicina dei viaggi e salute del viaggiatore. CIC Edizioni Internazionali, 2003.
- 2) Orlando G, Galimberti L, Giani G. Manuale di Medicina dei viaggi. Milano: Ed. Masson, 2004.
- 3) CDC. Health Information for International Travel 2011. The Yellow Book.
- 4) Romanò L, Paladini S, Tagliacarne C, Zappa A, Zanetti AR.

The changing face of the epidemiology of type A, B and D hepatitis in Italy, following the implementation of vaccination. *Vaccine* 2009;27: 3439-42.

5) WHO. Cholera vaccines: WHO position paper. *Week Epid record* 2010; 85 (13):117-28. Disponibile online da: <http://www.who.int/wer/2010/wer8513.pdf>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].



## Patologie infettive del migrante: la prospettiva ospedaliera. Epidemiologia e rischi connessi con le condizioni sanitarie e di prevenzione

Zeno Bisoffi<sup>1</sup>, Ruggero Panebianco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Società italiana Medicina Tropicale*; <sup>2</sup>*Direzione Medica GSK, Verona*

### Introduzione

L'Italia è entrata più di recente, rispetto ad altri Paesi europei, a far parte dei circuiti della migrazione internazionale; questo ha comportato una serie di problemi sul piano sanitario, anche in considerazione del fatto che il territorio italiano rappresenta una porta d'ingresso per l'Europa. In particolare, la Regione Puglia e più recentemente la Regione Sicilia, per la posizione geografica e per la notevole estensione delle coste, hanno assunto la configurazione di "Regione di frontiera". Sulle coste sono sbarcati numerosi cittadini provenienti dall'Albania in Puglia e provenienti dal nord d'Africa in Sicilia. Ciò ha rappresentato una vera emergenza sanitaria che è stata fronteggiata con un sistema di sorveglianza coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). In particolare, sono stati eseguiti e sono in esecuzione studi epidemiologici per caratterizzare lo stato di salute degli immigrati. Tale sistema di sorveglianza ha consentito di individuare, a suo tempo, problemi prioritari di salute pubblica nella popolazione albanese, quali l'elevata incidenza di tubercolosi, febbre tifoide ed epatite, ma questo dato si inserisce in un complesso di informazioni e dati riguardante la salute degli immigrati estremamente eterogenei, raccolti per lo più in maniera frammentaria e disparata, e ai quali si sono affiancati sistemi di informazione sanitaria non all'altezza della situazione. Cercheremo nella presente breve analisi di fare una sintesi sistematica dei dati disponibili e più recenti.

### Rank delle malattie infettive rispetto alle altre cause

In una indagine a interviste condotta dall'Istat nel 2008 sullo stato di salute della popolazione immigrata [1] il 21,7% delle persone straniere di età inferiore ai 65 anni (24,2% tra le donne e 19,4% tra gli uomini) dichiara di aver sofferto, nelle quattro settimane precedenti l'intervista, di una qualche patologia in forma acuta. Si tratta prevalentemente di patologie che colpiscono l'apparato respiratorio (11,9%), seguono le malattie del sistema osteomuscolare (2,8%, 2,4% per gli uomini e 3,2% per le donne), quelle dell'apparato

digerente e denti (2,7%), traumatismi (2,4%, di cui 3,2% tra gli uomini e 1,6% tra le donne). Rispetto ai cittadini italiani la graduatoria delle patologie è pressoché simile, sebbene complessivamente la prevalenza delle persone che hanno sofferto di almeno una patologia in forma acuta nelle quattro settimane precedenti l'intervista, confrontata standardizzando per età, sia più alta tra gli italiani (27,4% contro il 22,8%), sia per gli uomini che per le donne come evidenziato nella Tabella 1 che analizza i tassi grezzi e quelli standardizzati per 100 persone.

La quota di stranieri non anziani con limitazioni non temporanee (che durano da almeno sei mesi) nelle attività quotidiane è esigua sia per le limitazioni gravi (0,6% rispetto a 2,3% tra gli italiani) sia per quelle non gravi (4,4% rispetto a 6,1%), a conferma che anche considerando altri tipi di indicatori, le persone straniere residenti in Italia godono di buona salute. Riguardo alle prestazioni sanitarie, rispetto ai cittadini italiani la popolazione straniera fino a 64 anni si caratterizza complessivamente per un minor ricorso a visite mediche e accertamenti diagnostici.

Per avere un'idea delle prestazioni ospedaliere è utile analizzare i risultati del Progetto Migrazione e Salute coordinato dall'ISS del Giugno 2010 [2]. In tale studio l'esame dei dati nazionali relativi a schede di dimissione ospedaliera (SDO, anno 2007), ai certificati di assistenza al parto (CeDAP, anno 2007) e alle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG, anno 2006) offre uno spaccato delle condizioni di salute delle persone migranti. Nei maschi, le cause più frequenti di ospedalizzazione in regime ordinario sono risultate essere le fratture e i traumatismi, l'appendicite acuta e le bronchiti tra gli immigrati provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp), mentre tra cittadini provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa), ivi compresi gli italiani, troviamo le patologie cardiache, quali l'insufficienza, l'infarto e le aritmie. Per quanto riguarda i ricoveri in day hospital, prevalgono in entrambi i gruppi gli accessi per chemioterapia, seguiti dalle patologie croniche (come il diabete

Tabella 1. Confronto tassi di stranieri e italiani che hanno sofferto di almeno una patologia in forma acuta nelle quattro settimane precedenti l'intervista.

	Tassi grezzi			Tassi standardizzati					
	Stranieri			Stranieri			Italiani		
	M	F	M e F	M	F	M e F	M	F	M e F
<b>Persone con almeno una malattia acuta</b>	<b>19,4</b>	<b>24,2</b>	<b>21,7</b>	<b>20,9</b>	<b>24,8</b>	<b>22,8</b>	<b>25,5</b>	<b>29,4</b>	<b>27,4</b>
Malattie dell'apparato respiratorio	11,2	12,6	11,9	10,9	12,3	11,6	13,8	14,9	14,3
Malattie del sistema osteomuscolare	2,4	3,2	2,8	2,9	3,4	3,1	3,6	4,8	4,2
Malattie dell'apparato digerente e denti	2,3	3,2	2,7	2,3	3,6	2,9	3,0	3,8	3,4
Traumatismi e avvelenamenti	3,2	1,6	2,4	3,3	1,3	2,3	2,9	2,1	2,5
Malattie del sistema nervoso	1,1	3,0	2,0	1,1	3,0	2,1	2,2	4,5	3,3
Altre malattie	0,6	2,0	1,3	1,0	2,1	1,6	1,7	2,4	2,1
Malattie dell'apparato circolatorio	0,5	0,9	0,7	1,2	1,6	1,4	1,4	1,8	1,6
Disturbi psichici	0,8	0,6	0,7	0,6	0,8	0,7	0,7	1,1	0,9
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	0,6	0,6	0,6	0,4	1,0	0,7	0,5	0,8	0,6
Malattie dell'apparato genito-urinario	0,4	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6	0,3	0,4	0,4
Malattie degli occhi e delle orecchie	0,2	0,9	0,5	0,7	0,6	0,6	0,7	0,8	0,7

mellito) tra i Psa e le malattie infettive tra i Pfp. Nelle donne, la causa più frequente di ricovero ordinario è rappresentata dal parto (e da altri motivi riconducibili alla salute riproduttiva) tra le immigrate provenienti da Pfp, mentre tra le Psa predominano le patologie croniche, legate all'insufficienza cardiaca e all'artrosi. In day-hospital, si conferma il dato relativo alle interruzioni volontarie di gravidanza che, in riferimento alle donne immigrate da Pfp, rappresentano il 41% di tutti gli accessi (a fronte del 4% registrato tra le donne dei Ps) [2].

In uno studio condotto dal CCM e dalla regione Marche pubblicato nel 2009 [3] le cause di ricovero sono state analizzate secondo i Grandi capitoli ICD9-CM.

Nelle Figure 1 e 2 vengono riportati i valori riguardanti la Regione Lazio per maschi e femmine suddivisi per il codice sopradescritto e derivanti da un'analisi del data base SDO, anno 2006 (PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato; PFPM regolari = immigrati regolari)

Dall'analisi dei ricoveri condotta nel 2005 [3] è emerso che le malattie infettive non sembrano essere un problema di salute rilevante per la popolazione immigrata, tuttavia l'andamento delle principali cause infettive va continuamente sorvegliato anche perché indicatore di condizioni di vita (povertà, abitazione, abitudini, ecc...) e di accesso alla prevenzione. La Tabella 2 mostra, per l'anno 2005, la proporzione di notifiche delle singole malattie infettive tra quelle più frequenti (esclusi i focolai), per cittadinanza. Da segnalare che la proporzione di casi notificati di tubercolosi (polmonare, extrapolmonare e mista) a carico dei PFPM rappresenta poco meno della metà di tutti i casi notificati [3].

Per ciò che concerne i dati di mortalità va

tenuto presente che gli stranieri che raggiungono il nostro Paese provengono sovente da zone del mondo con tassi di mortalità ben superiori al nostro. Tuttavia, se si eccettua la mortalità infantile (come evidenziato nella Figura 3 [4]) gli stranieri provenienti dai paesi a forte pressione migratoria hanno tassi di mortalità inferiori a quelli degli italiani. La prima spiegazione, quella cosiddetta del "migrante sano", afferma che le migrazioni sono un fenomeno selettivo sotto vari aspetti, non ultimo tra questi lo stato di salute al momento di emigrare [4]. Inoltre tra gli immigrati di alcuni gruppi etnici persistono vantaggi comparati, almeno per alcune cause di morte, come i tumori e le malattie del sistema cardiocircolatorio. La Tabella 3 presenta la composizione percentuale secondo la causa di morte per alcune nazionalità dei deceduti nel periodo 1997-2002 e da essa si evince come malattie del sistema circolatorio e tumori siano le prime due cause di morte per gli italiani e per i paesi occidentali. Per tutti gli altri individui con provenienza da Paesi a forte pressione migratoria i traumatismi e gli avvelenamenti risultano, invece, la prima causa di morte. Le malattie infettive incidono in misura contenuta, anche se in misura proporzionalmente più elevata che nella popolazione italiana, soprattutto per i soggetti provenienti dall'Africa sub - sahariana [4].

#### Poverty Related Diseases (PRD)

Sotto questa denominazione usata dalla Commissione Europea si raggruppano malattie a eziologia diretta molto diversa ma che hanno in comune l'eziologia indiretta di essere associate alle condizioni di povertà di vaste aree del pianeta e soprattutto del continente africano.

Figura 1. Cause di ricovero ordinario negli uomini residenti, per cittadinanza. Regione Lazio, anno 2006.

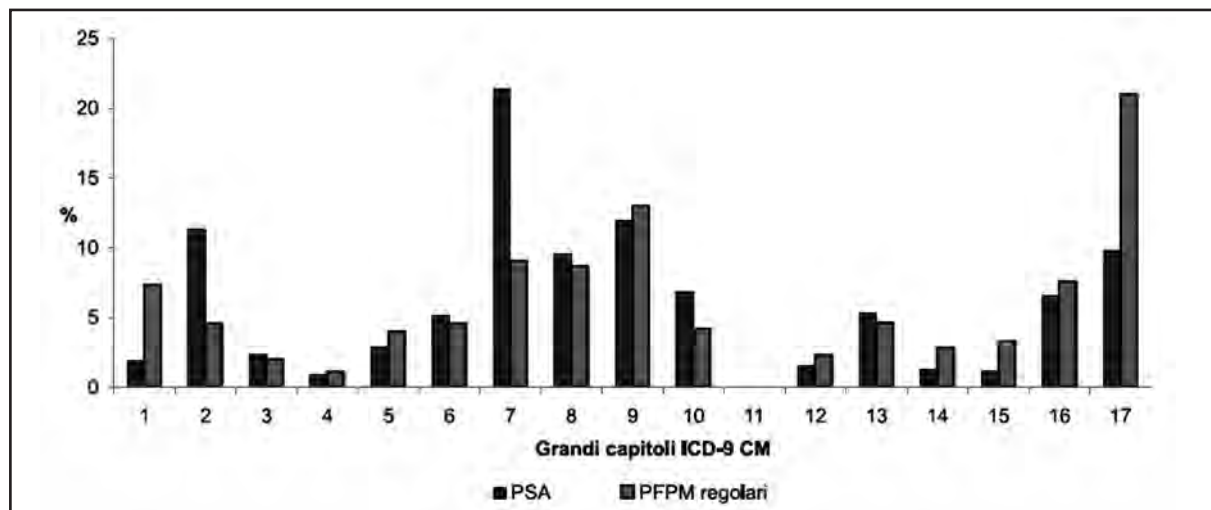
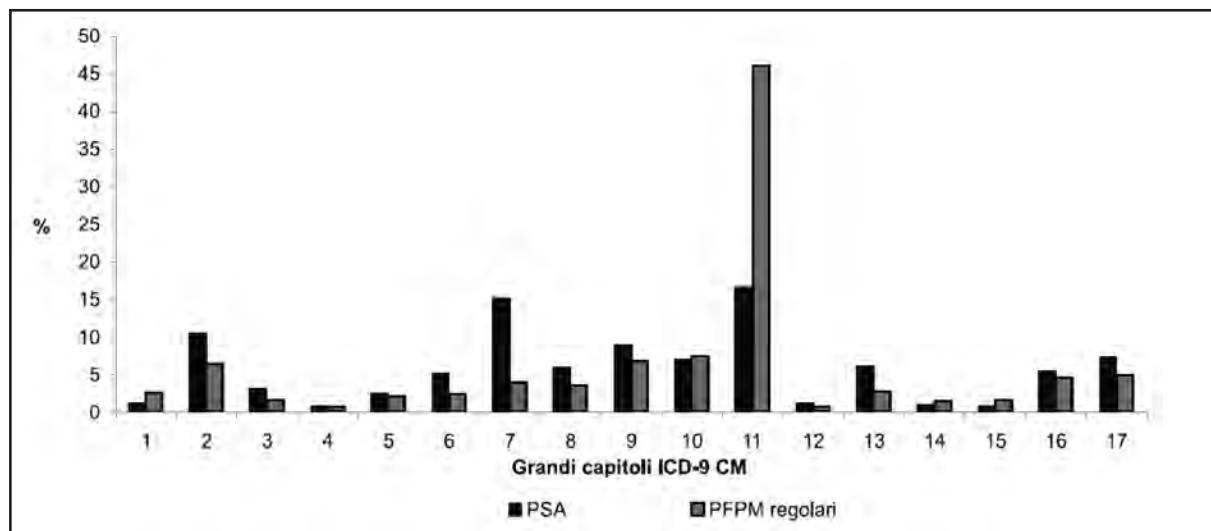


Figura 2. Cause di ricovero ordinario nelle donne residenti, per cittadinanza. Regione Lazio, anno 2006.

**Legenda Figure 1 e 2**

1. Malattie infettive e parassitarie 001-139 2. Tumori 140-239 3. Malattie endocrine, delle nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari 240-279 4. Malattie del sangue e degli organi emopoietici 289-289 5. Disturbi psichici 290-319 6. Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso 320-389 7. Malattie del sistema circolatorio 390-459 8. Malattie del sistema respiratorio 460-519 9. Malattie dell'apparato digerente 520-579 10. Malattie del sistema genito-urinario 580-629 11. Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio 630-67 12. Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo 680-709 13. Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo 710-739 14. Malformazioni congenite 740-759 15. Alcune condizioni morbose di origine perinatale 760-779 16. Sintomi, segni, stati morbosi mal definiti 780-799 17. Traumatismi e avvelenamenti

**The "big three": HIV, tubercolosi, malaria HIV**

I casi di AIDS notificati complessivamente in Italia, dal 1982 (anno di inizio dell'epidemia) al 2008, sono circa 60.500 di cui oltre 20.000 viventi; il 20-25% di essi sono donne. Nel 2008 gli stranieri affetti da AIDS sono oltre il 20% del totale, con un trend in aumento dovuto soprattutto all'aumento della popolazione straniera (dati Istituto Superiore di Sanità, dicembre 2008) [3]. Prima del 1993 solo 2,5% dei casi riguardava cittadini stranieri. Attualmente oltre il 60% dei casi di AIDS si verifica in persone che non

hanno fatto terapie antiretrovirali prima della diagnosi. Ciò in quanto sempre più individui (60%) scoprono di essere sieropositivi a ridosso della diagnosi di malattia conclamata. Questo fenomeno rappresenta il chiaro segnale di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale e fra gli stranieri [3]. L'incidenza di nuovi casi di infezione da HIV nella popolazione straniera nel periodo 1992 - 2004 era di 69.000 casi per 100.000 residenti con permesso di soggiorno, contro 8,7/100.000 tra gli italiani [5]. La differenza tra le due popolazioni appare in aumento. Nel periodo 1992 - 1994 l'incidenza era



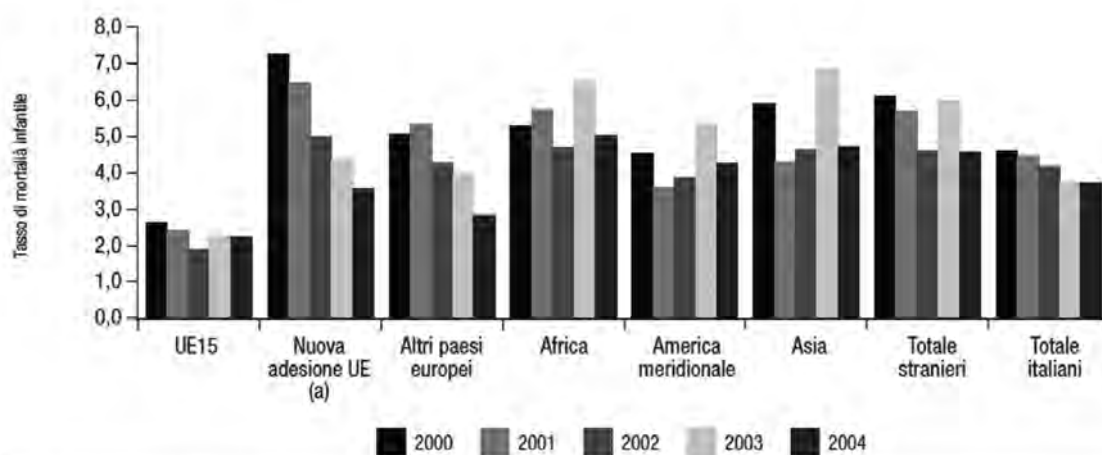
Tabella 2. Proporzione di notifiche delle singole malattie infettive tra quelle più frequenti (esclusi i focolai), per cittadinanza. (Data Base Istat anno 2005).

Diagnosi	% / tot notifiche PSA	% / tot notifiche PFPM
diarrea inf non da salmonella	97,5	1,8
epatite A	92,3	6,7
epatite B	90,7	8,8
epatite non A non B	92,7	6,7
febbre tifoide	94,4	4,7
legionellosi	98,1	1,7
meningite e encefalite acuta virale	96,1	3,0
meningite meningococcica	96,7	3,0
morbillo	91,6	6,5
parotite epidemica	95,9	3,1
salmonellosi non tifoidee	98,1	1,5
scarlattina	98,7	1,0
sifilide	82,1	9,5
tubercolosi polmonare	56,0	43,2
tubercolosi extrapolmonare	56,2	42,1
tubercolosi mista	47,1	51,6
varicella	97,6	1,9
altro	78,4	11,9

PSA = Italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = Immigrati da Paesi a forte pressione migratoria. In entrambi i casi si tratta dello stato di nascita e non della cittadinanza.

Figura 3. Tassi di mortalità per cittadinanza. Anni 1997-2004 (valori per 1.000 nati vivi residenti in Italia).



Fonte: Elaborazioni su dati Istat - Scheda di morte nel primo anno di vita.

(a) Il gruppo dei Paesi di nuova adesione UE comprende i Paesi inclusi nell'unione Europea a partire da Maggio 2004 e da Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania.

circa 5 volte superiore tra gli stranieri, mentre nel 2002 - 2004 lo era di 8 volte. In assoluto tuttavia, anche tra gli stranieri l'incidenza mostra un trend

alla diminuzione negli ultimi 10 anni [5]. Inoltre va considerato che il numeratore comprende anche i casi negli immigrati irregolari, che non



Tabella 3. Cause di morte per nazionalità dei deceduti nel periodo 1997-2002.

	Malattie infettive e parassitarie	Tumori	Malattie ghiandole endocrine	Malattie del sangue	Disturbi psichici	Malattie sistema nervoso	Malattie sistema circolatorio	Malattie apparato respiratorio	Malattie apparato digerente	Malattie apparato genito-urinario	Malattie Complicazioni gravidanza	Malattie della pelle	Malattie sistema osteo-muscolare	Malformaz. congenite	Condizioni orig. Morb. Perin.	Sintomi mal definiti	Traumatismi ed avvelenamenti	Totale	N
Italia	0,6	28,7	3,9	0,4	1,7	2,4	43,3	6,5	4,6	1,4	0,0	0,1	0,4	0,1	0,0	1,2	4,7	100,0	3.314.233
Unione Europea	0,7	29,7	3,3	0,1	1,5	2,4	40,8	6,3	4,6	1,5	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	1,7	7,1	100,0	2.576
di cui:																			
Francia	0,4	30,4	3,4	0,0	1,7	3,1	39,8	6,3	5,5	0,8	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	1,5	6,7	100,0	477
Germania	0,6	29,7	3,3	0,0	1,3	2,2	42,2	5,1	4,9	1,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	2,2	7,0	100,0	898
Regno Unito	0,5	27,8	2,2	0,2	1,4	2,7	44,9	6,8	4,3	1,4	0,0	0,0	0,7	0,2	0,0	1,0	5,8	100,0	414
Paesi di nuova adesione (esclusi Malta e Cipro) di cui:																			
Polonia	1,2	25,9	1,6	0,5	0,9	1,2	25,8	3,2	5,0	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	2,1	32,0	100,0	563
Romania	1,6	30,2	1,1	0,0	1,6	1,6	23,1	5,5	7,7	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	22,5	100,0	182
Romania	0,7	24,4	1,8	0,7	0,7	0,7	22,9	1,1	3,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	42,2	100,0	275
Altri Paesi Europa Orientale di cui:																			
Albania	0,9	22,6	1,8	0,3	1,2	1,1	25,4	4,0	2,2	0,8	0,0	0,0	0,1	0,9	0,0	2,4	36,2	100,0	1.537
Albania	0,6	19,5	1,6	0,3	0,5	1,0	18,5	2,1	1,8	0,5	0,0	0,0	0,2	1,3	0,0	1,9	50,2	100,0	620
Serbia Montenegro	1,3	23,5	1,3	0,3	1,6	1,1	31,1	7,4	2,9	2,4	0,0	0,0	0,3	1,1	0,0	2,4	23,5	100,0	379
Altri Paesi Europa (inclusi Malta e Cipro)	0,5	25,3	2,3	0,4	1,6	2,5	43,3	6,9	3,1	1,1	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	2,0	10,1	100,0	554
Africa Nord di cui:																			
Tunisi	2,1	12,0	3,3	0,5	1,9	0,8	16,6	4,3	3,3	0,7	0,1	0,1	0,5	0,8	0,0	3,8	49,4	100,0	1.290
Tunisi	1,6	10,1	3,6	0,4	4,9	0,4	14,6	4,5	2,4	0,8	0,0	0,0	1,2	1,2	0,0	8,5	45,7	100,0	247
Marocco	1,7	12,4	2,7	0,7	1,2	0,7	13,7	4,2	2,5	0,6	0,1	0,1	0,2	0,9	0,0	2,7	55,5	100,0	816
Africa Centro-Sud	3,8	15,9	16,1	0,5	1,2	2,0	20,5	4,2	4,7	0,6	0,4	0,0	0,3	1,4	0,0	3,7	24,6	100,0	781
America Nord di cui:																			
Stati Uniti	0,0	27,6	3,6	0,5	1,3	3,6	47,4	6,4	2,1	0,5	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,8	5,9	100,0	388
Stati Uniti	0,0	27,3	3,9	0,6	1,1	3,9	47,6	5,9	1,7	0,6	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,8	6,2	100,0	355
America Centro-Sud	1,2	25,9	8,4	0,4	1,0	0,8	27,1	3,6	4,8	0,8	0,0	0,4	1,0	0,8	0,0	2,8	20,9	100,0	498
Asia Occidentale	1,4	26,8	2,9	0,0	0,0	2,2	38,4	5,8	4,3	2,2	0,0	0,0	0,7	0,7	0,0	2,2	12,3	100,0	138
Asia Centro-Sud	2,1	11,7	3,5	0,9	1,8	1,2	23,8	3,2	8,2	0,6	0,3	0,0	0,9	1,5	0,0	1,5	39,0	100,0	341
Asia Orientale	1,4	24,5	4,4	1,1	0,3	0,5	27,7	3,6	2,2	0,8	0,8	0,0	0,3	0,8	0,0	1,6	29,9	100,0	364
Oceania	0,0	18,6	0,0	0,0	0,0	2,3	53,5	4,7	7,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,6	100,0	43
Non indicato	0,5	28,6	3,1	0,2	0,7	2,6	43,5	6,7	3,5	1,6	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	2,0	6,2	100,0	802
<b>Totale</b>	<b>0,6</b>	<b>28,7</b>	<b>3,9</b>	<b>0,4</b>	<b>1,7</b>	<b>2,4</b>	<b>43,3</b>	<b>6,5</b>	<b>4,6</b>	<b>1,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>1,2</b>	<b>4,7</b>	<b>100,0</b>	<b>3.324.108</b>

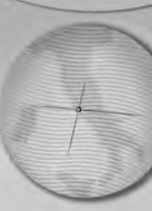
Fonte: elaborazioni su dati Istat.

sono invece compresi nel denominatore. Su quest'ultima popolazione non vi sono ovviamente dati ufficiali, ma uno studio multicentrico del PRISHMA Study group [6] ha permesso di stimare una prevalenza di circa 1% nella popolazione studiata. Lo stesso studio documentava una scarsa conoscenza del modo di trasmissione e una pratica diffusa di sesso non protetto. L'origine da un Paese dell'Africa sub-sahariana costituiva un fattore di rischio indipendente, assieme alla prostituzione e appunto al sesso non protetto. Infine, per i pochi casi in cui era stato possibile documentarlo tramite la determinazione dell'avidity index, in sei casi su dieci l'infezione era stata presumibilmente contratta in Italia. Lo studio concludeva indicando la necessità di educazione sanitaria, accesso gratuito allo screening e alla presa in carico, in particolare per le comunità di origine africana.

### Tubercolosi

È una classica malattia della povertà. L'abbassamento delle difese immunitarie, infatti, può dipendere dal fatto di vivere in condizioni igieniche molto scarse e di soffrire di uno stato di malnutrizione e di cattive condizioni generali di salute [3].

L'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi (TB) in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio, quali gli immigrati e in alcune classi di età e dall'emergere (peraltro ancora limitato) di ceppi tubercolari multiresistenti (MDR TB e XDR TB). Il tasso grezzo annuale di incidenza della tubercolosi registrato nel 2009 è pari a 7,1 casi per 100.000 abitanti con un totale di casi notificati pari a 4.246 (Min Sal) (nel 2007 era di 7,7 casi per 100.000 abitanti, con un totale di casi notificati pari a 4.527). Per il 70% dei casi si tratta di TB polmonare. I casi extra-polmonari, spesso associati all'infezione da HIV, dopo il progressivo aumento delle decadi precedenti, tendono a stabilizzarsi, probabilmente grazie alle cure anti-AIDS. Negli ultimi anni si osserva una diminuzione negli ultra 65enni e un aumento nei giovani adulti. Questo trend è dovuto alla componente di popolazione immigrata, che nel 2009 costituisce praticamente il 50% del totale dei casi. L'analisi per nazionalità rispecchia l'evoluzione del fenomeno migratorio ed evidenzia, sempre nel periodo esaminato, che



la proporzione di ammalati provenienti da un Paese africano si è progressivamente ridotta passando dal 50% registrato nel 2001 a meno del 40% del 2007 [7]. Al contrario, la proporzione di ammalati provenienti da una nazione dell'Est-Europa o da un Paese neo-comunitario è progressivamente aumentata, passando dal 20-25% nel biennio 2001 - 2002 al 55% nel 2007 [7]. In generale possiamo affermare che l'Italia rimane un Paese a bassa incidenza di tubercolosi, e che la relativamente alta incidenza in alcuni gruppi di popolazione immigrata non ha per nulla influenzato il trend discendente nella popolazione autoctona. Tuttavia la gestione della malattia nel nostro Paese presenta ampi margini di miglioramento. L'emergenza di ceppi MDR e XDR è ancora un fenomeno relativamente limitato ma l'aumento migratorio dai Paesi dell'Est Europa potrebbe aumentarne l'incidenza e porre un problema importante di gestione di pazienti che devono essere sottoposti a trattamenti complessi, di lunga durata e con prospettive di guarigione nettamente inferiori, soprattutto in caso di co-infezione con HIV. Una gestione intelligente del problema tubercolosi in Italia dovrebbe garantire l'accesso il più possibile precoce alla diagnosi e alle cure in particolare per la popolazione immigrata. La strategia di screening suggerita da chi da anni si occupa seriamente del problema (Stop TB Italia, ambulatori Caritas, Naga e altri, società scientifiche) è quella dell'identificazione precoce dei casi di TB attiva, mentre lo screening generalizzato (Mantoux o Quantiferon TB) non è in genere raccomandato. Tuttavia le pratiche di screening in Europa sono le più diverse [8] e un recente studio inglese mostrerebbe che lo screening della TB latente negli immigrati presenta in realtà un eccellente rapporto costo - efficacia [9]. Forse ancora più importante della strategia di screening, tuttavia, è la necessità di garantire efficacemente la compliance del trattamento. In Italia non si applica la strategia DOT dell'OMS, e il follow-up dei pazienti è insoddisfacente come evidenziato da un tasso di cura in accettabilmente basso (circa 65%, nettamente inferiore a quello ottenuto nella maggior parte dei Paesi a basso reddito).

### **Malaria**

L'incidenza della malaria in Italia raggiunge un picco di oltre 1.000 casi annui attorno al 2000 per poi mostrare una tendenza alla diminuzione e una stabilizzazione negli ultimi anni del periodo. La proporzione dei casi nei cittadini stranieri è andata progressivamente aumentando, fino

a rappresentare oltre il 47% del totale (come illustrato nella Figura 4) [10].

Tuttavia i casi gravi e mortali si concentrano, al contrario, nella popolazione italiana non immune (Tabella 4), esposta alla malaria in occasione di viaggi in Paesi endemici. Questo non significa che la malaria dell'immigrato (tipicamente un soggetto africano adulto semi immune) sia un problema trascurabile. Decessi sono stati osservati anche in questo gruppo, e uno studio condotto in Italia [11] ha mostrato che il trend della malaria grave e potenzialmente mortale da *Plasmodium falciparum*, pur a fronte di una diminuzione dei casi totali, è destinato probabilmente ad aumentare. Infatti, mentre nel primo periodo di immigrazione (primi anni 90) la maggior parte dei casi di malaria in soggetti stranieri riguardava nuovi arrivi in Italia, negli anni successivi (soprattutto dal 2000 in poi) i casi sono stati osservati nei cosiddetti VFR (Visiting Friends and Relatives), dei quali una percentuale rilevante (circa un terzo) risiedevano già da oltre 10 anni nel nostro Paese prima del soggiorno nella patria d'origine nel quale contraevano la malaria. I casi di malaria complicata venivano generalmente osservati, appunto, in questo gruppo, che a causa del lungo periodo trascorso al di fuori delle aree endemiche aveva progressivamente perso lo stato di cosiddetta "premunizione". Negli anni a venire ci dobbiamo probabilmente aspettare una diminuzione ulteriore dell'incidenza di nuovi casi anche a causa degli sforzi crescenti per il controllo della malattia nei Paesi endemici, ma verosimilmente un aumento relativo di casi gravi.

### **Neglected Infectious and Tropical Diseases (NID, NTDs)**

Sotto questa denominazione l'OMS raggruppa un gran numero di malattie di diversa eziologia (batterica come la lebbra o le treponematosi non veneree; protozoaria come la tripanosomiasi africana, la malattia di Chagas, la leishmaniosi viscerale e cutanea, l'amebiasi; elmintica come le filariosi, l'infestazione da *Ascaris lumbricoides*, la schistosomiasi, i "soil transmitted helminths": anchilostomiasi, strongiloidiasi).

Queste "malattie dimenticate" sono tali anche dalla nostra epidemiologia per quanto riguarda gli immigrati presenti nel nostro Paese. Per quanto riguarda in particolare le parassitosi (intestinali e non) i dati di notifica sono praticamente inutilizzabili, per due motivi: a) nella grande maggioranza dei casi non vengono diagnosticate per assenza di sospetto clinico e per la bassa sensibilità delle metodiche dirette di laboratorio, soprattutto se effettuate in centri non specializzati;

Figura 4. Incidenza della malaria: confronto tra cittadini italiani e stranieri. Anni 200-2008.

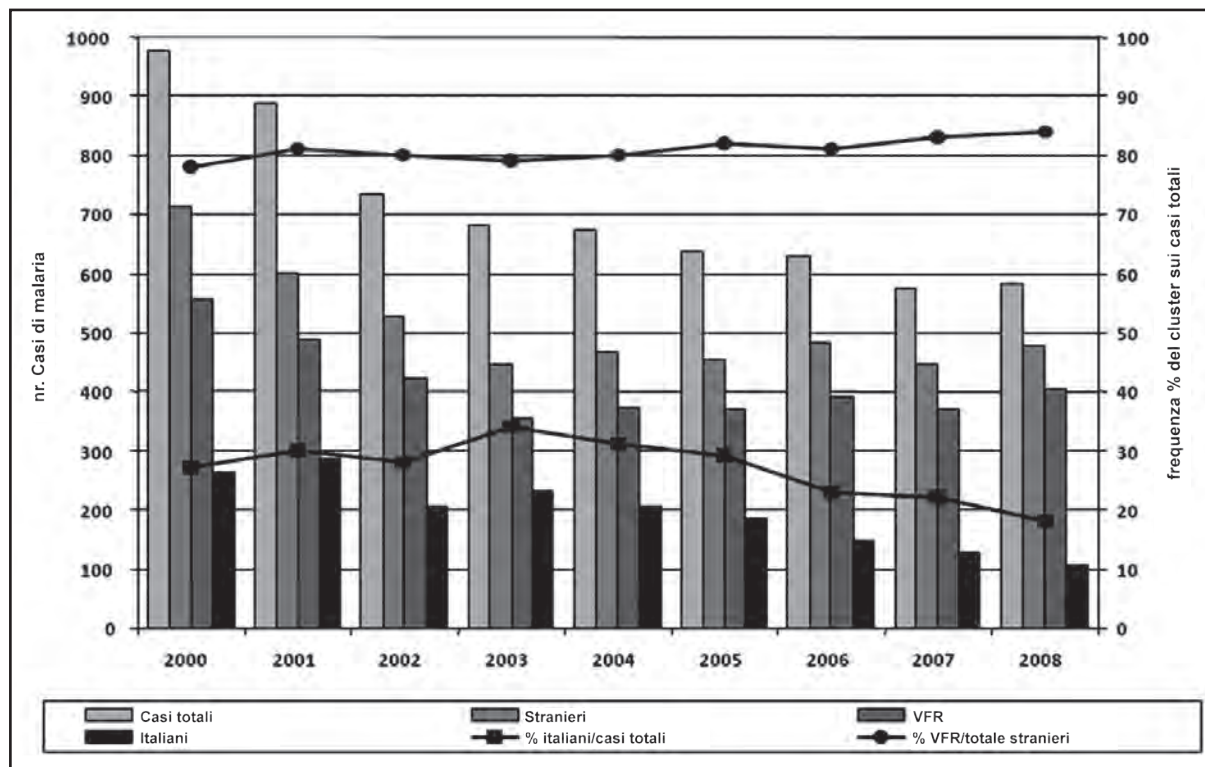
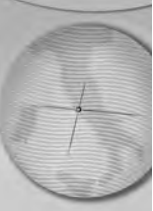


Tabella 4. Caratteristiche generali della malaria importata in Italia. Anni 2000-2008. Tra parentesi sono riportate le frequenze relative (%) per nazionalità rispetto al totale dei casi[10].

	Casi totali	Italiani	Stranieri
Casi di Malaria	6,377	1.756	4.621
Autoctoni	9	7	2
Importati	6.368	1.749 (27,5)	4.619 (72,5)
<i>P.falciparum</i>	5.301 (83,1)	1.284 (73,1)	4.017 (87,0)
<i>P.vivax</i>	536 (8,4)	284 (13,2)	252 (5,5)
<i>P.ovale</i>	413 (6,5)	153 (8,7)	260 (5,6)
<i>P.malariae</i>	105 (1,6)	31 (1,8)	74 (1,6)
Mixed infections	22 (0,3)	4 (0,2)	18 (0,4)
*	5922 (93,0)	1511 (86,4)	4411 (95,5)
	296 (4,6)	142 (8,1)	154 (3,3)
C.S. America	123 (1,9)	71 (4,1)	52 (1,1)
Papua NG	27 (0,4)	25 (1,4)	2 (0,04)
Morti	27	20	7
% eventi fatali	0,51%	1,56%	0,20%

\* Casi autoctoni non considerati (N=9)





b) anche quando sono diagnosticate, di norma non vengono notificate. Eppure si tratta di patologie potenzialmente gravi e mortali, di cui esistono dati solo in pochissimi centri specializzati e attrezzati per la diagnostica. Un esempio paradigmatico è la malattia di Chagas, tipica della popolazione latinoamericana. Si stima un numero di almeno 5 - 6.000 persone affette nel nostro Paese, in gran parte di origine boliviana, per le quali non è previsto alcun programma di screening e naturalmente non è disponibile il trattamento, che deve essere importato dall'estero. Dalla casistica osservata in Italia (praticamente da soli due centri), si evince che in oltre la metà dei casi la malattia è in fase indeterminata e potrebbe beneficiare di un trattamento che ridurrebbe la percentuale di progressione verso le forme con localizzazione d'organo (miocardio, apparato gastroenterico), a esito infausto. Inoltre questa patologia può essere trasmessa tramite trasfusione e trapianto d'organo o tessuto, oltre che per via materno-fetale, motivo per cui in alcuni Paesi europei esistono già delle specifiche misure di screening e controllo. L'Italia fra l'altro è il secondo Paese europeo per numero stimato di casi, dopo la Spagna. I casi si concentrano prevalentemente in Italia del Nord e in particolare in Lombardia come evidenziato nella Figura 5.

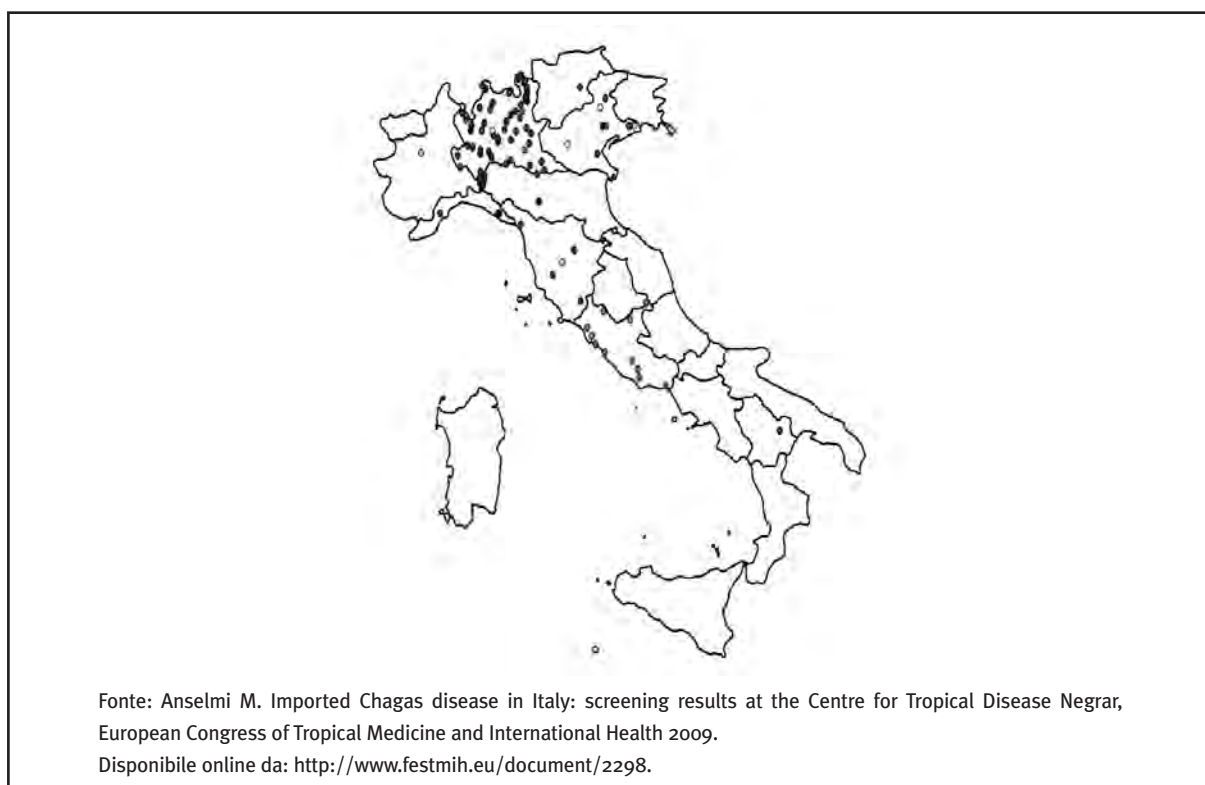
Un altro esempio paradigmatico è la strongiloidiasi, causa ogni anno di decessi evitabili

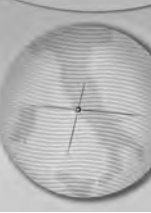
(e quasi sempre "sommersi") dovuti alla forma disseminata, scatenata da immunodepressione da patologie concomitanti o farmaco-indotta, sia nella popolazione immigrata che in quella autoctona. Infatti questa patologia sommersa è ancora prevalente nella popolazione anziana italiana [12], non viene quasi mai diagnosticata e presenta un carico di morbilità/mortalità significativo, eppure l'unico farmaco di provata efficacia, l'ivermectina, non è mai stato registrato nel nostro Paese per uso umano. Dati recenti ne documentano un'altissima prevalenza sia nella popolazione immigrata di origine latinoamericana (circa 10%), che negli immigrati di varia nazionalità con infezione HIV, di cui una parte rilevante presentava anche una storia di trattamenti corticosteroidi, un riconosciuto fattore di rischio per la forma disseminata [11].

#### Malattie sessualmente trasmesse

Da un'analisi ad hoc basata sui dati del Sistema di Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST), gestito dall'ISS, è emerso come, dal 1990 al 2008, ci sono state circa 18.000 segnalazioni di caso a carico di persone non italiane. La proporzione annua tra gli stranieri (in maggioranza europei e africani) è passata dal 10% nel periodo fino al 1994 al 35% del 2008, dato questo interpretabile alla luce del forte incremento demografico registrato nel medesimo

Figura 5. Distribuzione regionale dei casi importati di malattia di Chagas.





periodo a carico della popolazione immigrata presente in Italia. Gli stranieri con una MST sono prevalentemente eterosessuali, con bassa scolarità, poco propensi all'uso di droghe (1,2%) e che in un caso su cinque hanno già avuto una IST in passato. In particolare, più che negli italiani viene diagnosticata una gonorrea (9,3% vs 4,1%), una sifilide latente (15,6% vs 6,9%) o una infezione da clamidia (8,1% vs 5,7%). La proporzione di infezione HIV sul totale dei soggetti con MST, invece, risulta minore rispetto agli italiani (5,3% vs 8,8%) [2].

### Malattie infettive prevenibili con vaccinazione

Il rischio di contrarre malattie infettive suscettibili di vaccinazione è maggiore in diverse parti del mondo, fuori dall'Italia [13]. Per esempio, poliomielite, difterite, pertosse e infezione da *Haemophilus influenzae* di tipo B sono state pressoché eliminate nel nostro Paese, grazie alla vaccinazione universale. L'epatite B è praticamente sconosciuta nella popolazione nata negli ultimi 30 anni. Qualche caso di tetano si registra ancora ogni anno, ma in soggetti anziani che non erano mai stati vaccinati. Tuttavia diversi vaccini che fanno parte del programma vaccinale italiano di base potrebbero non rientrare nei programmi equivalenti di altri Paesi: gli esempi più tipici possono riguardare proprio l'epatite B oppure l'infezione da *H. influenzae* di tipo b (in questo caso per mancata disponibilità del vaccino) [13,14]. Gli immigrati che accedono al servizio sanitario pubblico (per esempio attraverso il canale dei Medici di Medicina Generale), i bambini (figli di immigrati o adottati) che si iscrivono a scuola (e per i quali è richiesto un certificato vaccinale) e tutti coloro che vengono assunti per un impiego stabile, molto probabilmente ottengono un aggiornamento del loro stato vaccinale e in breve sono equiparabili alla popolazione locale. Ma sfortunatamente non tutti gli immigrati accedono regolarmente ad un servizio sanitario: barriere linguistiche, timori di costi proibitivi, differenti scale di priorità e mancata consapevolezza dell'importanza delle vaccinazioni sono tutti fattori che possono concorrere ad ostacolare un'adeguata immunizzazione. Identificare i gruppi a maggior rischio può servire a concentrare maggiormente gli interventi al fine di ridurre quanto più possibile ogni forma di disparità: studi effettuati negli USA, per esempio, hanno dimostrato che la comunità delle giovani donne ispaniche è quella a maggior rischio per la rosolia, che la comunità dei cambogiani anziani è quella a maggior rischio per l'infezione da pneumococco e che

i bambini somali in età scolare sono a maggior rischio di epatite B [14,15].

### Morbillo

Il gruppo a maggior rischio sembrerebbe essere quello dei bambini adottati di età inferiore all'anno. Vaccinare dopo l'anno di vita non è tassativo [13]. Nel nostro Paese, per quanto riportato nell'ultimo Piano Nazionale Vaccini si è scelto di vaccinare con una prima dose i bambini dell'età di 12-15 mesi e una seconda dose viene proposta dai 5-6 anni ai 14-15 anni [13]; la Regione Veneto ha scelto di praticare la seconda dose nel corso del 6° anno di vita. L'epidemia di morbillo nei Paesi europei occorsa tra il 2007 e 2008 ha fatto registrare che il 14% dei casi ha interessato bambini al di sotto dell'anno di vita. In uno studio recentemente pubblicato da Dominguez et al, [16] gli autori concludono che la prima dose di vaccino dovrebbe routinariamente essere somministrata all'età di 12 mesi. Nell'era di una vasta copertura vaccinale, benché non obbligatoria, i bambini immigrati-adottati costituiscono la principale fonte di infezione per i non immuni [17]. Questo fatto andrebbe sempre preso in considerazione per suggerire la vaccinazione a tutti coloro, non immuni, che possono entrare in contatto con tale categoria di popolazione.

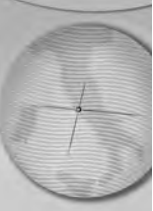
### Rosolia

La vaccinazione pressoché universale contro la rosolia, specie nelle ragazzine nell'immediata età pre-puberale, rende ragione del fatto che ormai i pochi casi di rosolia congenita che si registrano ogni anno nel nostro Paese riguardano quasi esclusivamente figli nati da donne non italiane specie se provenienti dai Paesi dell'Est [13]. Nel Marzo 2011 è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015 [18]. L'indagine condotta su più regioni evidenzia la necessità di intensificare l'impegno per identificare e vaccinare in particolare le donne immigrate, indicando di vaccinare tutte le donne suscettibili, identificate durante la gravidanza, nel post-partum e post interruzione di gravidanza.

### Tetano e difterite

Gli studi [13] che hanno riportato la prevalenza nel siero di anticorpi contro tetano e difterite negli immigrati o nei rifugiati o nei bambini adottati sono scarsi e comunque non riportano un'uniforme distribuzione dei livelli presenti. Le differenze esistenti nei test di laboratorio, i diversi valori di cut-off scelti nei vari studi e la mancanza di consenso sui valori soglia effettivamente





protettivi non consentono un utile confronto tra i diversi gruppi.

### **Poliomielite**

La trasmissione endemica della polio non si verifica più nel nostro Paese da quando si è resa obbligatoria la vaccinazione universale infantile. Poiché la vaccinazione con vaccino vivo attenuato (polio orale, Sabin) è ancora largamente in uso in diversi Paesi nel mondo, si deve ricordare che bambini piccoli recentemente vaccinati con questo tipo di vaccino eliminano il virus con le feci per qualche tempo dopo la vaccinazione stessa e, dunque, possono essere fonte di potenziale contagio per individui non immuni o (caso più plausibile) per individui vaccinati sì in età infantile, ma mai più sottoposti a richiami e quindi che possono aver perso un'adeguata immunità (i genitori adottivi, per esempio) [13]. Per questo stesso motivo, tutti coloro che si recano in un Paese tuttora endemico per polio dovrebbero essere in regola con il ciclo base di tre vaccinazioni ed eventualmente effettuare, se adulti, un richiamo [13].

### **Epatite B**

I tassi di prevalenza dell'epatite B sono più elevati in molti Paesi del mondo rispetto all'Italia. Gli immigrati che vivono in Italia possono essere a maggior rischio di epatite B sia per la maggior esposizione a parenti o familiari provenienti da Paesi a più alta prevalenza di questa infezione sia per la minor probabilità di essere stati sottoposti a vaccinazione. Il problema nel nostro Paese, però, è legato all'elevato numero di immigrati che giungono già infetti; ad esempio, la prevalenza dell'epatite B nei bambini adottati raggiunge cifre medie del 5-7% (con punte anche più alte in Paesi selezionati, come la Romania o svariati Paesi dell'Asia e dell'Africa) [19]. Un'esperienza siciliana pubblicata su *Vaccine* nel 2005 [20] ha evidenziato dall'analisi della sieroprevalenza per marcatori d'infezione di HBV, che su 3318 donne in gravidanza di cui 310 immigrate a) la positività per HBsAg è significativamente più elevata tra le immigrate rispetto alle residenti, la maggior parte delle quali provenienti da aree endemiche per l'HBV, b) la prevalenza di anti HBe tra le immigrate è quasi uguale nelle diverse classi di età, indicando un livello endemico dell'infezione da HBV nei loro Paesi di origine e infine c) la bassa prevalenza di immunizzazione tra le donne immigrate e i nuovi casi di infezione che si verificano in tutti i gruppi di età, enfatizzano la necessità

di maggiore sorveglianza e l'opportunità di vaccinare tutti coloro che risultino non protetti, compresi i loro familiari.

### **Epatite A**

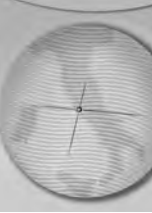
Molti immigrati sono, in Italia, a rischio di epatite A inferiore rispetto a quello nel Paese d'origine. L'attenzione deve essere posta verso categorie particolari, come le famiglie che hanno adottato bambini provenienti da Paesi ad alta prevalenza di epatite A (si sono verificati casi intra-familiari di infezione trasmessa dal bimbo da poco giunto nel nostro Paese); coloro che si prendono cura dei bambini adottati e dei loro familiari; e infine i figli degli immigrati nati in Italia e che vanno a far visita ad amici e parenti nei Paesi d'origine dei genitori (la Regione Veneto ad esempio prevede la vaccinazione gratuita per questa coorte di popolazione, al di sotto dei 14 anni di età) [13]. Una esperienza del 2008 [21] condotta in Veneto sulla sieroprevalenza di HBV HAV e HCV in 182 migranti irregolari della regione sub sahariana, ha evidenziato una positività per HAV e HBV significativamente più alta della popolazione autoctona. La positività HAV era sostenuta da passate infezioni, mentre l'alta prevalenza di HBsAg e la presenza of HBsAg/HBeAg nello stesso si configurava come rischio di trasmissione di HBV. La quota di HCV+ è risultata infine essere simile a quella della popolazione Italiana.

### **Meningite meningococcica**

Come è noto, epidemie stagionali di meningite meningococcica prevalentemente sostenute dal ceppo A si verificano durante la stagione secca (gennaio-maggio) in diversi Paesi dell'Africa subsahariana, compresi proprio nella cosiddetta "cintura della meningite". In questa zona viene utilizzato il vaccino specifico anti-A. Tuttavia tale vaccino conferisce breve durata di protezione e di memoria immunitaria. In Italia sono diffusi i ceppi B e C; per quest'ultimo esistono vaccini coniugati con lunga durata di protezione; negli USA è in uso da tempo un vaccino ACWY che ha lo stesso criterio (un vaccino coniugato) e che è da poco disponibile anche in Italia. Tutti coloro che per qualsiasi motivo si rechino in viaggio in uno di tali Paesi nella stagione a rischio, dovrebbero essere vaccinati con il vaccino (coniugato) quadrivalente (ACW135Y). La medesima vaccinazione è obbligatoria per entrare in Arabia Saudita per il pellegrinaggio a La Mecca [13].

### **Conclusioni**

Il quadro presentato è necessariamente frammentario e incompleto. I motivi risiedono

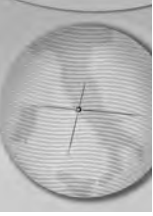


essenzialmente in una differenza nell' "health seeking behaviour" delle popolazioni immigrate rispetto agli italiani. In particolare le malattie infettive e parassitarie, pur presenti e significative, possono non essere causa di richiesta di cura se non causano manifestazioni acute. Inoltre, per alcune categorie di malattie infettive, è insufficiente la capacità diagnostica offerta dal servizio sanitario, e gli screening sono incompleti e parziali, o addirittura inesistenti, per l'assenza di una policy specifica. Le malattie infettive sono altresì un indicatore dell'accesso ai servizi sanitari,

sia curativi che preventivi. Nell'ottica di un servizio sanitario che riconosca il diritto alla salute per tutti i soggetti presenti sul territorio nazionale, rendere tale diritto effettivo per la popolazione immigrata rappresenta innanzi tutto un dovere etico. Infine, benché il rischio rappresentato dagli immigrati per la popolazione autoctona sia assolutamente trascurabile, contrariamente a talune enfattizzazioni mediatiche, non può sfuggire che il controllo adeguato delle malattie infettive rappresenta anche un interesse generale.

### Bibliografia

- 1) ISTAT. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia Anno 2005. Sanità, 11 dicembre 2008. Disponibile online da: [http://www.cestim.it/argomenti/21salute/2008\\_12\\_11\\_ricerca\\_istat\\_salute\\_servizi\\_sanitari\\_periodo\\_2005.pdf](http://www.cestim.it/argomenti/21salute/2008_12_11_ricerca_istat_salute_servizi_sanitari_periodo_2005.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 2) ISS. Migrazione e Salute. Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni. Giugno 2010 Disponibile online da: [http://www.iss.it/binary/pres/cont/SINTESI\\_PROGETTO\\_Migrazione\\_e\\_Salute\\_CONVEGNO.pdf](http://www.iss.it/binary/pres/cont/SINTESI_PROGETTO_Migrazione_e_Salute_CONVEGNO.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 3) Carletti P, ed. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia Accordo Ministero della salute/CCM e Regione Marche, maggio 2009. Disponibile online da: [http://www.ars.marche.it/osservatorio\\_dis/doc/pubb\\_SaluteImmigrati2009.pdf](http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/pubb_SaluteImmigrati2009.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 4) Ministero degli Interni. 1° Rapporto sugli immigrati Ministero. Dicembre 2007. Disponibile online da: [http://www1.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/15/0673\\_Rapporto\\_immigrazione\\_BARBAGLI.pdf](http://www1.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/15/0673_Rapporto_immigrazione_BARBAGLI.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 5) Camoni L, Salfà MC, Regine V, Pasqualini C, Borghi V, Icardi G, Curtale F, Ferro A, Suligoi B. HIV incidence estimate among non-nationals in Italy. *Eur J Epidemiol* 2007;22(11):813-7.
- 6) Pezzoli MC, Hamad IE, Scarcella C, et al. and the PRISHMA Study Group. HIV infection among illegal migrants, Italy, 2004-2007. *Emerg Infect Dis* 2009;15(11):1802-4.
- 7) ISS. Tuberculosis, HIV e migrazione: una reale emergenza? Convegno 19 maggio 2011. Disponibile online da: <http://www.iss.it/mipi/focu/cont.php?id=174&lang=1&tipo=3>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 8) Alvarez GG, Gushulak B, Abu Rumman K, et al. A comparative examination of tuberculosis immigration medical screening programs from select countries with high immigration and low tuberculosis incidence rates. *BMC Infect Dis*. 2011;11:3.
- 9) Pareek M, Abubakar I, White PJ, Garnett GP, Lalvani A. Tuberculosis screening of migrants to low-burden nations: insights from evaluation of UK practice. *Eur Respir J* 2011;37(5):1175-82.
- 10) Romi R, Boccolini D, D'Amato S, Centi C, Pompa MG, Majori GI. Malaria surveillance in Italy: the 2000-2008 national pattern of imported cases. *Giornale Ital Med Tropicale* 2010;15(1-4):35-8.
- 11) Mascarello M, Gobbi F, Angheben A, et al. Imported malaria in immigrants to Italy: a changing pattern observed in north eastern Italy. *J Travel Med* 2009;16(5):317-21.
- 12) Abrescia FF, Falda A, Caramaschi G, et al. Reemergence of strongyloidiasis, northern Italy. *Emerg Infect Dis* 2009;15(9):1531-3.
- 13) Rossanese A, Bisoffi Z, Zavarise G, Foroni M. Vaccinazioni e rischio malarico negli immigrati e nei bambini adottati. *Conoscere per Crescere*. 2009;Suppl 1:20.
- 14) American Academy of Pediatrics Red Book. Report of Committee on Infectious Diseases. 28th edition, 2009.
- 15) Barnett ED. Immunizations and infectious disease screening for internationally adopted children. *Pediatr Clin N Am* 2005;52:1287-309.
- 16) Dominguez A, Torner N, Barrabeig I et al. Large outbreak of measles in a community with high vaccination coverage: implications for the vaccination schedule. *Clin Infect Dis* 2008;47:1143-9.
- 17) Keystone JS. VFR travelers. In: Health information for international travel 2005-2006. Atlanta: CDC, 2005.
- 18) Conferenza Stato Regioni. "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015". Disponibile online da: [http://www.normativasanitaia.it/normsan-pdf/0000/37815\\_1.pdf](http://www.normativasanitaia.it/normsan-pdf/0000/37815_1.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 19) Walker PF, Barnett ED. *Immigrant Medicine*. Saunders Elsevier. 2007.
- 20) Bonura F, Sorgi M, Perna AM, et al. Pregnant women as a sentinel population to target and implement hepatitis B virus (HBV) vaccine coverage: a three-year survey in Palermo, Sicily. *Vaccine* 2005;23(25):3243-6.
- 21) Majori S, Baldo V, Tommasi I, et al. Hepatitis A, B, and C infection in a community of sub-Saharan immigrants living in Verona (Italy). *J Travel Med*. 2008;15(5):323-7.



## La profilassi vaccinale nella popolazione immigrata adulta: priorità e proposta di calendario

Francesco Vitale<sup>1</sup>, Paolo Bonanni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute, Sezione di Igiene, Università di Palermo;

<sup>2</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

In base al Rapporto Caritas 2010, il 7.2% della popolazione italiana è rappresentata da cittadini stranieri con una sottostima del dato che può essere significativamente rappresentata dalla quota di immigrazione non rilevata ufficialmente.

Pertanto, identificare aree di intervento in campo vaccinale nella popolazione immigrata sulla scorta dell'analisi dei bisogni delle popolazioni migranti e dei vantaggi per la salute pubblica, rappresenta oggi una priorità di intervento non più derogabile sostenuta anche dalle Istituzioni Sanitarie nazionali che suggeriscono di *"attivare, 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"* [1].

Inoltre, di particolare rilevanza per la tutela della Salute Pubblica è il contesto dei cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, per i quali l'art. 35 comma 3 del Decreto legislativo 286/98 prevede al punto III di prevedere interventi di medicina Preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva garantendo in particolare, tra l'altro, *"le vaccinazioni previste dalle vigenti disposizioni"*.

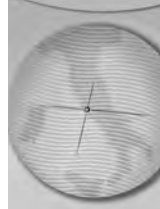
Tali indirizzi normativi vanno tuttavia supportati sulla base di evidenza di risultati di ricerche scientifiche sviluppate in diversi contesti regionali, che negli ultimi anni hanno fornito il razionale per formulare proposte tese a garantire alle popolazioni adulte migranti presenti nel nostro territorio livelli di immunizzazione assimilabili a quelli della popolazione residente.

Infatti, studi epidemiologici condotti recentemente sul territorio nazionale dimostrano da una parte una scarsa propensione della popolazione immigrata non regolare all'accesso alle strutture sanitarie, con una bassa compliance influenzata sia dalla poca conoscenza dei propri diritti che dai differenti ambiti culturali di provenienza che possono generare diffidenza nei confronti dei servizi sanitari di prevenzione [2].

Di contro, il Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia per l'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da Paesi extra-Comunità Europea, operando su un database di circa 25.000 soggetti, indica come le malattie infettive rappresentino, in tale popolazione, ben il 7% delle diagnosi con al primo posto le infezioni cutanee (micosi/scabbia), al secondo posto la Tbc, al terzo posto le Epatiti virali e l'HIV [3].

A conferma di tali dati, uno studio sieroepidemiologico multicentrico condotto in 21 centri italiani su 1386 portatori cronici di HBsAg [4] ha dimostrato come l'antigene e dell'epatite B (HBeAg) fosse riscontrabile con maggiore frequenza in soggetti giovani, immigrati, co-infetti con HIV e con livelli elevati di HBV DNA e di ALT, e stima una prevalenza del 5-6 % di portatori cronici di HBsAg nelle popolazioni immigrate che, tradotta in numeri assoluti, significa 170.000 - 200.000 soggetti.

La sieroepidemiologia dell'epatite B è stata particolarmente studiata in popolazioni immigrate in Italia in quanto l'avvio della campagna vaccinale anti HBV nel 1991 e la chiusura delle due coorti vaccinali nel 2003 permettono interessanti confronti tra la popolazione italiana e quella immigrata per prevalenza di HBsAg e di anticorpi anti HBV. Un interessante studio condotto in Veneto in una comunità di immigrati provenienti dall'Africa sub Sahariana [5] ha evidenziato un tasso globale di HBsAg positività del 9,3%, mentre uno studio di sorveglianza condotto a Palermo su 3.318 donne in gravidanza in un periodo di tre anni ha dimostrato come il tasso di sieropositività per l'HBsAg sia significativamente più elevato tra le donne gravide immigrate che tra le donne italiane mettendo anche in risalto il ruolo della vaccinazione anti HBV nelle giovani donne siciliane rispetto alle immigrate [6]. Ancora, uno studio retrospettivo su 2.255 pazienti immigrati ospedalizzati (anche DH) in 48 unità di malattie infettive in Italia, ha evidenziato una prevalenza di epatiti virali del 12,5% soprattutto dovute ad HBV, costituendo un dato che contrasta fortemente con la realtà sanitaria del nostro Paese dove le forme



acute da HBV sono ormai entità rare [7].

Altre attività di importante prevenzione vaccinale risultano essere quelle per rosolia, morbillo e varicella, soprattutto nelle donne immigranti da Paesi non EU che sono state identificate come importante gruppo target per la circolazione in Europa di questi agenti infettivi da ricercatori dell'Ospedale Bambin Gesù e dell'Università Cattolica di Roma [8].

I dati fin qui riportati sono stati infine sintetizzati nell'esperienza della Regione Veneto, all'avanguardia in Italia in tema di estensione della pratica vaccinale e profilassi delle malattie infettive per migranti, la quale indica come per gli adulti debbano essere seguite le normative vigenti in materia, in particolare quelle concernenti la vaccinazione antitetanica e BCG per determinate categorie a rischio, debba essere offerto il vaccino antiepatite B per i suscettibili, debba essere proposta la vaccinazione anti-MPR (morbillo, parotite, rosolia) alle donne senza screening sierologico per rosolia o in alternativa allo screening [9].

Non a caso l'ECDC, il 12 aprile del 2011, in seguito alla promozione del Progetto Promovax: Migrant Immunization in Europe (Budapest, 3-4 marzo 2011), a proposito della situazione politico-sociale del nord Africa/Libia, dichiara: *"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"* [10].

Questa dichiarazione viene prontamente accolta dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute presso l'ISS che a sua volta indica come 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 [11]. Pertanto, sulla

scorta delle evidenze multiterritoriali e delle normative vigenti risulta oggi mandatario per la Sanità Pubblica porre le basi per una proposta di applicazione di calendario vaccinale cui sottoporre la popolazione immigrata residente e "in ingresso" nel nostro Paese.

### **Proposta di calendario vaccinale per il migrante adulto**

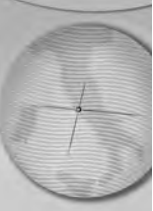
La vaccinazione dell'adulto è divenuta negli ultimi anni un'attività di cruciale importanza per completare e integrare la protezione fornita dalle vaccinazioni dell'infanzia. La Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica ha recentemente emanato la seconda edizione della proposta di calendario vaccinale per l'adulto (vedi Figure 1 e 2). È evidente come, in un'ottica di sempre maggiore integrazione tra popolazione immigrata e popolazione autoctona italiana, tale calendario sia 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.

### **Epatite B**

I dati epidemiologici sopra elencati indicano che la prevalenza dell'epatite B è ancora estremamente elevata nei migranti, specie provenienti da Sud-Est Asiatico, Africa Sub-Sahariana e Europa dell'Est. Tale dato comporta, quale indicazione prioritaria, la vaccinazione contro l'epatite B delle giovani donne immigrate in età fertile, la cui gravidanza potrebbe, in caso di stato di portatrice di HBsAg, implicare un'elevata probabilità di trasmissione al neonato. 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 a 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 al donna sulla importanza del completamento del ciclo vaccinale dopo 1 e 6 mesi rispettivamente. In quest'ultima evenienza, la donna sarà informata sulla non pericolosità della vaccinazione anche nel caso in cui ella risultasse già portatrice del virus. La vaccinazione sarà anche offerta attivamente a tutta la popolazione





# ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

**Figura 1. Proposta calendario vaccinale per gli adulti e per gli anziani a cura dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI)**

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 (o MPRV)		2 dosi (0, 4-8 settimane)		
Influenza		1 Dose all'anno	1 Dose all'anno	
Pneumococco (polisaccaridico 23-valente)		1 Dose		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 + 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**

**Figura 2. Vaccinazioni in rapporto a condizioni di rischio (a cura dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - SItI)**

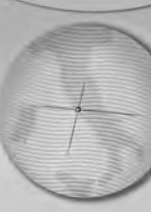
Vaccino	Indicazione	Gravidanza	Condizioni di Immuno-Compromissione* (escl. HIV), farmaci, radiazioni	Infezione da HIV Conta Linf. T CD4+	Diabete, Cardiopatie, Malattie polmonari croniche, Alcolismo cronico, Fumo	Asplenia (compresa Splenectomia o Deficit terminale del complemento)	Epatopatia cronica	Insuff. Renale, Nefrop. in fase terminale, Emodialisi	Persona Sanitaria
Tetano, Difterite, Pertosse (Tdpa)				<200 cell./µl	≥200 cell./µl				
Papillomavirus Umano (HPV)									
MPR			Controindicato						
Varicella			Controindicato						
Influenza									
Pneumococco (Vaccino Polisaccaridico 23-valente)									
Epatite A									
Epatite B									
Meningococco									

**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**

**\*Condizioni di immunocompromissione**  
 I vaccini inattivati sono generalmente accettabili (ad es. vaccino pneumococcico, meningococcico, influenza) ed i vaccini vivi sono generalmente da evitare in soggetti che presentano immunodeficienza o condizioni di immunosoppressione.





adulta immigrata previa effettuazione della determinazione 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)**

Il Nuovo Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita approvato dalla Conferenza Stato-Regioni lo scorso 23 Marzo 2011 ha posto l'attenzione sul problema della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita, che 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 contro la rosolia (diversamente dal morbillo) in quanto è necessario avere certezza del raggiungimento di coperture vaccinali elevate nell'infanzia per evitare effetti paradossi (spostamento dell'infezione verso l'età adulta e incremento dei casi di rosolia in gravidanza).

Per tali motivi, e per le difficoltà delle donne immigrate ad accedere ai servizi di prevenzione, esse contribuiscono purtroppo in misura percentualmente rilevante ai casi di rosolia in gravidanza. È di fondamentale importanza offrire in modo attivo la vaccinazione MPR a tutte le donne in età fertile per limitare al minimo i casi di rosolia congenita e di rosolia in gravidanza. 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 contro il morbillo è ampiamente praticata nella grande maggioranza dei Paesi tramite i programmi EPI (Expanded Programme on Immunization). La suscettibilità al morbillo dovrebbe quindi essere sostanzialmente più limitata rispetto a quella per la rosolia. Tuttavia, visto l'elevato valore predittivo del ricordo anamnestico di morbillo, la vaccinazione MPR dovrà essere offerta anche 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)**

La vaccinazione pediatrica con vaccino Difterite-Tetano-Pertosse (DTP) è tradizionalmente il cardine dei programmi di vaccinazione dell'EPI, la cui efficienza è infatti misurata dalle coperture raggiunte in ciascun Paese con tale vaccino. I migranti da Paesi a elevata copertura dovrebbero aver ricevuto un ciclo di base, 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, l'elevata endemia mondiale di pertosse e, in alcune aree geografiche, di difterite, l'effettuazione di un richiamo con vaccino DTP da ritenere prioritaria 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.

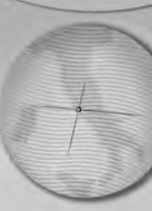
### **Tubercolosi**

La vaccinazione anti-tubercolare con Bacillo di Calmette e Guérin (BCG) è parte dei programmi EPI di tutto il mondo. L'efficacia del vaccino nella prevenzione delle forme pediatriche di meningite tubercolare e miliare è ben documentato, mentre sono contrastanti i dati sulla prevenzione delle forme polmonari dell'adulto.

Tuttavia, la vaccinazione BCG (oggi limitata nella sua applicazione in Italia alla convivenza di soggetti con pazienti con tubercolosi aperta, o a personale sanitario che operi in reparti dove si siano manifestati casi di trasmissione di bacilli multi-farmaco resistenti o in caso di allergia a farmaci anti-tubercolari) può essere raccomandata ai migranti, anche adulti, che provengano da aree a 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 legata alla presenza di malattia rispetto alla positività dovuta alla risposta al vaccino.

### **Influenza**

La vaccinazione anti-influenzale del migrante ha raccomandazioni analoghe a quelle della



popolazione autoctona. Tuttavia, in condizioni di sovrappopolamento e di emergenza in campi di accoglienza dovrà essere considerata la possibilità di effettuare campagne speciali di immunizzazione al fine di evitare la diffusione epidemica della malattia.

### **Altre vaccinazioni**

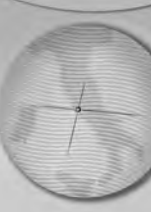
Sarà responsabilità dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi deputati alla salute dei Migranti individuare situazioni particolari in cui sia opportuno somministrare in modo mirato o estensivo altri vaccini per la tutela della salute individuale e collettiva.

### **Bibliografia**

- 1) Ministero della Salute. Precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia, 19 febbraio 2008. Disponibile online da: [http://www.normativasanita.it/normsan-pdf/0000/25351\\_1.pdf](http://www.normativasanita.it/normsan-pdf/0000/25351_1.pdf). [Ultimo accesso: 1 Ottobre 2011].
- 2) Bruno S, Federico B, Geraci S, Donno S, Monteduro D, Damiani G, Ricciardi G. Designing an organizational pathway for illegal immigrants to perform vaccino-prophylaxis interventions. *J Prev Med Hyg* 2005;46:99-102.
- 3) Scarcella C, El-Hamad I, Pezzoli MC, Speziani F, Indelicato A. La salute dei migranti tra aspetti epidemiologici ed interventi di prevenzione. 42° Congresso Nazionale SItI Catania, 27-3 ottobre 2006.
- 4) Stroffolini T, Almasio PL, Sagnelli E, Mele A, Gaeta GB; Italian Hospitals' Collaborating Group. Evolving clinical landscape of chronic hepatitis B: A multicenter Italian study. *J Med Virol* 2009;81(12):1999-2006.
- 5) Majori S, Baldo V, Tommasi I, Malizia M, Floreani A, Monteiro G, Ferrari A, Accordini A, Guzzo P, Baldovin T. Hepatitis A, B, and C infection in a community of sub-Saharan immigrants living in Verona (Italy). *J Travel Med* 2008;15(5):323-7.
- 6) Bonura F, Sorgi M, Perna AM, Puccio G, Tramuto F, Cajozzo C, Romano N, Vitale F. Pregnant women as a sentinel population to target and implement hepatitis B virus (HBV)

vaccine coverage: a three-year survey in Palermo, Sicily. *Vaccine* 2005;23(25):3243-6.

- 7) Palumbo E, Scotto G, Saracino A. Studio epidemiologico multicentrico sulla prevalenza di epatite virale in pazienti immigrati ospedalizzati in Italia nel 2002. Disponibile online da: <http://www.infecto.it/2005/comunicaz/Studio%20epidemiologico.pdf>. [Ultimo accesso ottobre 2011].
- 8) Pandolfi E, Chiaradia G, Moncada M, Rava L, Tozzi AE. Prevention of congenital rubella and congenital varicella in Europe. *Euro Surveill* 2009;14(9):16-20.
- 9) Ferro A, Pupo A, Napolitano G, Zivelonghi G, Mella P. Profilassi delle malattie infettive per migranti. Disponibile online da: [http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/35EF7D7F-1C0F-4226-95AE-707A5F03F11C/0/Scheda\\_1\\_3.pdf](http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/35EF7D7F-1C0F-4226-95AE-707A5F03F11C/0/Scheda_1_3.pdf). [Ultimo accesso ottobre 2011].
- 10) ECDC. Situation in northern Africa/Libyan Arab Jamahiriya and the influx of migrants to Europe. 12 April 2011. Disponibile online da: [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). [Ultimo accesso ottobre 2011].
- 11) Riccardo F. Immigrazione e rischi di salute pubblica: la valutazione dell'Ecdc e il convegno di Roma. *Epicentro*. 14 aprile 2011. Disponibile online da: <http://www.epicentro.iss.it/focus/globale/immigrazioneSanita2011.asp>. [Ultimo accesso ottobre 2011].



## La prevenzione nel bambino immigrato

Antonio Ferro<sup>1</sup>, Giampietro Chiamenti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di prevenzione, Ulss 17, Este -Veneto; <sup>2</sup>Rete vaccini Federazione Italiana Medici Pediatri

### Introduzione

Dal dossier sull'immigrazione della Caritas presentato nel 2010 si possono estrarre i seguenti dati. All'inizio del 2010 l'Istat ha registrato 4.235.000 residenti stranieri ma, secondo la stima del Dossier, includendo tutte le persone regolarmente soggiornanti seppure non ancora iscritte in anagrafe, si arriva a 4.919.000 (1 immigrato ogni 12 residenti). L'aumento dei residenti è stato di circa 3 milioni di unità nel corso dell'ultimo decennio, durante il quale la presenza straniera è pressoché triplicata, e di quasi 1 milione nell'ultimo biennio. L'incidenza media sulla popolazione residente è stimata attualmente intorno al 7%. Le donne incidono mediamente per il 51,3% e i nuovi nati da entrambi i genitori stranieri nel corso del 2009 sono 77.148. Queste nascite incidono per il 13% su tutte le nascite (per più del 20% in Emilia Romagna e Veneto). Se si aggiungono altri 17.000 nati da madre straniera e padre italiano, l'incidenza sul totale dei nati in Italia arriva al 16,5%. Il numero sarebbe ancora più alto se considerassimo anche i figli di padre straniero e madre italiana, per quanto tra le coppie miste prevalgono quelle in cui ad essere di origine immigrata è la donna (nel 2008 erano 23.970 i figli nati da coppie miste in Italia, 8 su 10 da padri italiani e madri straniere). Diversificata è anche l'incidenza dei minori, in tutto quasi un milione (932.675) con una media del 22%. Oltre un ottavo dei residenti stranieri (572.720 pari al 13%) è di seconda generazione, per lo più bambini e ragazzi nati in Italia, nei confronti dei quali l'aggettivo "straniero" è del tutto inappropriato, in quanto accomunati agli italiani dal luogo di nascita e di residenza, dalla lingua, dal sistema formativo e dal percorso di socializzazione. Queste cifre sono sicuramente in aumento a seguito delle recenti vicende che hanno coinvolto il nord Africa provocando un aumento dei flussi, in particolare di rifugiati politici.

### La salute materno infantile

La salute materno-infantile risulta essere una delle aree più critiche per la quale da più parti si sottolinea l'importanza dell'accessibilità ai servizi

socio-sanitari, che è condizionata in buona parte dalle informazioni e dalle conoscenze che gli stranieri ricevono e dalla qualità della relazione tra operatori e utenti. L'esito della gravidanza, la natimortalità, la mortalità neonatale, perinatale e postneonatale, le condizioni del neonato rappresentano indici importanti per valutare lo stato dell'assistenza socio-sanitaria nel settore materno infantile e, più in generale, le politiche di welfare. Questi indicatori infatti sono in relazione alle condizioni socio-economiche generali di un Paese e alle politiche di inclusione delle persone in condizioni di deprivazione socioeconomiche.

### Condizioni del neonato

La mortalità e le condizioni neonatali oltre che da fattori socio-ambientali in senso lato, sono influenzate dalle condizioni socio-economiche della madre e dall'accesso alle cure prenatali. Gli indicatori utilizzati per descrivere le condizioni del neonato sono: nati mortalità, peso alla nascita e punteggio Apgar, dati desumibili dal Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). In Italia nell'anno 2005, dalla fonte CeDAP risulta un tasso di natimortalità di 2,8 per 1.000 nati con un range tra le varie Regioni che va da 6,2 a 1,6. Il dato è in linea con quello medio dell'Unione Europea che è stato stimato al 4,2 per 1.000 (anno 2001). I nati con peso inferiore ai 1.500 grammi sono l'1%, mentre quelli con peso inferiore ai 2.500 grammi sono il 5,8%. Il 99,3% dei nati ha riportato un punteggio Apgar da 7 a 10 e solamente nello 0,7% di casi l'indice è risultato depresso (Fonte: Ministero della Salute, CeDAP. Analisi dell'evento nascita, anno 2005).

### I ricoveri ospedalieri nel primo anno di vita

I ricoveri dei neonati entro il primo anno di vita sono stati studiati separandoli in due gruppi: entro il primo mese e nei mesi successivi. Nel primo mese infatti i ricoveri sono imputabili alle condizioni del bambino alla nascita, mentre nei mesi successivi divengono rilevanti le patologie intercorse nel frattempo.

*Quanti sono i ricoveri degli immigrati nel*

*primo anno di vita?* A livello nazionale, nell'anno 2006, i ricoveri dei bambini immigrati da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) al di sotto dell'anno di età sono 29.715, pari al 9% del totale dei ricoveri dei bambini nel primo anno di vita (7,4% nelle Marche, 10,4% nel Lazio). In Italia più della metà dei ricoveri nel primo anno di vita si concentra nel primo mese.

*Quali sono i motivi di ricovero?* Circa la metà dei ricoveri nel primo mese di vita per entrambi i gruppi di popolazione, PSA (Paesi a Sviluppo Avanzato) e PFPM, sono riconducibili alle "condizioni morbose di origine perinatale", tra cui la prematurità. Ciò si riscontra sia a livello nazionale che a livello delle Regioni. Inoltre più di un terzo dei ricoveri sono dovuti a cause aspecifiche ("fattori che influenzano lo stato di salute"). La Tabella 1 riporta i dati della Regione Lazio che sono analoghi a quelli nazionali e delle altre Regioni. I ricoveri dei neonati PFPM dopo il primo mese di vita sia a livello nazionale che a livello delle Regioni, nell'anno 2006, rappresentano il 7% del totale dei ricoveri dopo il primo mese. Le principali cause sono rappresentate dalle malattie respiratorie per entrambi i gruppi di popolazione PSA e PFPM seguite da "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" e dalle malattie infettive e parassitarie.

### La presa in carico del bambino adottato all'estero o immigrato per varie cause

Per il bambino nato in Italia da genitori stranieri con regolare permesso di soggiorno o da coppie miste con gravidanza vissuta nel nostro Paese NON dovrebbero esistere problemi di presa in carico da parte del Pediatra di famiglia, essendo assimilati ai neonati italiani di cui condividono il percorso assistenziale. Non esiste oggi una specifica presa in carico e spesso sfugge al pediatra il rapporto che tali bambini hanno avuto e continuano ad avere con le associazioni, commissioni per l'adozione internazionale, centri di riferimento, ambulatori del territorio, istituzioni, comuni, ecc.

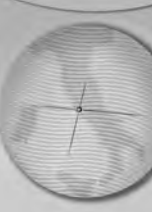
In alcune Regioni virtuose, per il bambino adottato all'estero viene applicato il protocollo di accoglienza elaborato dal GLNBI (Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato) della SIP (Società Italiana di Pediatria), rivisto negli anni a seguito di studi effettuati dal Gruppo di Lavoro sulle peculiarità clinico-anamnestiche di tali minori. Il protocollo è attualmente condiviso dalla Commissione Adozioni Internazionali (CAI), dai pochi Centri di riferimento e da alcuni Ospedali che, attraverso un day hospital, mettono in pratica le sue indicazioni diagnostiche sui bambini adottati. Ma nella maggior parte del territorio italiano non esistono prassi omogenee ed è lasciata al singolo pediatra, al momento

Tabella 1. Cause di ricovero nel primo mese di vita, per cittadinanza. Regione Lazio, anno 2006.

Cause	PSA		PFPM		Totale	
	n	%	n	%	n	%
Malattie infettive e parassitarie	112	0,7	21	1,0	134	0,8
Tumori	46	0,3	2	0,1	50	0,3
Malattie endocrine, metaboliche, nutrizionali e dist. immunitari	70	0,4	7	0,3	80	0,4
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	13	0,1	5	0,2	22	0,1
Disturbi psichici	7	0,0	0	0,0	12	0,1
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	58	0,4	9	0,4	73	0,4
Malattie del sistema circolatorio	178	1,1	17	0,8	202	1,1
Malattie del sistema respiratorio	399	2,6	45	2,1	452	2,5
Malattie dell'apparato digerente	109	0,7	11	0,5	129	0,7
Malattie del sistema genito-urinario	170	1,1	18	0,8	198	1,1
Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	11	0,1	0	0,0	22	0,1
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	37	0,2	5	0,2	54	0,3
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	14	0,1	1	0,0	28	0,2
Malformazioni congenite	1.704	10,9	152	7,0	1.870	10,5
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	6.781	43,3	884	40,7	7.680	43,1
Sintomi, segni, stati morbosi mal definiti	284	1,8	30	1,4	330	1,9
Traumatismi e avvelenamenti	68	0,4	4	0,2	89	0,5
Fattori che influenzano lo stato di salute	5.585	35,7	963	44,3	6.548	36,7
<b>Totale</b>	<b>15.646</b>	<b>100</b>	<b>2.174</b>	<b>100</b>	<b>17.820</b>	<b>100</b>

Fonte: Data base SDO, Regione Lazio, anno 2006. da "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia Accordo Ministero della salute/CCM e Regione Marche, maggio 2009. Disponibile online da: [http://www.ars.marche.it/osservatorio\\_dis/doc/pubbl\\_Salutemigratiz2009.pdf](http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/pubbl_Salutemigratiz2009.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].





della prima visita, la decisione di effettuare un percorso di accoglienza sul minore, se non prescritto e già effettuato grazie ai raccordi CAI-Centri di riferimento.

Per tale motivo la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri), recependo il protocollo in oggetto nella propria Conferenza programmatica tenuta a Sabaudia (LT) dal 27 al 29 maggio 2011 ha messo in programma un corso di formazione rivolto al pediatra di famiglia per fornire gli strumenti culturali e operativi finalizzati a rendere omogenea e capillare su tutto il territorio nazionale, nello spirito dei livelli uniformi di assistenza, l'accoglienza a questi bambini.

I bambini adottati, ricongiunti al nucleo familiare, non accompagnati, profughi o immigrati con permesso temporaneo di soggiorno sono tutti iscrivibili tramite SSN al pediatra di famiglia, che potrà erogare l'assistenza attraverso la pratica corrente, mentre la normativa cambia nelle varie Regioni per nomadi e immigrati irregolari.

### **Percorso clinico del bambino adottato o immigrato di recente**

#### **Anamnesi**

Davanti a un bambino straniero si deve innanzitutto ricostruire la sua storia sanitaria con una appropriata anamnesi prendendo in considerazione alcuni tipi di problematiche:

1. La patologia ereditaria, congenita e connatale legata al continente o alla regione geografica di provenienza, i soggiorni migratori o campi profughi frequentati, la presa in carico effettuata da parte di enti e associazioni, senza trascurare la patologia infettiva e trasmissibile dovuta all'ambiente e alle condizioni di vita dei genitori o alle vicende legate alla modalità dell'immigrazione.
2. I rischi per la salute del bambino in Italia, legati ai fattori igienico-ambientali e socio-economici non soddisfacenti acquisiti nel Paese ospite oppure legati alle vicende perinatali nel caso di nascita nel nostro Paese.
3. Il programma di vaccinazioni certificate o ipotizzabili.

#### **Bilancio di salute**

Il bilancio di salute è un esame generale che tiene conto dei problemi propri o prevalenti dell'età in cui viene effettuato. Si tratta di controlli in genere su bambini sani, o presunti tali, finalizzati a evidenziare segni di malattia quando è ancora asintomatica o paucisintomatica e pertanto più facile da curare in tempi utili per una pronta guarigione. Inoltre servono a intercettare deficit sensoriali, dello sviluppo psico-motorio e

auxologico (valutazione dei parametri di sviluppo legati a peso, altezza, circonferenza cranica, ecc.) oltre che valutare lo stato di copertura vaccinale e gli stili di vita. Vengono effettuati su tutta la popolazione infantile in occasione di tappe obbligate e in età nodali per lo sviluppo e la crescita (alla nascita, almeno quattro nel primo anno di vita, ingresso in comunità e scuola dell'obbligo, adolescenza). I bambini, figli di migranti nati in Italia, di norma usufruiscono degli stessi bilanci di salute della popolazione autoctona.

#### **Bilancio di salute nel bambino nato all'estero**

Nel bilancio di salute del bambino nato all'estero vanno considerati tre punti chiave:

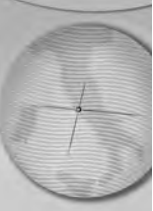
1. Possibili patologie acquisite nel luogo di origine
2. Lo stato di nutrizione e lo sviluppo fisico e psicomotorio.
3. Lo stato presunto od accertato delle vaccinazioni.

#### **Accertamenti consigliati**

I principali accertamenti che si consiglia di eseguire nei bambini provenienti da un Paese straniero sono:

1. Esame obiettivo completo con particolare attenzione a:
  - valutare l'accrescimento e lo stato nutrizionale
  - cercare i segni di rachitismo
  - cercare i segni di anemia ed emolisi
  - valutare le dimensioni del fegato e della milza (malaria e leishmaniosi)
  - osservare le mucose e le congiuntive (tracoma, xerofthalmia)
  - cercare lesioni da grattamento (scabbia, pediculosi, micosi cutanee, impetigine, ecc)
2. Esecuzione dell'intradermoreazione alla tubercolina con PPD nei bambini non vaccinati con BCG o approfondimento con Mantoux o Quantiferum ed eventuale radiografia in casi sospetti
3. Controllo o programmazione di eventuali accertamenti di laboratorio:
  - esame parassitologico delle feci, per tre volte (ameba, giardia, nematodi, ossiuri, schistosoma)
  - coprocoltura per salmonelle e shigelle
  - esame delle urine per escludere ematuria e presenza di uova di *S. Haematobium*
  - emocromo per Hb, MCV, reticolociti, sideremia, ferritina, glicemia, creatininemia
  - formula leucocitaria anche per la percentuale di eosinofili (parassitosi)
  - markers di epatite A, B, C, transaminasi, bilirubinemia, fosfatasi alcalina in caso di sospetta epatite
  - indici di flogosi (VES, proteina C), proteine elettroforesi





- ricerca AC anti HIV, e HIV, (negli adottati)
- T3, T4, TSH nei bambini provenienti da Bolivia, Perù, Ecuador, Colombia (Paesi in cui la carenza di iodio è endemica) e Bielorussia, Ucraina
- elettroforesi Hb, dosaggio G-6-PD, test di falcizzazione (in presenza di anemia emolitica)
- goccia spessa entro 72 ore in caso di febbre di origine sconosciuta.

Inoltre possono essere richieste consulenze come: oculistica per xerofthalmia, tracoma, toxocara, screening audiologico. Questo protocollo per la massima parte si basa su quanto condiviso dal Gruppo di Lavoro sul Bambino Immigrato della SIP, della Commissione Adozioni Internazionali e della FIMP, integrato da considerazioni degli autori.

#### 4. Controllo dello stato vaccinale (vedi paragrafo specifico su questo argomento).

In definitiva si può affermare che l'esperienza finora maturata all'estero e in Italia indica che il bambino proveniente da un Paese straniero, in linea di principio, non costituisce un rischio. I rischi a cui i bambini extracomunitari stessi sono esposti vanno minimizzati, fornendo, dal punto di vista sanitario, poco più di quanto viene offerto ai bambini italiani. Di maggiore importanza e prioritario invece è assicurare, fin dall'inizio, condizioni di vita accettabili, sia sotto il profilo igienico-nutrizionale, sia dal punto di vista di un inserimento sociale e culturale in grado di soddisfare la stabilità socio-ambientale a garanzia di un ottimale sviluppo psichico del soggetto in età evolutiva. A questo proposito la SIP insieme alla SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) ha prodotto un documento in tre punti ritenuti ineludibili per prospettare le basi di un sereno convivere sociale finalizzato alla salute psichica e fisica dei bambini stranieri come bene prezioso e da tutelare.

1. Garantire il diritto alla salute di tutti i minori stranieri. Riteniamo maturo il riconoscimento del diritto alla salute e dei diritti civili correlati con lo stato di cittadinanza a tutti i bambini nati in Italia da genitori stranieri, in osservanza con la richiesta dei genitori e con il rispetto delle norme sulla cittadinanza dei Paesi di provenienza. Appare inoltre necessario predisporre percorsi agevolati per l'acquisizione per i minori stranieri che, pur non essendo nati nel nostro Paese, vi abbiano trascorso un tempo significativo, in specie di scolarizzazione. Interventi di questo tipo non solo sono protettivi per la salute dei minori, ma si configurano anche come un investimento per la collettività: consentono infatti di non disperdere un capitale di competenze che è

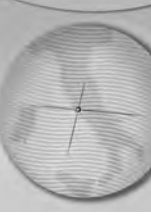
costato finanziariamente al nostro Paese, che ha sostenuto le spese per la scolarizzazione di questi minori. E' necessario inoltre che queste procedure, oltre a essere semplici e garantite sul piano legislativo, incontrino anche un iter burocratico sufficientemente snello.

2. Garantire le prestazioni sanitarie del SSN, del Pediatra di Famiglia e del Medico di Medicina generale a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale in osservanza all'art. 24 della convenzione di New York (diritto del minore al miglior stato di salute possibile) e all'art. 2 della Costituzione (diritti fondamentali dell'individuo). Attualmente, i bambini figli di immigrati irregolari non godono di questo diritto, con un potenziale danno per la loro salute. L'iscrizione anagrafica dei figli degli immigrati irregolari è oggi garantita grazie ad una circolare del Ministero dell'Interno del 7 agosto 2009. Il "diritto umano" alla iscrizione anagrafica attiene ai diritti civili fondamentali dei bambini e ci sembra fondamentale assumere iniziative che attribuiscono valore normativo al contenuto specifico di tale circolare.

3. Estensione del Permesso di Soggiorno per gravidanza. Attualmente viene rilasciato un permesso per tutta la durata della gravidanza e per i primi sei mesi dopo il parto, dopo di che scatta l'espulsione della donna e del bambino. Comprensibilmente molte mamme preferiscono non richiedere questo permesso, che in realtà diventa un'autodenuncia, e rimangono nell'irregolarità, non riuscendo così a godere appieno degli interventi a tutela della maternità. Gli indicatori di salute relativi agli esiti al parto ci dicono che i figli di mamme straniere sono ancora assai svantaggiati rispetto agli italiani proprio perché le gravidanze delle loro mamme sono meno protette. Prolungare il permesso di soggiorno per gravidanza a 12 mesi con la possibilità di trasformarlo successivamente in permesso per lavoro proteggerebbe la salute dei neonati e sarebbe un ulteriore intervento di tutela per il futuro.

E' stato chiesto inoltre di intraprendere azioni finalizzate per eliminare le seguenti criticità:

- Garantire permessi di soggiorno a lungo termine (almeno cinque anni) alle famiglie con bambini presenti, in specie se questi bambini sono in età scolare (almeno fino al compimento del 14 anno di età), in modo da garantire la possibilità di una ragionevole programmazione degli studi e almeno del proprio futuro prossimo.
- Predisporre da parte delle autorità scolastiche appropriati percorsi di inserimento didattico dei bambini recentemente immigrati che non



conoscano l'uso della lingua italiana. Questi percorsi devono venire integrati nella normale attività didattica delle classi (e non con "classi differenziate") avvalendosi di insegnanti di supporto e ore aggiuntive per l'apprendimento della lingua, e al tempo stesso favorendo l'integrazione del bambino nel normale gruppo classe. Tutti gli Istituti scolastici devono essere in grado di predisporre specifici programmi di inserimento per i nuovi arrivati, secondo linee guida psico-pedagogiche che vanno elaborate su scala nazionale ma che debbono essere sufficientemente flessibili da adattarsi alle realtà locali.

- Promuovere la salute psichica e prevenire il disagio mentale con la programmazione di interventi per favorire l'integrazione (scolastica e sociale) dei minori di origine straniera nel tessuto sociale italiano, e per accompagnare i piccoli immigrati nei ricongiungimenti familiari a volte difficili (in specie quando la separazione dai genitori sia stata particolarmente prolungata). Interventi di questo tipo, diffusi capillarmente sul territorio, possono aiutare a prevenire, o quanto meno a gestire, condizioni di malessere psichico.
- Agevolare i ricongiungimenti familiari con provvedimenti normativi che snelliscano l'iter burocratico e consentano il ricongiungimento con le stesse regole anche per i figli maggiorenni inferiori ai 21 anni di età, e in tutti i casi in cui questo serva a non separare i fratelli (ad esempio se le età fossero 22, 16 e 12 anni).
- Garantire l'accesso alle scuole per i figli degli immigrati privi di permesso di soggiorno anche al di fuori della scuola dell'obbligo: attualmente questo diritto non è garantito a chi ha meno di 6 anni o più di 16. Per far questo è necessario permettere l'iscrizione, come avviene per la scuola dell'obbligo, anche senza la presentazione del documento di soggiorno.
- Offrire parità di trattamento nel ricevere provvidenze economiche a tutela della donna, della maternità e del bambino tra italiani e stranieri con permesso di soggiorno in regola; attualmente questa parità è riconosciuta solo ai titolari di carta di soggiorno (permesso di soggiorno a tempo indeterminato).

#### **Le vaccinazioni nel bambino immigrato**

A premessa di questa parte è utile riprendere una considerazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) comparsa su EpiCentro (<http://www.epicentro.iss.it/focus/globale/immigrazioneSanita2011.asp>):

"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:

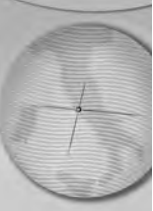
- un apposito sistema di sorveglianza e di allerta precoce, che preveda una valutazione dello stato di salute all'ingresso e adeguate procedure di trasferimento a strutture sanitarie
- servizi materno infantili e strutture dedicate alla salute mentale all'interno dei centri di accoglienza
- strategie 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."

#### **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

#### **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: antiapatite 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 il Decreto Ministeriale 01/ 04/ 99 dà indicazioni di iniziare il ciclo vaccinale dalla prima dose. A questo proposito da un punto di vista scientifico appare inopportuno ricominciare a vaccinare con tutte le dosi, ma si finisce il ciclo vaccinale continuando dall'ultima somministrazione effettuata. Per quanto concerne



il vaccino combinato antimorbillo-parotite-rosolia, può essere effettuato senza farlo precedere da valutazione anticorpale. Raccomandate anche le altre vaccinazioni in uso nel nostro Paese, antimeningococcica, antipneumococcica, antivaricella. E' da sottolineare comunque che il parere dell'American Academy of Pediatrics costituisce il più importante punto di riferimento per tutte le linee guida internazionali sulle vaccinazioni e sulle malattie infettive del bambino. Una particolare attenzione in questo gruppo merita *la vaccinazione antitubercolare*. Quasi tutti i bambini, provenendo da Paesi ad alta endemia tubercolare, risultano vaccinati, di solito nel primo mese di vita, contro la tubercolosi e la documentazione sanitaria riporta i risultati della Mantoux, eseguita per verificare la risposta immune al vaccino. La Mantoux deve essere in ogni caso ripetuta, come esame di screening: sarebbe imprudente e pericoloso non eseguirla nei bambini vaccinati, ritenendoli già protetti. La vaccinazione con BCG, riduce il rischio di tubercolosi polmonare e extrapolmonare del 50%, ma non previene l'infezione tubercolare. Molto importante è la corretta valutazione del test. I bambini adottati all'estero, per la provenienza da Paesi ad alta endemia tubercolare, per il lungo periodo di istituzionalizzazione o di vita in ambienti degradati dal punto di vista igienico-sanitario, per la denutrizione - malnutrizione, sono da considerare soggetti a rischio: pertanto una Mantoux che provoca un infiltrato di 10 mm è da considerare sempre positiva.

#### **Figli di immigrati nati nel paese d'origine**

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 e difterite-tetano, 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 (possono infatti essere considerati appartenenti alla categoria a rischio quei viaggiatori che si recano frequentemente

all'estero) e le vaccinazioni facoltative raccomandate.

#### **Protocollo operativo**

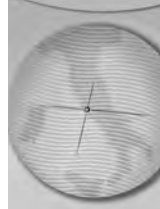
- Se il bambino non è stato mai vaccinato, deve essere iniziato un ciclo vaccinale completo come previsto dal calendario SitI-FIMP-SIP.
- Se la documentazione delle vaccinazioni già eseguite è assente o non affidabile deve essere fatta una ricerca anticorpale per DT che dà delle indicazioni anche sulle altre vaccinazioni eseguite. Può anche essere accettabile la ripetizione delle vaccinazioni che eviti la necessità di effettuare e interpretare i test anticorpali.
- Se le vaccinazioni sono incomplete o irregolari è opportuno il seguente comportamento:
  - *per AP tipo Sabin*: si termina lo schema con il Polio Salk (senza problemi di intervalli fra le dosi).
  - *per DT o DPT*: continuare dall'ultima *dose certa*. Per i bambini maggiori di 7 anni è consigliabile l'utilizzo della formulazione per l'età adulta.
  - Per antimorbillo con rosolia e parotite: proporla attivamente e con impegno dai 12 mesi senza limite d'età qualora non vi sia documentazioni di avvenuta malattia o della somministrazione di due dosi dopo l'anno. In caso di unica dose, somministrare un richiamo.
  - Utile un ciclo di antihaemophilus e antiepatite B in quanto nella maggior parte dei PVS non vi è l'offerta attiva di tale vaccinazione.
  - per BCG: allo stato attuale delle conoscenze in Italia è ritenuta, da sola, inadeguata alla prevenzione della tubercolosi, ma utile alla prevenzione delle forme gravi (miliare e meningea).

#### **Figli di immigrati nati in Italia**

Normalmente questa categoria di genitori è sempre ben disposta verso le vaccinazioni che vengono vissute come elemento di integrazione nel nostro sistema. Si ritiene opportuno che seguano il calendario suggerito da SitI-FIMP-SIP o che venga valutata l'offerta di vaccinazioni aggiuntive in particolari situazioni di rischio (es. antiepatite A in situazioni ambientali precarie o in ipotesi di viaggio). Fondamentale per questi bambini e garantire l'accessibilità ai Servizi Vaccinali e la disponibilità di materiale divulgativo e informativo sulle vaccinazioni in multilingua.

#### **Bambini nomadi**

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 di Verona in collaborazione con l'associazione dei Medici per la Pace.

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.

Fondamentale la presenza di un mediatore culturale che abbia già avuto esperienza in passato con tale popolazione e conosca le modalità per avere la massima adesione. Tutti i vaccini saranno offerti gratuitamente. Su questa popolazione è di scarsa utilità la ricerca anticorpale prevaccinale; nel dubbio si proceda con la vaccinazione. 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.

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

### **Bambino immigrato viaggiatore**

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 più 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

In linea di massima deve essere in regola con il Calendario vaccinale proposto da SItI-FIMP-SIP 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 dei 2 anni 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.

- *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 24 anni dovrebbero essere stati vaccinati.
- *Morbillo Parotite Rosolia*. Per quanto concerne il vaccino combinato antimorbillo-parotite-rosolia può essere effettuato senza farlo precedere da 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 un richiamo. Si tenga presente che nei Paesi in via di sviluppo il morbillo è una malattia mortale.
- *Tifo*. 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 esistente tra il rischio reale di contrarre la malattia, quello di non poter mettere in atto adeguate misure di prevenzione delle punture di zanzara (tipo uso di repellenti e zanzariere) e quello di incorrere negli eventi avversi da vaccino. Sotto i 4 mesi,



Tabella 2. Calendario Vaccinale per l'età pediatrica e adolescenziale (0-18 anni) a cura di Siti-FIMP-SIP\*. Versione finale approvata il 8.7.2010

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 ##

#### Interpretazioni delle età di offerta del calendario

3° mese si intende dal 61° giorno

5°-6° anno si intende dal 4° compleanno ai 6 anni (5 anni e 364 giorni)

7° mese sta ad indicare da 6 mesi e 1 giorno fino a 6 mesi e 29 giorni

12° anno da 11 anni e 1 giorno fino al 12° compleanno

#### Legenda

DTPa = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare

IPV = vaccino antipolio inattivato Vaccini contenuti

Ep B = vaccino contro il virus dell'epatite B nell'esavalente

Hib = Vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae tipo b

dTpa = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare formulazione per adulto

MPRV = Vaccino tetravalente per morbillo, parotite, rosolia e varicella

MPR = Vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia

V = Vaccino contro la varicella

PCV13 = Vaccino pneumococcico coniugato 13-valente

Men C = Vaccino contro il meningococco C coniugato

HPV = Vaccino contro i papilloma virus

Influenza = Vaccino trivalente contro l'influenza stagionale

Rotavirus = Vaccino contro i rotavirus

Ep A = Vaccino contro l'epatite A

#### Note

\*) Nei figli di madri HBsAg positive, somministrare entro le prime 12-24h di vita, contemporaneamente alle Ig specifiche, la prima dose di vaccino. Il ciclo va completato con la 2a dose a distanza di 4 settimane dalla prima; a partire dalla 3a dose che deve essere effettuata dal 61° giorno, si segue il calendario con il vaccino combinato.

\*\*) La terza dose va somministrata ad almeno 6 mesi di distanza dalla seconda. La quarta dose, l'ultima della serie primaria, va somministrata nel 5°-6° anno. E' possibile anche utilizzare dai 4 anni la formulazione tipo adulto (dTpa) a condizione che siano garantite elevate coperture vaccinali in età adolescenziale.

\*\*\*) I successivi richiami vanno eseguiti ogni 10 anni

\*\*\*\*) In riferimento ai focolai epidemici in corso, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia d'età (*catch up*) anche una ricerca attiva ed immunizzazione dei soggetti non vaccinati (*mop up*).

^) Soggetti anamnesticamente negativi per varicella. Somministrazione di due dosi di vaccino a distanza di  $\geq 1$  mese

^^) Sono disponibili dati scientifici a supporto del passaggio in corso di ciclo vaccinale (a qualsiasi dose) da PCV 7- valente a PCV 13-valente. Nei soggetti a rischio, la vaccinazione di recupero con 2 dosi di PCV13 fortemente raccomandata, anche nel caso in cui sia già stato completato il ciclo vaccinale con PCV7. Fino ai 36 mesi di età, potrà essere valutata l'offerta di una dose di recupero sierotipico anche ai bambini della popolazione generale che abbiano già completato il ciclo di vaccinazione con PCV7. Per i soggetti mai vaccinati in precedenza che iniziano il ciclo dopo il primo anno di vita devono essere effettuate due dosi, e dopo il secondo anno una sola dose

») Dose singola. La vaccinazione contro il meningococco C viene eseguita in due coorti contemporaneamente: la prima coorte al 13°-15° mese di vita e la seconda coorte a 12-14 anni. I bambini della prima coorte riceveranno tra il 12° e il 15° anno di vita una nuova dose di vaccino. Nei soggetti a rischio, la vaccinazione contro il meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive.

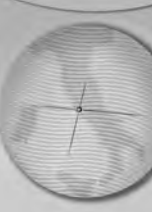
i) Solo per il sesso femminile. Somministrare 3 dosi nella coorte. Per accelerare la campagna di copertura in questa fase è auspicabile una strategia multicoorte e comunque il "co-payment o social price" per le fasce d'età senza offerta gratuita.

ii) Vaccinare con il vaccino stagionale i soggetti a rischio già previsti dalla Circolare Ministeriale valutando, anche sulla base di aspetti organizzativi locali, il progressivo inserimento anche dei bambini che frequentano stabilmente gli asili o le -altre comunità

#) Con offerta in "co-payment o social price"

##) Indicazione per aree geografiche ad elevata endemia (2 coorti, 15/18 mesi & 12 anni)





l'unica soluzione è attenersi alle regole per evitare le punture di insetti.

- **Colera.** Fino a qualche anno fa esisteva un vaccino basato su cellule batteriche uccise con il fenolo, ritirato dal commercio nel 1992 perché assai poco efficace. 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 polisaccaridico tetravalente attivo contro i sierogruppi A, C, Y, W-135. Il vaccino è solo parzialmente efficace sotto i 2 anni di vita perché la risposta agli antigeni polisaccaridici del bambino piccolo è scarsa, anche se, fortunatamente, non del tutto disprezzabile verso il sierotipo A.
- **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 1, 7 e 30 in modo da concludere il ciclo almeno 10 giorni prima della partenza.

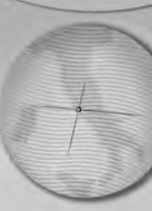
- **Rabbia.** Esistono immunoglobuline specifiche ed un vaccino. L'uso di questi preparati dipende dalle caratteristiche degli animali. Il vaccino non si può usare sotto l'anno e il ciclo protettivo comporta 3 dosi ai giorni 1, 7 e 28. Da utilizzare solo in caso di morsicatura post - esposizione.
- **Rotavirus.** Questa vaccinazione praticabile solo dalla sesta settimana di vita fino al sesto mese (età entro la quale il ciclo vaccinale deve essere concluso) non ha ancora trovato larga diffusione nel nostro Paese. Tuttavia, considerando che entro il quarto anno di vita il 90% dei bambini in Italia ha fatto almeno un episodio di gastroenterite da rotavirus, talora con necessità di ricovero ospedaliero, sarebbe buona pratica adottarla con benefici sia clinici che economici. A maggior ragione è proponibile in previsione di spostamenti in età precoce verso Paesi di origine familiare ad alta incidenza di malattia.

Fondamentali sono infine le raccomandazioni di tipo comportamentale. La Tabella 2 riporta il calendario raccomandato Siti-FIMP-SIP.

### Bibliografia essenziale

- 1) Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. Accordo Ministero della salute/CCM - Regione Marche. 2007. Disponibile online da [http://www.ars.marche.it/osservatorio\\_dis/doc/report\\_progettoPromozioneSaluteImmigrati.pdf](http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/report_progettoPromozioneSaluteImmigrati.pdf). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 2) Caritas Migrantes. Immigrazione. Dossier statistico 2009. XIX Rapporto sull'immigrazione: conoscenza e solidarietà. IDOS, Centro Studi e Ricerche, 2009.
- 3) Caritas Migrantes. Immigrazione. Dossier statistico 2010. XX Rapporto sull'immigrazione: per una cultura dell'altro. IDOS, Centro Studi e Ricerche, 2010.
- 4) ISTAT. La popolazione straniera residente in Italia. Reports 2009 - 2010. Disponibile online da: <http://www.istat.it/it/archivio/39726>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 5) ECDC. Risk Assessment. Situation in northern Africa/Libyan Arab Jamahiriya and the influx of migrants to Europe. Disponibile online da: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC\\_DispForm.aspx?ID=667](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=667). [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 6) Affronti M, Geraci S, Castro Cedeno G, Lupo M, Carrillo D, Cassarà G. Atti della IX Consensus conference sull'immigrazione- VII Congresso nazionale SIMM. Per una

- salute senza esclusioni. Palermo 27-29 aprile 2006.
- 7) WHO. Vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2007 global summary. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services, 2007.
- 8) Chironna M, Germinario C, Lopalco PL et al. HBV, HCV and HDV infections in Albanian refugees in Southern Italy (Apulia Region). *Epidemiol Infect* 2000; 125: 163-7.
- 9) Germinario C, Chironna M, Quarto M et al. Immunosurveillance on Kosovar children refugees in Southern Italy. *Vaccine* 2000;8: 2073-4.
- 10) Giacchino R, Zancan L, Vajro P et al. Hepatitis B Virus Infection in Native versus Immigrant or Adopted Children in Italy Following the Compulsory Vaccination. *Infection* 2001;29(4):188-91.
- 11) Viviano E, Cataldo F, Accomando S et al. Immunization status of internationally adopted children in Italy. *Vaccine* 2006;24:4138-43.
- 12) Acerbi L, Trillò ME. Il bambino zingaro. In: Bona G ed. Il bambino immigrato. Centro (FE): Editeam Gruppo Editoriale, 2003:111-9.
- 13) American Academy of Pediatrics, Red Book. Report of Committee on Infectious Diseases. 28 TH edition, 2009.



## L'esperienza del Servizio di Medicina del Disagio dell'ASL di Brescia

Carmelo Scarcella

Direttore Generale ASL di Brescia

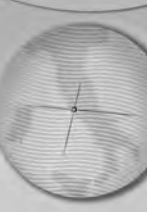
Fin dai primi anni novanta, la Provincia di Brescia ha rappresentato una vera e propria meta di flussi migratori, inizialmente dal continente africano quindi dall'Europa dell'Est e dall'Asia centro-meridionale. Ad oggi si calcola che circa 150.000 immigrati siano regolarmente presenti, ai quali deve essere aggiunta una quota di migranti irregolari di difficile quantificazione, configurando il territorio dell'ASL di Brescia come una delle aree a più alta pressione migratoria nel panorama nazionale. Anche nella nostra Provincia i primi interventi per garantire l'assistenza socio-sanitaria ai migranti sono stati avviati da organizzazioni del mondo del volontariato e del privato sociale. Tuttavia, una così forte presenza di migranti non poteva non avere un impatto sul Sistema Sanitario Nazionale e Locale. Per tale ragione e, nonostante la carenza a quel tempo di normativa nazionale al riguardo, nel 1990 l'allora Unità Socio Sanitaria Locale - 41 di Brescia, istituì una prima struttura ambulatoriale per fornire una risposta istituzionale all'emergenza legata alla prevenzione e cura soprattutto dei soggetti immigrati non altrimenti assistiti, in un'ottica di tutela della salute individuale e collettiva.

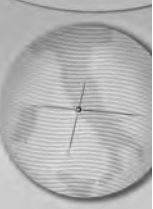
Successivamente, di fronte al costante incremento della popolazione migrante, con estrema diversificazione etnica ed eterogeneità delle tipologie giuridiche e demografiche, e al riconoscimento normativo del diritto alla salute sia agli immigrati regolarmente soggiornanti, sia a quelli in condizioni di irregolarità, l'Azienda Sanitaria Locale di Brescia deliberò la trasformazione del primo ambulatorio nel *Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale* (CSI). Tale Centro fu istituito nel 2006 con l'obiettivo principale di favorire l'integrazione dei migranti nel tessuto sociale attraverso l'applicazione di precise strategie di inclusione nei normali percorsi di accesso alle strutture sanitarie, l'educazione sanitaria e la corretta lettura dei bisogni di salute. Nella convinzione che la sfida della multietnicità non significa solo la garanzia della semplice assistenza sanitaria, ma impone di osservare attentamente i fenomeni globali legati alla mobilità umana e di agire localmente di conseguenza, il CSI ha rappresentato un osservatorio

epidemiologico per l'analisi dei fattori di rischio e del profilo sanitario del migrante, il monitoraggio e la sorveglianza delle patologie potenzialmente diffusibili e l'adozione di specifiche politiche sanitarie in ambito preventivo, come le strategie vaccinali e la tutela della salute nell'ambiente di lavoro. Inoltre, l'esperienza maturata in anni di attività sul campo ha consentito di intraprendere numerose iniziative di formazione e aggiornamento professionale in tema di medicina transculturale, con particolare riferimento alle difficoltà di natura diagnostica connesse alla provenienza geografica dei migranti e alle problematiche di natura culturale e linguistica nella relazione paziente straniero-operatore sanitario.

In epoca più recente, la consapevolezza di dovere tutelare la salute della Comunità in uno scenario nazionale e locale in rapido mutamento, ha reso indispensabile la creazione, nel marzo 2009, del *Servizio di Medicina del Disagio* (SMD), in cui oltre al CSI hanno trovato collocazione anche il Centro Malattie trasmesse sessualmente, l'Unità Operativa Assistenza Penitenziaria e l'ambulatorio infermieristico del Grave Disagio. Il nuovo Servizio si configura come una struttura più moderna e innovativa, che attraverso una collaborazione multidisciplinare e una équipe integrata, è in grado di fare fronte in modo più completo alle esigenze sanitarie di tutte le frange di popolazione che si trovano nel territorio di competenza dell'ASL di Brescia in condizioni di vulnerabilità e di fragilità sociale. Particolare importanza rivestono le prestazioni ai cittadini adulti affetti da grave disagio e nei confronti dei detenuti nell'ambito della tossicodipendenza, il controllo delle malattie infettive e gli interventi di prevenzione secondaria, come gli screening oncologici e la promozione di corretti stili di vita in ambito carcerario.

Tutte queste azioni sono rese ancora più efficaci dall'implementazione di una rete territoriale, che con un approccio olistico alle problematiche socio-sanitarie connesse all'emarginazione sociale, determina una maggiore qualità delle prestazioni sanitarie, una riduzione delle clandestinità sanitarie e minori costi per le amministrazioni pubbliche.





IJPH - YEAR 9, VOLUME 8, NUMBER 3, SUPPL. 3, 2011

ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH