
	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD RISK MANAGEMENT QUALITÀ E ACCREDITAMENTO Direttore Dott.ssa Manuela Serva	
	RACCOMANDAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO DELLA TB NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA	Rev.0 del 29/12/2015 INF.PGRMQA24/2

La Determinazione 4 novembre 2013, n. G01441 "Salute senza esclusioni: per un Servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze" e la Conferenza di Consenso del 5 e 6 giugno 2008 tenutasi a Roma hanno valutato le principali "Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi negli immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare".

Le principali strategie di controllo della tubercolosi nella popolazione immigrata proposte sono:

- ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati e favorire la fruibilità dei percorsi assistenziali di prevenzione e cura attraverso l'informazione sui diritti e doveri dei percorsi assistenziali e sulle strategie di prevenzione;
- il riorientamento del sistema sanitario e dei servizi attraverso:
 - l'individuazione di un referente aziendale che coordini la progettualità e le varie attività ed azioni nei diversi ambiti assistenziali;
 - la formazione degli operatori sanitari, amministrativi e sociali sui temi della salute degli stranieri e sull'approccio transculturale;
 - il monitoraggio di alcuni indicatori che diano informazione circa l'utilizzo dei servizi sanitari;
 - la ridefinizione dei percorsi assistenziali;
 - la realizzazione di strutture, spazi, percorsi dedicati agli immigrati in base a specifiche situazioni di fragilità sociale e problematiche assistenziali.
 - strategie efficaci per migliorare l'adesione al trattamento della malattia tubercolare e/o dell'infezione tubercolare latente da parte degli immigrati.

La terapia del malato di tubercolosi è un elemento centrale dei programmi di controllo in quanto curando i malati si riduce la circolazione del micobatterio nella collettività ed il rischio di selezione di ceppi resistenti ai farmaci antitubercolari.



Questi interventi possono essere suddivisi in:

a) interventi non farmacologici

b) interventi mirati a controllare l'assunzione della terapia (DOT, Directly Observed Therapy), ossia l'assunzione di farmaci sotto diretta osservazione di un operatore sanitario o di altre persone (ad esempio membri della famiglia).

- è importante che ciascun paziente venga seguito dall'inizio alla fine del trattamento;
- bisogna individuare figure dedicate alla gestione del caso e mediatori culturali;
- deve essere assicurata un'adeguata formazione del personale sanitario e sociale coinvolto nei programmi di sorveglianza e controllo della tubercolosi;
- facile accessibilità ai servizi sanitari;
- semplificazione della terapia attraverso l'uso di associazioni di farmaci;
- gratuità, consegna diretta dei farmaci e definizione di piani terapeutici;
- definizione delle azioni da intraprendere in caso di mancata adesione alla terapia (chiamata telefonica, lettere di richiamo, visita domiciliare);
- promozione della gestione di un diario da parte del paziente;
- utilizzo di sistemi di monitoraggio dell'assunzione dei farmaci (ad esempio conteggio delle pillole mancanti).

Programmi attivi di screening dell'infezione tubercolare latente o attiva tra gli immigrati.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD RISK MANAGEMENT QUALITÀ E ACCREDITAMENTO Direttore Dott.ssa Manuela Serva	
	RACCOMANDAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO DELLA TB NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA	Rev.0 del 29/12/2015 INF.PGRMQA24/2

La maggior parte dei paesi europei hanno attivato programmi di screening; questi vengono effettuati al momento dell'ingresso nel paese, prevalentemente su rifugiati e richiedenti asilo.

Le raccomandazioni in merito a programmi di screening sono rivolte a favorire l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati, fornendo informazioni sulla necessità di iscriversi al SSN scegliendo un Medico di Medicina Generale o, per i bambini, un Pediatra di Libera Scelta.

I medici in questione dovranno:

- *informare sui rischi legati alla tubercolosi e sui sintomi iniziali di questa malattia;*
- *raccogliere l'anamnesi tubercolare;*
- *indagare sull'eventuale presenza di sintomi suggestivi di tubercolosi e se presenti :*
 - *proporre una radiografia del torace;*
 - *proporre il test cutaneo e, se positivo, la terapia dell'infezione tubercolare latente;*
 - *proporre la vaccinazione se appartenenti ad una comunità ad elevato rischio*

Il test di riferimento per la diagnosi di infezione tubercolare latente è il test tubercolinico con il metodo di Mantoux (TST), da considerare positivo se il:

- *diametro dell'infiltrato è uguale o superiore a 10 mm a 48-72 ore dall'inoculazione negli immunocompetenti;*
- *nei soggetti immunodepressi il test deve essere considerato positivo se uguale o superiore a 5 mm;*

E' opportuno confermare la positività alla tuberculina con test basati sul rilascio dell'interferone-gamma (IGRA), soprattutto prima di somministrare la chemioterapia preventiva.

Il test tubercolinico positivo richiede l'esclusione della malattia attiva mediante esame radiografico del torace ed eventuali ulteriori indagini diagnostiche.

Le raccomandazioni sopra riportate valgono in modo particolare per tutti gli operatori che lavorano in centri di assistenza sanitaria dedicati agli immigrati e che visitano persone immigrate provenienti da paesi ad alto rischio.

E' inoltre importante la ricerca dei contatti di caso di tubercolosi.

Vaccinazione nei bambini della popolazione immigrata.

La vaccinazione con BCG dovrà essere effettuata:

- *in neonati e bambini di età inferiore a 5 anni, con test tubercolinico negativo, conviventi o aventi contatti stretti con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa, qualora ogni altra misura, incluso, l'allontanamento del caso, sia fallita o impossibile da effettuare;*
- *in neonati e bambini di età inferiore a 5 anni nati in Italia, e pertanto non vaccinati con BCG che si recano per lungo tempo in un paese ad alta incidenza di endemia tubercolare;*
- *in neonati o bambini di età inferiore a 5 anni, se appartenenti ad una comunità ad elevato rischio di tubercolosi.*