



Ministero della Salute

AGGIORNAMENTO DELLE RACCOMANDAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO DELLA TUBERCOLOSI

“Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata”

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
2. METODOLOGIA UTILIZZATA	3
CONSENSUS CONFERENCE: TUBERCOLOSI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA.....	3
3. CONSENSUS CONFERENCE: TUBERCOLOSI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA	4
RACCOMANDAZIONI: STRATEGIE DI CONTROLLO NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA (I).....	4
1. Quali strategie sono efficaci a migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati?..	4
2. Quali strategie sono efficaci a migliorare l'adesione al trattamento della malattia tubercolare e/o dell'infezione tubercolare latente da parte degli immigrati?	7
3. Sono costo-efficaci programmi attivi di screening della infezione tubercolare latente e della malattia tra gli immigrati?	9
4. Quale è il ruolo della vaccinazione nei bambini della popolazione immigrata?	11
ALLEGATO 1 – CONSENSUS CONFERENCE: GRUPPO DI LAVORO E GIURIA.....	12
REFERENTE SCIENTIFICO	12
GRUPPO DI LAVORO.....	12
GIURIA	12

1. INTRODUZIONE

Nel 1999 sono state predisposte in Italia nuove linee guida per il controllo della tubercolosi mirate a promuovere la standardizzazione della terapia antitubercolare ed il *follow-up* dei pazienti trattati, la prevenzione e controllo della TB in pazienti ad alto rischio, tra i quali soprattutto i contatti dei casi, il miglioramento dell'accesso ai servizi. Una indagine condotta a livello nazionale nel 2002 ha messo in evidenza una situazione molto differenziata tra le diverse regioni, per modalità e grado di implementazione delle linee guida e, in generale, l'assenza in molte aree del paese di programmi di controllo della TB solidamente strutturati.

Diversi fattori possono aver contribuito ad un non ottimale controllo della TB. Tra questi vanno ricordati:

- Il fatto che la TB è divenuta una patologia rara nella popolazione generale e di conseguenza l'attenzione al problema, il grado di sospetto diagnostico, le competenze specialistiche sono divenute meno diffuse in Italia.
- Il progressivo aumento dei casi di TB in persone immigrate da altri paesi ha comportato problemi nuovi nella gestione di questa patologia (difficoltà di accesso ai servizi, barriere culturali e linguistiche, difficoltà di *follow-up*)
- La scomparsa di servizi dedicati alla prevenzione e trattamento di questa patologia, che pure non sono più giustificati dal mutato quadro epidemiologico, ha comportato il coinvolgimento di numerosi diversi professionisti nella diagnosi e terapia di questa patologia, con un rischio di frammentazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.
- La persistenza di problemi organizzativi e gestionali in molte aree del Paese (carenze nella rete di diagnosi e cura, difficoltà di applicazione delle misure di controllo e isolamento, etc.)
- In questo contesto le linee guida del 1999 non appaiono più in grado di svolgere un ruolo di promozione di una attività di controllo della TB basate su evidenze scientifiche. Appare evidente la necessità di elaborare nuove raccomandazioni nazionali che possano anche servire come base per l'elaborazione di protocolli operativi a livello dei servizi sanitari regionali.

2. METODOLOGIA UTILIZZATA

CONSENSUS CONFERENCE: TUBERCOLOSI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

E' stata adottata la seguente metodologia:

- ❖ per l'organizzazione e la conduzione della Conferenza di Consenso, ci si è basati sul modello del National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (UK);
- ❖ è stato costituito il gruppo di lavoro, identificati i membri della giuria, invitati come esperti tutti i relatori e partecipanti al seminario tenutosi presso l'Istituto Superiore di Sanità nel maggio 2006, identificati e invitati rappresentanti delle principali Associazioni Scientifiche (Allegato 1).
- ❖ è stata definita la lista dei quesiti;
- ❖ è stata condotta una ricerca sistematica della letteratura:
 - sono state consultate le banche dati PUBMED, CINAL, COCHRANE LIBRARY, selezionando documenti pubblicati dal 2000 (incluso) fino al 10 marzo 2008, in lingua italiana, inglese, francese, spagnola;
 - sono state consultate riviste italiane del settore non indicizzate;
 - nel caso non fossero disponibili revisioni sistematiche o Linee Guida, si sono utilizzati gli studi primari. Sono stati selezionati, quando disponibili e pertinenti, gli studi pubblicati dopo il 1/1/ 2005; in caso contrario, sono stati inclusi studi pubblicati precedentemente, selezionati procedendo a ritroso;
 - sono stati consultati i siti web, nazionali e internazionali, delle Società di Malattie Respiratorie, Malattie Infettive, organizzazioni internazionali e di singoli paesi;

- ❖ sono stati selezionati i documenti per la revisione sistematica:
 - sono stati selezionati in base alla pertinenza con l'argomento del quesito;
 - le Linee Guida considerate pertinenti sono stati valutate con lo strumento AGREE¹ per la valutazione degli studi primari e delle Revisioni Sistematiche sono stati invece utilizzati i CAT (*Critical appraisal tool*);
- ❖ sono state sintetizzate le raccomandazioni/evidenze e formulate le raccomandazioni:
 - sono state costruite le tabelle di sinossi;
 - il Gruppo di lavoro ha preparato la bozza di raccomandazioni da sottoporre alla discussione della Giuria e del Pubblico.
- ❖ Il 5 e 6 giugno 2008 si è tenuta la Conferenza di Consenso:
 - è durata 1 giorno e mezzo;
 - nella prima mattina sono state presentate e discusse le evidenze in sessioni plenarie (presenti i membri della giuria e del gruppo di lavoro, gli invitati, coordinati e moderati dal Presidente della Giuria); il pomeriggio e la sera del primo giorno, la giuria si è riunita separatamente per discutere la bozza delle raccomandazioni di consenso ed ha raggiunto il consenso su ciascun quesito (i componenti della giuria avevano ricevuto prima della data della Conferenza il materiale bibliografico raccolto e sintetizzato e la bozza di raccomandazioni proposta dal Gruppo di Lavoro). La mattina seguente la bozza del documento è stata presentata in una sessione plenaria per raccogliere i commenti da parte del pubblico.
 - Sulla base di questi commenti, il documento è stato modificato ed inviato per e-mail ai membri della giuria ed ai partecipanti per la validazione definitiva.
- ❖ è stato definito il grado di ciascuna raccomandazione:

Raccomandazione forte	Raccomandazioni basate su informazioni scientifiche di livello I* e/o sul parere unanime del panel multidisciplinare
Raccomandazione di media forza	Raccomandazioni basate su informazioni scientifiche di livello II** e/o sul parere a maggioranza del panel multidisciplinare.
Raccomandazione debole	Raccomandazioni basate unicamente su opinioni di esperti o su informazioni scientifiche di livello III***

* Prove ottenute da letteratura secondaria di buona qualità metodologica e/o da studi randomizzati e controllati

** Prove ottenute da letteratura secondaria di media qualità metodologica e/o da studi di coorte

*** Prove ottenute da studi osservazionali di media qualità metodologica e/o basate sull'opinione di esperti

3. CONSENSUS CONFERENCE: TUBERCOLOSI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

RACCOMANDAZIONI: STRATEGIE DI CONTROLLO NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA (I)

1. Quali strategie sono efficaci a migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati?

Le specifiche strategie proposte per ridurre le barriere di accesso e favorire la fruibilità dei percorsi assistenziali di prevenzione e di cura consistono in:

- ❖ **Informare la popolazione di riferimento sui diritti (e doveri), sui percorsi assistenziali e sulle strategie di prevenzione.** Ciò comporta il coinvolgimento, la responsabilizzazione e il protagonismo delle comunità di immigrati, fino a che esse stesse non ne diventino i principali promotori e attori. L'organizzazione istituzionale, in collaborazione con l'associazionismo e il terzo settore, deve favorire e supportare tale processo fornendo competenze, conoscenze, mezzi e strumenti, in una logica di forte integrazione con le competenze comunitarie e tradizionali.
- ❖ **Riorientare l'intero sistema in un'ottica di maggiore permeabilità e trasparenza, con ricadute positive non solo per la popolazione immigrata, ma anche per l'intera popolazione.** Tale processo prevede varie azioni che vanno dalla formazione degli operatori,

al lavoro multidisciplinare, al lavoro di rete intra-aziendale, interistituzionale, e con l'associazionismo (autoctono e di immigrati), al modellamento dei servizi in chiave transculturale (accesso equo e leggibile per tutti) e interculturale (attenzione specifica per alcuni contesti linguistici e culturali).

RACCOMANDAZIONI

1.1 L'informazione della popolazione sui diritti/doveri e sui percorsi sanitari deve avvenire in forma corretta ed esaustiva attraverso **(Raccomandazione forte)**:

- l'**individuazione dei messaggi oggettivi irrinunciabili (core)** per favorire la conoscenza del SSN e la sua accessibilità;
- la **produzione** e la messa a disposizione (centralmente su rete informatica, con possibilità di scaricare liberamente) di **messaggi chiave** per la conoscenza dei diritti e dei doveri relativi all'assistenza sanitaria in Italia, delle fonti normative di riferimento e delle circolari esplicative anche locali, in italiano e nelle lingue maggiormente parlate;
- il **coinvolgimento diretto e partecipato degli immigrati** – associazioni, leader o gruppi di aggregazione religiosi o politici, singoli interessati, mediatori ecc. – per definire le strategie più adeguate di comunicazione (compresa la possibilità di modulare i diversi messaggi sulle specificità delle comunità etniche di riferimento); è auspicabile promuovere la crescita di figure interne alle varie comunità (i cosiddetti "promotori di salute") che acquisiscano conoscenze in merito ai servizi disponibili e ai percorsi di accesso e sviluppino specifiche competenze in ambito di orientamento sanitario ed eventualmente anche di educazione sanitaria (a riguardo appare strategico il coinvolgimento delle donne);
- la **progettazione**, possibilmente **concertata** tra i vari "attori" sanitari e sociali, istituzionali e non (servizi di programmazione, servizi territoriali, associazionismo e terzo settore, comunità di immigrati ecc.) delle strategie operative più adeguate al raggiungimento degli stranieri per attività di informazione e orientamento;
- l'**offerta attiva** delle informazioni presso i luoghi di vita, di lavoro e di raduno, gli ambiti istituzionali di passaggio (questura, posta, scuola) o le aree di maggior criticità (CPT, centri accoglienza, case famiglia ecc.), anche mediante il coinvolgimento di equipe multidisciplinari e la distribuzione di specifiche "mappe di fruibilità";
- la possibilità e la capacità di avere operatori addetti alle attività di front office del SSN che siano preparati (in termini di contenuti e di capacità relazionale) a veicolare specifiche informazioni ed eventuali messaggi sanitari.

1.2 Il riorientamento del sistema sanitario e dei servizi deve prevedere **(Raccomandazione forte)**:

- l'**individuazione di un referente aziendale** che coordini (o colleghi) la progettualità e le varie attività/azioni nei diversi ambiti assistenziali, possibilmente supportato da un gruppo di lavoro intra-aziendale multidisciplinare, collegato in rete con altre realtà territoriali (anche del privato sociale e dell'associazionismo);
- la **formazione** degli operatori sanitari, amministrativi e sociali sui temi della salute degli stranieri e dell'approccio transculturale (informazioni di base su consistenza quantitativa e qualitativa del fenomeno in ambito nazionale e locale; evidenze sanitarie e specifiche criticità epidemiologiche; diritto all'assistenza e percorsi sanitari; metodiche relazionali e conoscenza degli aspetti culturali delle specifiche comunità), anche attraverso il coinvolgimento degli immigrati stessi (mediatori e formatori);
- il **monitoraggio di alcuni indicatori** che diano informazioni circa l'utilizzo dei servizi sanitari (percentuale di iscritti al SSN sul totale dei potenzialmente iscrivibili; numero di tesserini STP o ENI rilasciati; percentuale di bambini vaccinati; numero di accessi al medico di base, al PS

- e/o altre strutture ecc.) e le condizioni di salute degli immigrati (dati sulle dimissioni ospedaliere, notifiche delle malattie infettive, infortuni sul lavoro, ivg) nel proprio territorio;
- **la ridefinizione dei percorsi assistenziali** per tutti, in modo da tener conto dei bisogni specifici della popolazione immigrata (apertura pomeridiana o serale, servizi decentrati);
 - **la valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta**, nella presa in carico di immigrati con specifici bisogni assistenziali (richiedenti asilo e rifugiati, vittime di tortura e violenze);
 - **la realizzazione di strutture, spazi, percorsi dedicati** agli immigrati in base a specifiche situazioni di fragilità sociale e problematicità assistenziale e/o iniziative che aumentino la "sensibilità" culturale del sistema e dei servizi (utilizzo di mediatori culturali e/o operatori stranieri, interpreti disponibili, indicazioni in lingua ecc.).

2: Quali strategie sono efficaci a migliorare l'adesione al trattamento della malattia tubercolare e/o dell'infezione tubercolare latente da parte degli immigrati?

La terapia efficace 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 e una terapia ben condotta riduce il rischio di selezione di ceppi resistenti ai farmaci antitubercolari.

*La terapia della malattia tubercolare o dell'infezione tubercolare latente durano, tuttavia, alcuni mesi e può essere, quindi, difficile per alcune persone completare il ciclo di terapia. Per questo motivo il tema di come assicurare una elevata **adesione alla terapia** ha rappresentato e rappresenta una delle sfide cruciali dei programmi di controllo. A questo scopo sono state sperimentate diverse misure per migliorare l'adesione alla terapia, tra cui misure mirate a influenzare i comportamenti del personale sanitario, l'organizzazione di servizi o il comportamento delle persone con tubercolosi.*

Questi interventi possono essere suddivisi in: a) interventi non farmacologici; e b) interventi mirati a controllare l'assunzione della terapia, quale la terapia direttamente osservata (Directly observed therapy-DOT) ossia l'assunzione dei farmaci sotto diretta osservazione di un operatore sanitario o di altre persone, per esempio membri della famiglia.

RACCOMANDAZIONI

Presenza in carico del paziente ("case-holding")

I 2.1 I responsabili delle politiche sociali e sanitarie dovrebbero considerare il "case-holding" come una misura centrale di salute pubblica (**Raccomandazione forte**)

I 2.2 Per assicurare una elevata adesione al trattamento, è essenziale che ciascun paziente venga seguito dall'inizio al termine del trattamento, incluso il follow-up in caso di trasferimento ad altro servizio, anche fuori regione, evento questo più frequente nel caso di pazienti immigrati (**Raccomandazione forte**).

I 2.3 Laddove necessario, è essenziale che i servizi sociali contribuiscano alla presa in carico dei pazienti con TB, anche prevedendo in fase di trattamento forme di accoglienza e accompagnamento sociale (**Raccomandazione forte**).

Figure dedicate alla gestione del caso ("case-holding") e mediatori culturali

I 2.4 I responsabili del trattamento della tubercolosi in persone immigrate devono assicurare modalità di "gestione del caso" che tengano conto delle specificità culturali (**Raccomandazione forte**):

- avvalendosi di servizi di traduzione e soprattutto di mediazione culturale;
- ove opportuno, si possono coinvolgere persone significative per il paziente, comunque nel rispetto dell'obbligo di riservatezza.

I 2.5 Deve essere assicurato il collegamento fra le diverse strutture, servizi ed operatori coinvolti nella assistenza al paziente con TB, per assicurarne la gestione unitaria per tutta la durata del trattamento. I soggetti coinvolti devono agire in rete (ad esempio attraverso il modello del dispensario funzionale) (**Raccomandazione forte**).

I 2.6 Appare strategico il coinvolgimento delle organizzazioni e delle strutture non governative e di volontariato (**Raccomandazione forte**).

I 2.7 Deve essere assicurata una adeguata formazione del personale sanitario e sociale, coinvolto nei programmi di sorveglianza e controllo della TB (**Raccomandazione forte**).

Interventi per migliorare l'adesione

I 2.8 I pazienti dovrebbero essere coinvolti nelle decisioni terapeutiche già al momento di inizio del trattamento sia per una forma di TB attiva sia per una infezione tubercolare latente. L'importanza

dell'adesione al trattamento dovrebbe essere enfatizzata durante il colloquio con il paziente al momento di concordare la terapia (**Raccomandazione forte**).

I 2.9 I servizi che si occupano della cura della tubercolosi dovrebbero comunicare ad ogni paziente il nome dell'operatore sanitario di riferimento e come contattarlo. Questo operatore dovrebbe promuovere l'educazione sanitaria e facilitare il coinvolgimento del paziente per migliorare l'aderenza (**Raccomandazione forte**).

I 2.10 I servizi che si occupano della cura della tubercolosi dovrebbero prendere in considerazione i seguenti interventi per migliorare l'aderenza al trattamento sia per le persone con malattia tubercolare attiva sia per coloro con infezione tubercolare latente (**Raccomandazione forte**):

- Facile accessibilità ai servizi sanitari interessati
- Semplificazione della terapia attraverso l'uso delle associazioni di farmaci
- Gratuità, consegna diretta dei farmaci e definizione di piani terapeutici
- Pianificazione delle modalità di follow-up del paziente per le visite successive, realizzata attraverso l'integrazione tra tutte le figure e servizi interessati (medici ospedalieri, medici del territorio, dipartimento di sanità pubblica, centri di volontariato, ecc.)
- Definizione delle azioni da intraprendere in caso di mancata adesione (chiamata telefonica, lettere di richiamo, visita domiciliare coinvolgendo se necessario il mediatore culturale)
- Offerta di una azione di counselling e predisposizione e consegna di materiale informativo in lingua
- Promozione della gestione di un diario da parte del paziente
- Utilizzo di sistemi di monitoraggio dell'assunzione dei farmaci (ad esempio il conteggio delle pillole mancanti, l'esame delle urine, ecc.)

I 2.11 In particolari gruppi di pazienti (scarsa aderenza in un precedente trattamento, soggetti senza fissa dimora, tubercolosi multiresistente) oppure qualora non siano stati efficaci gli interventi sopra elencati, è raccomandata la terapia direttamente osservata (**Raccomandazione forte**).

I 2.12 La terapia direttamente osservata può essere attuata con diverse modalità (**Raccomandazione forte**):

- Le figure responsabili possono essere operatori sanitari o altre figure, quali ad esempio familiari. Nei pazienti già trattati o con tubercolosi multiresistente, è indispensabile l'osservazione diretta dell'assunzione del trattamento da parte di un operatore sanitario.
- Si raccomanda, ove possibile, la terapia direttamente osservata a domicilio del paziente o comunque in luoghi facilmente accessibili dal paziente.

3. Sono costo-efficaci programmi attivi di screening della infezione tubercolare latente e della malattia tra gli immigrati?

Lo screening di immigrati da paesi con un'elevata incidenza di tubercolosi può essere utile per assicurare alle persone con Tubercolosi (TB) un trattamento tempestivo e minimizzare la trasmissione di Mycobacterium tuberculosis nel paese.

Nella maggior parte dei paesi europei che hanno attivato programmi di screening, questi vengono effettuati al momento dell'ingresso nel paese e prevalentemente su rifugiati e richiedenti asilo. I pochi paesi che conducono programmi di screening anche di immigrati diversi dai rifugiati, in genere li svolgono attraverso servizi di comunità e non al momento dell'ingresso nel paese.

La resa dei programmi di screening (numero di casi di tubercolosi identificati su 100.000 persone sottoposte a screening) è molto bassa per la malattia tubercolare (media 272 casi ogni 100.000 persone esaminate); per la infezione tubercolare latente la resa è più elevata (31-46%), ma l'utilità è limitata dalla non specificità del test alla Mantoux e dalla successiva bassa adesione alla terapia.

Studi di costo efficacia canadesi sottolineano come i programmi di screening all'ingresso non siano costo-efficaci, né per la malattia né per l'infezione tubercolare, mentre lo sono i programmi di ricerca dei contatti di caso.

RACCOMANDAZIONI

Favorire l'accesso ai servizi

I 3.1 Per le persone che richiedono un permesso di soggiorno in Italia e/o iscrizione all'anagrafe, è utile al momento della richiesta del permesso/iscrizione (**Raccomandazione forte**):

- Fornire informazioni sulla organizzazione del SSN, sulla necessità di iscriversi al SSN, scegliendo un Medico di Medicina Generale o per i bambini un Pediatra di Libera Scelta e sulla importanza della diagnosi precoce di alcune malattie, inclusa la tubercolosi.

I 3.2 Ogni operatore sanitario che svolge attività con immigrati dovrebbe incoraggiarli ad iscriversi al MMG (**Raccomandazione forte**).

I 3.3 E' opportuno attivare campagne informative nelle comunità di immigrati, con la partecipazione di persone di riferimento della comunità stessa, con l'obiettivo di promuovere un miglior accesso ai servizi e informare sui sintomi precoci di tubercolosi e sul rischio per le persone conviventi se la TB non viene diagnosticata precocemente. (**Raccomandazione forte**)

Promuovere l'offerta agli immigrati di una diagnosi precoce

I 3.4 E' opportuno utilizzare tutte le occasioni di contatto degli immigrati con il servizio sanitario o con centri di volontariato, per informare sulla malattia (**Raccomandazione forte**).

I 3.5 I Medici di Medicina Generale (MMG) per ogni nuova persona iscritta proveniente da un paese ad alto rischio (incidenza stimata dall'OMS >100 casi/100.000¹) devono (**Raccomandazione forte**):

- informare sui rischi legati alla tubercolosi e sui sintomi iniziali di questa malattia;
- raccogliere l'anamnesi tubercolare (precedente vaccinazione con BCG, malati di TB in famiglia)
- indagare sulla eventuale presenza di sintomi suggestivi di tubercolosi e se presenti proporre una radiografia del torace.

I 3.6 I Pediatri di Libera Scelta (PLS) per ogni nuovo bambino iscritto (inclusi i bambini adottati) nato in un paese ad alto rischio (incidenza stimata dall'OMS >100 casi/100.000) dovrebbero (**Raccomandazione forte**):

- informare sui rischi legati alla tubercolosi e sui sintomi iniziali di questa malattia

¹ Organizzazione Mondiale della Sanità, Rapporto annuale su "Global Tuberculosis Control". Disponibile su http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

- raccogliere l'anamnesi tubercolare (precedente vaccinazione con BCG, presenza di malati di tubercolosi in famiglia)
- indagare sulla 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 di TB.

I 3.7 Le raccomandazioni sopra riportate valgono in modo particolare per tutti gli operatori che lavorano in centri di assistenza sanitaria dedicati agli immigrati anche irregolari e che visitano persone immigrate recentemente da paesi ad alto rischio (>100 casi/100.000).

Durante le occasioni di contatto è proponibile eseguire la **ricerca dell'infezione tubercolare e della malattia** nei soggetti asintomatici provenienti da paesi ad incidenza di tubercolosi >100/100.000 e residenti in Italia da <5 anni, oppure provenienti dalle stesse aree e che vivono in condizioni socio-sanitarie di emarginazione indipendentemente dall'epoca di soggiorno oppure dopo un soggiorno prolungato (3-6 mesi) in paesi di origine ad alta endemia tubercolare (**Raccomandazione debole**):

- Il test di riferimento per la diagnosi di infezione tubercolare latente è il test tubercolinico con il metodo Mantoux (TST) (da considerare positivo se il diametro dell'infiltrato è uguale o superiore a 10 mm a 48-72 ore dall'inoculazione; nei soggetti immunodepressi il test deve essere considerato positivo se uguale o superiore a 5 mm).
- Ove possibile può essere opportuno confermare la positività alla tubercolina con test basati sul rilascio di interferon-gamma (TIG-TB), 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 ritenute utili a confermare o escludere una diagnosi di tubercolosi.
- Se viene esclusa la malattia attiva, raccomandare la terapia dell'infezione tubercolare latente nelle persone di età uguale o inferiore a 35 anni e nelle persone di qualsiasi età con coinfezione HIV.

Ricerca dei contatti di caso di tubercolosi

I 3.8 La **ricerca dei contatti di caso** di tubercolosi rappresenta l'attività di screening da considerare prioritaria nelle persone immigrate per (**Raccomandazione forte**):

- la sua costo-efficacia,
- la possibilità di avere accesso alle comunità di immigrati in modo meno intrusivo;
- l'elevata adesione al trattamento.

Per le raccomandazioni specifiche sulle modalità di gestione dei contatti (diagnosi e terapia) si rimanda alle linee guida sui contatti di caso illustrate precedentemente.

Valutazione della efficacia nella pratica degli interventi

I 3.9 Ove si attivino programmi di ricerca attiva della malattia o dell'infezione tubercolare è opportuno programmare la **rilevazione di dati** che consentano di valutare nel tempo l'efficacia nella pratica di questa attività (**Raccomandazione di media forza**).

4. Quale è il ruolo della vaccinazione nei bambini della popolazione immigrata?

L'efficacia della vaccinazione con BCG nei confronti della TB polmonare negli adulti è fortemente variabile e mediamente bassa, mentre i risultati nella popolazione pediatrica nella prevenzione delle forme di TB meningea e miliare (forme cliniche severe di TB) sono più consistenti e l'efficacia è maggiore.

Un programma di immunizzazione selettiva dovrebbe integrare il sistema di controllo della TB per assicurare standards elevati di cura nelle popolazioni ad alto rischio di malattia.

RACCOMANDAZIONI

Vaccinazione dei bambini immigrati da paesi ad alta endemia appartenenti a comunità a rischio

I 4.1 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 attuare.
- neonati e bambini di età inferiore a 5 anni nati in Italia, e pertanto non vaccinati con BCG, che si recano per lungo tempo (periodo superiore a 6 mesi) in un paese ad alta incidenza di endemia tubercolare o in neonati e bambini di età inferiore a 5 anni, se appartenenti ad una comunità ad elevato rischio di tubercolosi (vedi successivamente)

I 4.2 I servizi dovrebbero rendersi disponibili a fornire il vaccino, se richiesto dal paese in cui si reca il neonato o il bambino o per i neonati/bambini non già vaccinati e provenienti da aree dove il vaccino è obbligatorio.

Sorveglianza della meningite pediatrica

I 4.3 Per valutare se sia opportuno attivare la vaccinazione selettiva di specifici gruppi di bambini, si raccomanda di esaminare attentamente i casi di meningite tubercolare in età pediatrica (età, provenienza, vaccinazione pregressa, contatto recente di caso).

ALLEGATO 1 – CONSENSUS CONFERENCE: GRUPPO DI LAVORO E GIURIA

REFERENTE SCIENTIFICO

Maria Luisa Moro – Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna, Area di programma Rischio Infettivo

GRUPPO DI LAVORO

Salvatore Geraci	Presidente
Marina Greci	Medico di Sanità pubblica
Bianca Maria Borriani	Medico di Sanità pubblica
Stefano Giordani	Infettivologo
Issa el Hamad	Infettivologo
GB Migliori	Pneumologo
Cinzia Perilli	Assistente sanitaria
Giovanni Baglio	Epidemiologo
Maria Luisa Moro	Epidemiologa

Altre persone che hanno collaborato alla preparazione della Consensus Conference:

Ricerca della letteratura: Maria Camerlingo (ASSR Emilia Romagna)

Revisione della letteratura: Angela Peghetti (ASSR Emilia Romagna), Valeria Berti, Roberta Baratti (Centro Studi EBN, S Orsoia)

Segreteria organizzativa della Consensus: Vanessa Vivoli (ASSR Emilia Romagna)

Dati epidemiologici sulla TB negli immigrati: Stefania D'Amato (Dipartimento della Prevenzione Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali)

GIURIA

Salvatore Geraci	Presidente
Alberto Matteelli	Infettivologo
Enrico Ciardi	Epidemiologo/infettivologo
Massimiliano Bugani	Pneumologo
Giorgio Besozzi	Pneumologo
Luigi Codecasa	Pneumologo
Massimo Scano	Medico di Medicina Generale
Anna Pupo	Dipartimento Sanità Pubblica, medico
Luciano Guaidoni	Ambulatorio immigrati, esperienza Dipartimento di Sanità Pubblica, medico
Andrea Facchini	Area immigrazione, Servizio Politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale, Assessorato alle Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna
Sun Shuyan	Mediatore culturale
Antonella Brunelli	Responsabile di Distretto
Carlo Bracci	Medico legale
Mario Afronti	Internista - Policlinico e Servizio Immigrati Palermo
Anna Maria Villa	Pediatra, Opera San Francesco Milano
Luigi Toma	Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale - IRCCS San Gallicano, Roma
Giulio Pitzalis	Centro di Pneumologia Sociale Dipartimento di Prevenzione Medico Friuli
Silvia Declich	CNESPS, Istituto Superiore di Sanità
Gualtiero Grilli	Coordinamento inter-regionale della Sanità Pubblica
Pierfranco Olivani	NAGA Milano, Policlinico Milano
Maria Grazia Pompa	Ministero della Salute
Fabio Scano	Organizzazione Mondiale della Sanità
Davide Manissero	European CDC
Gruppo di lavoro, senza possibilità di voto	

Invitati

Associazioni Scientifiche	rappresentanti di Associazione Pediatri di Comunità, Associazione Culturale Pediatri, Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri, Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis, Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, Società Italiana Medicina Respiratoria, Società Italiana di Medicina Generale, Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, Società Italiana Pediatria – Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Società Italiana di Medicina Tropicale, Società Italiana di Medicina dei viaggi e delle Migrazioni, Stop TB Italia
Esperti già presenti al seminario ISS del 2006	
Referenti regionali (Coordinamento inter-regionale sulla tubercolosi)	1 o 2 rappresentanti per ciascuna regione e provincia autonoma