



Istituto
Superiore
di Sanità



Ministero della Salute
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria



Centro Nazionale
per la Prevenzione e il
Controllo delle Malattie

atti del seminario

tubercolosi e immigrazione: strategie di controllo

Roma, 12 maggio 2006

REDAZIONE E COORDINAMENTO EDITORIALE:

Anna Maria Zaccheddu, Eva Benelli - Zadigroma, Roma

IMPAGINAZIONE: Bruno Antonini

STAMPA: Tipografia Graffiti, Pavona (Roma)

Introduzione	5
Tubercolosi e immigrazione:	
definizione del problema	6
Immigrazione: caratteristiche, problemi e opportunità (sintesi dell'intervento di Salvatore Geraci)	6
<i>Caratteristiche</i>	6
<i>Problemi</i>	7
<i>Opportunità</i>	8
Esperienze nel controllo della TBC della International Organization for Migration (sintesi dell'intervento di Olga Gorbacheva)	8
Il quadro epidemiologico della TBC	10
<i>Il quadro internazionale</i>	10
<i>Il quadro italiano</i>	11
Confronto tra esperienze di controllo	
della TBC negli immigrati	15
Proposta	
di miglioramento	31
Bibliografia	35
Partecipanti al seminario	37



Introduzione

Nell'ambito delle attività per il controllo della tubercolosi (TBC), portate avanti dal Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), è stato organizzato un seminario presso l'Istituto Superiore di Sanità (vedi allegato), con l'obiettivo di mettere a confronto esperienze significative di controllo della TBC nella popolazione immigrata da Paesi ad alta endemia tubercolare, condotte da aziende sanitarie locali oppure da singoli servizi o strutture. Le esperienze sono state identificate attraverso il confronto con le autorità regionali, associazioni scientifiche del settore e singoli esperti.

Obiettivo del seminario, e del confronto tra esperienze di controllo in diverse aree del Paese, era individuare i principali problemi di traduzione nel contesto operativo italiano degli interventi raccomandati come efficaci in ambito internazionale e di identificare le possibili soluzioni agli aspetti percepiti come più critici.

Il presente rapporto sintetizza gli interventi dei relatori e formula alcune proposte di azioni che potrebbero contribuire a migliorare il controllo della TBC nelle persone immigrate da Paesi ad alta endemia tubercolare.

Immigrazione: caratteristiche, problemi e opportunità

(sintesi dell'intervento di Salvatore Geraci)

Caratteristiche

Alcune caratteristiche del fenomeno migratorio in Italia lo rendono assolutamente peculiare: l'eterogeneità, la dinamicità, la costante evoluzione e trasformazione sociodemografica e l'assoluta necessità. Le politiche sanitarie per la popolazione immigrata devono tenere conto di queste caratteristiche (Geraci S et al, 2005).

Oggi in Italia, vi sono circa 3 milioni di immigrati, che rappresentano mediamente il 5% della popolazione residente, anche se con importanti differenze nelle diverse aree del Paese (figura 1).

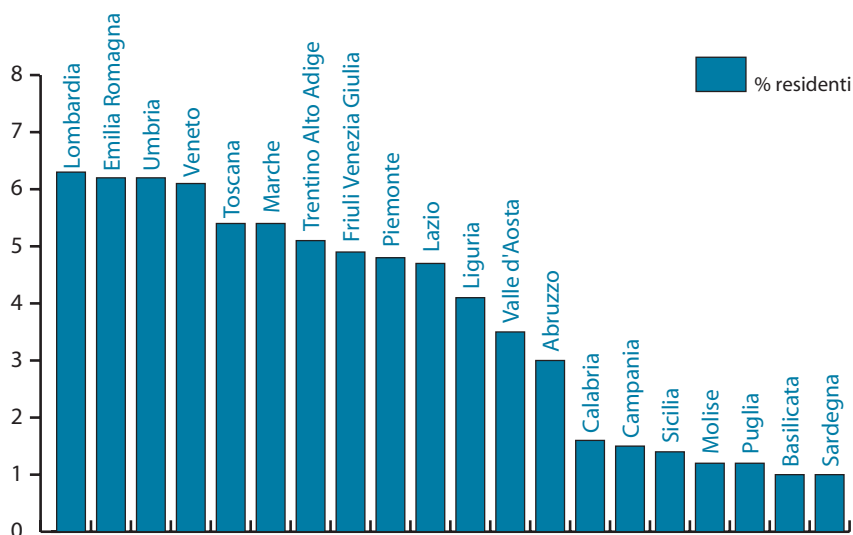


Figura 1. Proporzione di immigrati sul totale dei residenti per Regione.

Nel 50% dei casi gli immigrati sono donne e nel 21% minori. Provengono in totale da 191 diverse nazioni e, per raggiungere l'80% della popolazione immigrata, bisogna sommare 21 diverse nazionalità. I primi 16 Paesi, per numerosità della popolazione immigrata residente in ordine decrescente di frequenza, al 1 gennaio 2005, erano Albania, Marocco, Romania, Cina, Ucraina, Filippine, Tunisia, Macedonia, Serbia e Montenegro, India, Senegal, Perù, Ecuador, Egitto, Polonia, Sri Lanka. Tra le aree

geografiche più rappresentate, vi sono l'Europa centro-orientale (più di 900.000 immigrati residenti), l'Africa settentrionale (più di 440.000), l'America centro-meridionale e l'Asia orientale (ambedue più di 210.000) (ISTAT, 2005).

Le diverse nazionalità si distribuiscono in modo difforme tra capoluoghi di provincia e altri comuni (figura 2). Per esempio, i filippini vivono in quattro casi su cinque in un capoluogo di provincia, mentre gli indiani tendono soprattutto a vivere in altri comuni.

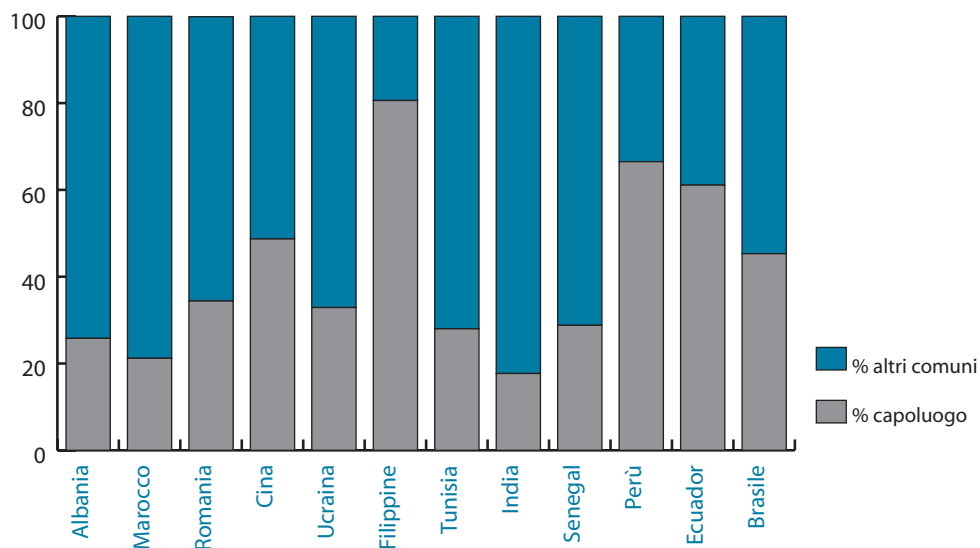


Figura 2. Distribuzione percentuale dei residenti in capoluoghi di provincia e altri comuni, in relazione alla nazionalità.

Gli irregolari rappresentano il 10-18% della componente regolare. I permessi di soggiorno vengono rilasciati nel 90% dei casi per lavoro o per motivi di famiglia.

Problemi

I principali problemi nell'attuazione di politiche sanitarie per la popolazione immigrata sono rappresentati dalla mancanza di dati statistici accurati sul fenomeno migratorio e dal fatto che, prima del 1998, anno che può essere considerato di "svolta" per l'entrata in vigore della Legge 40, erano state emanate moltissime norme, in modo frammentario e poco organico (Geraci S et al, 2005). Per quanto concerne i dati statistici, il confronto dei dati degli immigrati regolarmente residenti in Italia nel 2005 secondo l'ISTAT (2.402.157), la Caritas (2.770.328) e il

Ministero degli Interni (2.300.000) evidenzia differenze considerevoli; il numero di immigrati regolari secondo i dati del Ministero degli Interni è significativamente più basso, perché non vengono inclusi i minori. Per quanto concerne gli irregolari, le stime sono ancora più incerte, in quanto profondamente condizionate dal momento in cui vengono fatte, per effetto delle politiche vigenti e del decreto annuale sui flussi migratori.

Per lungo tempo nel nostro Paese il fenomeno della immigrazione è stato disciplinato da un numero impressionante di norme. Ne è risultata una pletora, una frammentazione e una provvisorietà normativa, che evidentemente non ne ha favorito la diffusa conoscenza e corretta applicazione (Geraci S e Marceca M, 2002). La Legge 40 del 1998, poi confluita nel Decreto Legislativo 286 del 25 luglio 1998 dal titolo "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", ha contribuito a dare un'impostazione stabile e chiara al tema del diritto all'assistenza sanitaria a favore degli immigrati nel nostro Paese. I principi di questo decreto hanno trovato maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (DPR 394 del 31 agosto 1999) e dalla Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000 (Gruppo di lavoro "Salute e immigrazione", CNEL 2000).

Opportunità

Il fenomeno migratorio presenta alcune caratteristiche che possono rappresentare un'opportunità importante per il nostro Paese. Gli immigrati infatti:

- ❖ hanno un grado di istruzione elevato: il 12% ha un diploma universitario, il 45% un diploma di scuola superiore
- ❖ sono nella maggior parte dei casi giovani adulti, attivi sotto il profilo lavorativo: l'imprenditoria degli immigrati rappresenta un evento nuovo nel panorama economico italiano
- ❖ in un caso su 5 sono minori. Ogni anno si registrano 500.000 nuovi nati in popolazioni immigrate.

Esperienze nel controllo della TBC della International Organization for Migration

(sintesi dell'intervento di Olga Gorbacheva)

L'International Organization for Migration (IOM) è stata costituita nel 1951 sotto la spinta di Belgio e Stati Uniti, con l'obiettivo di governare i flussi migratori dall'Europa agli Stati Uniti. Da allora la IOM si è fortemente sviluppata: oggi conta 118 Paesi membri, ha in corso 290 missioni sul campo e 1400 progetti (www.iom.int) e, dalla sua costituzione, ha assistito direttamente 12 milioni di migranti.

Obiettivo della IOM è promuovere la salute dei migranti e identificare, attraverso progetti di ricerca specifici, le politiche sanitarie più efficaci per i popoli migranti. Tra le funzioni della IOM vi sono l'assistenza sanitaria diretta, il contributo ad aumentare l'attenzione ai temi della salute degli immigrati, la ricerca sulle politiche sanitarie. Tra i progetti che la IOM porta avanti nell'ambito della TBC, vi sono programmi di sorveglianza sanitaria, programmi mirati a migliorare la capacità dei Paesi in via di sviluppo di controllare la TBC, programmi mirati a promuovere una maggiore attenzione al problema da parte degli immigrati e di altri gruppi di popolazione, programmi mirati a rafforzare le politiche DOTS, secondo la strategia raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). I programmi IOM per la prevenzione la cura e la ricerca sulla TBC si concentrano prevalentemente in cinque aree:

✦ *Health assessment programmes (HAP):*

- ❑ screening per la TBC, incluso in tutti i programmi IOM dagli anni Settanta, ma da considerarsi come parte di una strategia complessiva. Da sottolineare la posizione IOM atta a promuovere l'inclusione nelle politiche nazionali anti TBC dello screening per gli stranieri e a sfavore delle proposte per rendere lo screening obbligatorio
- ❑ attinenza ai protocolli dei Paesi riceventi: CXR, Test Salivare, TST
- ❑ trattamento (DOTS) integrale
- ❑ trasferimento di conoscenze e informazioni ai Paesi riceventi per consentire la sorveglianza di eventuali altri casi
- ❑ controlli qualitativi dell'intero processo di informazione, prevenzione e trattamento

✦ *programmi di rinforzo delle capacità dei Paesi d'origine delle comunità migranti:*

- ❑ costruzione di nuovi laboratori micobatteriologici
- ❑ miglioramento delle capacità d'analisi dei laboratori esistenti
- ❑ formazione dello staff locale
- ❑ trasferimento di nuove tecnologie e buone prassi

✦ *diffusione delle informazioni nelle comunità migranti e in altri gruppi sensibili:*

- ❑ realizzazione di programmi di prevenzione anti TBC nel Caucaso del nord, elaborati dall'azione congiunta dell'IOM e dell'OMS
- ❑ campagne di educazione pubblica nel Vietnam del sud
- ❑ sessioni formative su buone prassi e comportamenti non a rischio TBC e HIV per migranti detenuti nelle prigioni thailandesi
- ❑ counselling e formazione sulla TBC come parte integrante degli HAP

✦ *promozione e realizzazione della Terapia Direttamente Osservata (DOT)*

❖ *ricerca:*

- ❑ estensione delle banche dati sulla TBC
- ❑ collaborazioni con i centri di ricerca universitari di Australia, Canada e Stati Uniti
- ❑ pubblicazione di articoli scientifici.

Il quadro epidemiologico della TBC

Il quadro internazionale

Ogni anno si verificano nel mondo quasi 9 milioni di nuovi casi di TBC (WHO, Report 2006) e si registrano 2 milioni di decessi. Inoltre, circa un terzo della popolazione mondiale (2 miliardi di persone) è stato contagiato dal bacillo della TBC e una persona su 10 tra quelle contagiate si ammalerà di TBC. Nel 2004, il 33% dei nuovi casi di TBC si è verificato in Asia, il 29% in Africa, il 22% nel Pacifico Occidentale, il 7% nel Mediterraneo orientale, il 5% in Europa e il 4% nelle Americhe. Globalmente, l'incidenza di TBC sta ancora crescendo dell'1% all'anno, a causa del rapido incremento in Africa. L'incidenza di TBC è ancora in aumento in tre aree del mondo:

- ❖ nei Paesi africani a elevata prevalenza di HIV, dove il tasso stimato di incidenza è molto elevato, avendo raggiunto i 400 casi per 100.000, ma il cambiamento proporzionale della incidenza annuale si sta riducendo, anche se è ancora intorno al 4%
- ❖ nei Paesi africani a bassa prevalenza di HIV, dove l'incidenza è intorno a 200 casi/100.000, ma il cambiamento proporzionale dell'incidenza annuale è ancora in aumento, anche se intorno a 1,5%
- ❖ nell'Europa dell'Est, dove l'incidenza della TBC è raddoppiata dal 1990 a oggi, passando da circa 50 casi ogni 100.000 abitanti ai circa 110 casi ogni 100.000 attuali.

La [tabella 1](#) riporta l'incidenza di TBC stimata dall'OMS nel 2004 nei 16 Paesi da cui proviene l'80% della popolazione immigrata in Italia. Tra questi Paesi, quelli con una incidenza più elevata di TBC sono le Filippine (293/100.000) e il Senegal (245/100.000). Nove hanno un'incidenza di TBC più elevata di 100/100.000 abitanti (valore oltre al quale un Paese o un gruppo di popolazione viene considerato ad alto rischio di TBC); gli altri sette hanno un'incidenza inferiore a 100/100.000 e in sei casi inferiore a 50/100.000.

Nel mondo, i Paesi con l'incidenza più elevata di TBC sono Swaziland (1226 casi/100.000); Gibuti, Sudafrica e Namibia (> 700/100.000); Lesotho, Zambia, Zimbabwe, Botswana e Kenya (> 600/100.000); Timor Est e Cambogia (> 500/100.000); Uganda, Somalia, Malawi, Sierra Leone, Mozambico (> 400/100.000);

Haiti, Liberia, Repubblica Centrafricana, Afghanistan, Burundi, Tanzania, Etiopia, Togo, Congo, Rwanda, Costa d'Avorio (> 300/100.000) (WHO, Report 2006).

Tra i 16 Paesi da cui proviene l'80% degli immigrati in Italia, anche la frequenza di casi di TBC sostenuta da ceppi resistenti contemporaneamente a isoniazide e rifampicina (TB-MDR) è molto variabile, andando da 13% in alcune zone della Cina a 0 in Albania. Dati di sorveglianza della farmacoresistenza sono disponibili in nove Paesi su 16.

Tabella 1. Incidenza di tubercolosi nei 16 Paesi dai quali proviene l'80% degli immigrati in Italia.

PAESE	N° DI IMMIGRATI RESIDENTI IN ITALIA	INCIDENZA/ 100.000 CASI DI TBC STIMATA	PREVALENZA DI HIV (%) NEI CASI DI TBC IN ADULTI	% DI TB-MDR SUL TOTALE DEI CASI DI TBC
ALBANIA	316.69	22	0,1	0,0°
CINA	111.712	101	0,9	7,0-13,0^
ECUADOR	53.220	131	1,8	7,2^
EGITTO	52.865	27	0,3	7,5^
FILIPPINE	82.625	293	0,1	
INDIA	54.288	168	5,2	
MACEDONIA	58.460	30	<0,05	1,2°
MAROCCO	294.945	110	0,5	
PERÙ	53.378	178	3,7	
POLONIA	50.794	29	0,6	2,5^
ROMANIA	248.849	146	0,1	5,3°
SENEGAL	53.941	245	4,7	
SERBIA E MONTENEGRO	58.174	33	1,1	0,7°
SRI LANKA	45.572	60	0,4	
TUNISIA	78.230	22	0,1	
UCRAINA	93.441	101	8,3	7,8°

* WHO Report 2006, ° EuroTB 2004 country profiles, ^ WHO Drug resistance 2004

Il quadro italiano

In Italia, negli ultimi dieci anni il numero di casi di TBC in persone immigrate è aumentato in modo significativo, parallelamente all'aumento degli immigrati. Nel

1995 i casi di TBC in immigrati erano 525 (10% del totale dei casi notificati), 1664 nel 2004 (39,4% dei casi notificati). Nello stesso periodo, i casi in persone con cittadinanza italiana sono passati da 4700 a 2556, con una riduzione del 45,6% (figura 3) (EuroTB, 1995-2004).

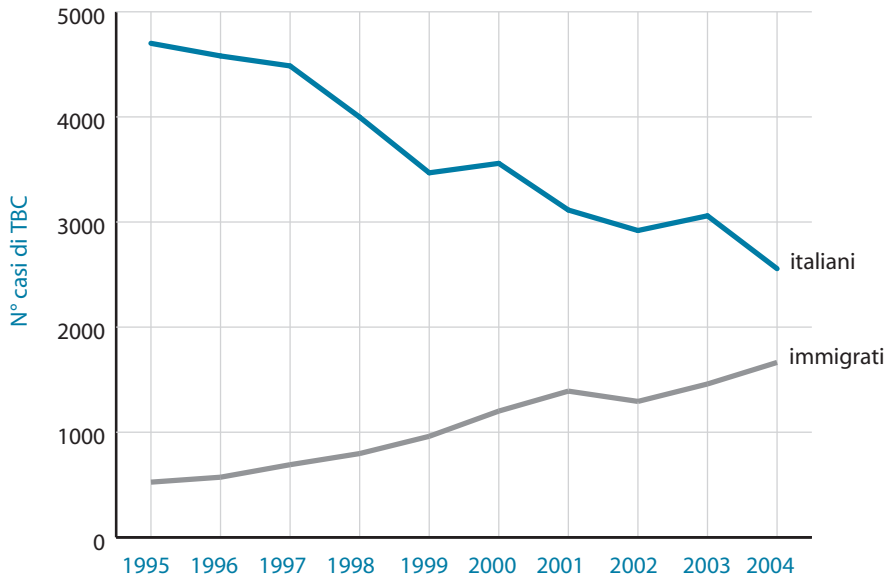


Figura 3. Numero di nuovi casi di TBC dal 1995 al 2004, in relazione alla nazionalità.

L'incidenza di TBC nel 2004 era pari a 7 casi per 100.000 abitanti negli italiani e a 69 casi per 100.000 nelle persone immigrate. Va ricordato che l'incidenza di TBC negli immigrati è verosimilmente sovrastimata, poiché al denominatore compaiono solo gli stranieri residenti regolarmente in Italia (pari a 2.402.157 al 1 gennaio 2005, secondo l'ISTAT). Il continente più frequentemente rappresentato tra gli stranieri è l'Africa, seguita nel 2004 dall'Europa, dall'Asia e dalle Americhe (figura 4). Tra i giovani adulti (15-24 anni e 25-34 anni) più del 70% dei casi di TBC nel 2004 era in persone immigrate da altri Paesi (figura 5), mentre gli immigrati rappresentano una quota quasi inesistente dei casi di TBC negli ultrasessantacinquenni.

Oltre a considerare il grado di endemia della TBC nel Paese di provenienza, è importante considerare il periodo di tempo trascorso dalla data di distacco dal Paese di origine: il rischio maggiore di sviluppare la malattia si verifica durante i primi due anni dalla data di immigrazione. I dati del sistema di notifica delle malattie trasmissibili indicano come l'insorgenza della malattia, tra i cittadini non italiani, si verifichi tra il primo e il secondo anno dall'arrivo in Italia. Nel periodo 1999-2004, entro il primo anno di arrivo si è manifestato il 12% circa dei casi; tra il primo e il secondo anno di arrivo poco più del 32% dei casi totali.

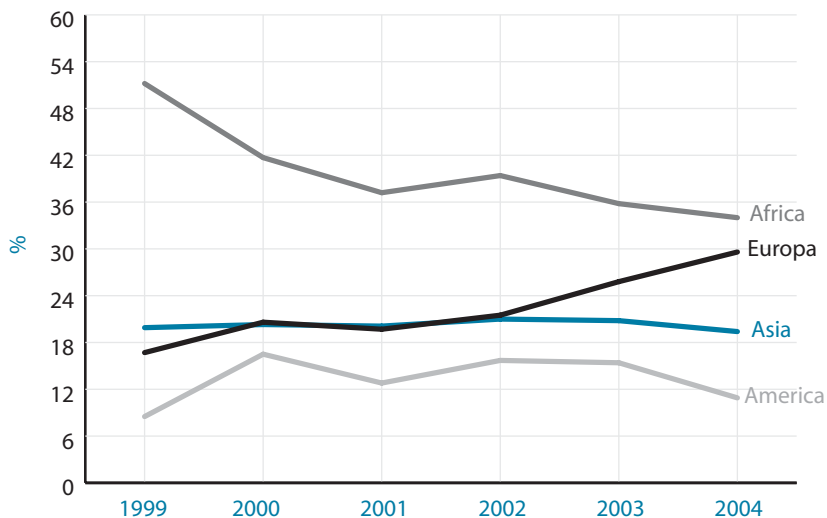


Figura 4. I Casi di TBC in cittadini non italiani, secondo il continente di provenienza (anni 1999-2004, valori %).

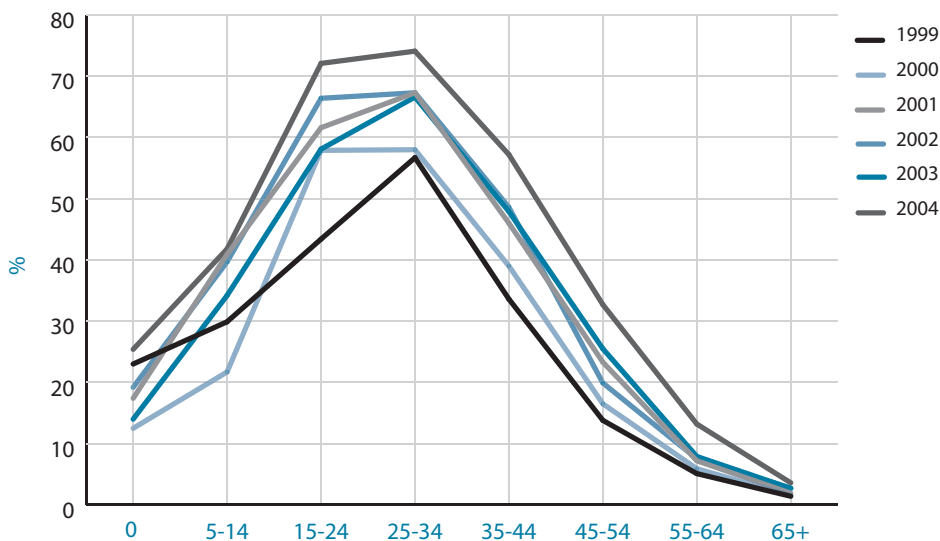


Figura 5. Casi di TBC in cittadini non italiani, per classi di età (anni 1999-2004, valori %).

Un problema rilevante per il controllo della diffusione della TBC è rappresentato dalla capacità del Servizio Sanitario Nazionale di diagnosticare tempestivamente la

malattia sia nei pazienti italiani che in quelli stranieri. Uno studio recente nella Regione Emilia Romagna, su tutti i pazienti con TBC polmonare notificati nel corso di un anno, ha evidenziato come nelle persone immigrate da altri Paesi, soprattutto se arrivate da poco tempo in Italia, l'intervallo tra inizio dei sintomi e accesso a un servizio o a una struttura sanitaria sia significativamente più lungo rispetto ai pazienti nati in Italia (Gagliotti C et al, 2006).

Invece il rischio di presentare una TBC farmaco-resistente non è maggiore negli immigrati rispetto alle persone nate in Italia: i dati di EuroTB relativi al 2004 riportano per l'Italia una frequenza di resistenza a isoniazide e rifampicina e di resistenza combinata a questi due farmaci praticamente sovrapponibile negli italiani e nelle persone immigrate (EuroTB, 2004).

Confronto tra esperienze di controllo della TBC negli immigrati

Nel corso del seminario sono state presentate e discusse le esperienze condotte in questi anni da alcuni centri di diverse Regioni italiane, coinvolti in particolare nel controllo della TBC in persone immigrate da Paesi ad alta endemia tubercolare. La [tabella 2](#) indica l'autore della relazione, la città, i centri la cui esperienza è stata sintetizzata e discussa e una breve nota sulle principali caratteristiche dei centri.

Tabella 2. Relatori e programmi o centri presentati.

RELATORE	CITTÀ	CENTRO	CARATTERISTICHE
ROSA PRATO	Foggia	Centro di Prevenzione Antitubercolare AUSL Bari 4 Università di Foggia, Malattie Infettive UO Epidemiologia e TBC AUSL Foggia 3 Servizio Pneumotisiologico AUSL Lecce 11	servizio territoriale/AUSL UO ospedaliero-universitaria servizio territoriale/AUSL servizio territoriale/AUSL
ISSA EL HAMAD	Brescia	Centro di Salute Internazionale ASL di Brescia, Centro Patologia del Migrante, Dipartimento di Malattie Infettive Università di Brescia	struttura pubblica
FRANCESCO LEONCINI	Firenze	UO Malattie Infettive, AO Careggi	UO ospedaliero-universitaria
PAOLA RAMORINO	Genova	Dipartimento di Pneumologia ASL 3 Genova	servizio territoriale/AUSL
CHIARA ERBA	Milano	NAGA	associazione volontaria di assistenza sociosanitaria per i diritti di stranieri e nomadi
LUIGI CODECASA	Milano	Istituto Villa Marelli, AO Niguarda	centro di riferimento regionale per la TBC
ALFREDO RUSSO	Napoli	AO Monaldi	UO ospedaliera + DH
MARINA GRECI	Reggio Emilia	Dipartimento di Sanità Pubblica	parte del dispensario funzionale dell'AUSL
ALEHANDRO ROSSI	Roma	Ambulatorio Ospedale San Camillo Forlanini	ambulatorio per pazienti clandestini
SALVATORE ROSSITTO	Siracusa Comiso	dispensario antitubercolare di Siracusa	struttura pubblica
MASSIMO BUGIANI	Torino	CPA ASL 4 Torino	dispensario antitubercolare, centro di riferimento regionale per la TBC
ANNA PUPO	Treviso	Servizio Igiene e Sanità Pubblica AULSS 9 Treviso	ambulatorio per immigrati senza assistenza sanitaria

Le esperienze differiscono molto da città a città: nella maggior parte dei casi di tratta di servizi territoriali, dedicati principalmente anche se non esclusivamente alla TBC, come per esempio nel caso di Bari, Foggia, Lecce, Genova, Milano-Villa Marelli, Siracusa, Torino. In altri casi, invece, si tratta di centri che forniscono assistenza sanitaria a immigrati, come per esempio l'ambulatorio di Brescia, il NAGA di Milano, l'ambulatorio di Roma o l'ambulatorio per immigrati di Treviso. Vi sono poi servizi ospedalieri, universitari e non, come le malattie infettive di Foggia o la UO di Pneumologia dell'Ospedale Monaldi di Napoli. L'esperienza di Reggio Emilia è, invece, quella di un dispensario funzionale, che realizza l'obiettivo di controllo della TBC negli immigrati, attraverso la rete dei servizi territoriali e ospedalieri dell'Azienda Sanitaria, con l'ausilio di protocolli e figure dedicate, quali le assistenze sanitarie, che assicurano la gestione di ciascun caso di TBC.

Le esperienze sono anche diverse in termini di numero di immigrati assistiti ogni anno (dai 10 casi di Foggia ai 25.000-30.000 di Villa Marelli a Milano), provenienza, proporzione di immigrati senza permesso di soggiorno (dal 10% di Bari al 100% del NAGA di Milano e del CSI di Brescia), risorse di personale disponibile: solo quattro centri dispongono di uno o più mediatori culturali (tabella 3).

I programmi di ricerca dei casi di TBC tra gli immigrati sono solo "passivi" (ricerca in coloro che si presentano con sintomatologia indicativa) nel centro di Siracusa. Sono programmi passivi e "semiattivi" (ricerca in coloro che si presentano per motivi diversi dalla TBC) nella UO di epidemiologia di Foggia e a Treviso, mentre sono programmi di ricerca "attiva" (ricerca di casi di infezione o malattia in gruppi a rischio che non si sono presentati spontaneamente al centro) a Bari, Foggia (Università) Lecce, Genova, Villa Marelli di Milano, Brescia, Reggio Emilia e Torino (tabella 4).

I gruppi a rischio nei quali sono stati attivati programmi di ricerca attiva sono:

- ❖ mense e dormitori
- ❖ minori in centri di prima accoglienza, presso le scuole o identificati tramite l'anagrafe sanitaria
- ❖ tutti coloro che provengono da zone endemiche, in centri di prima accoglienza o identificati tramite l'anagrafe sanitaria
- ❖ rilascio del permesso di soggiorno
- ❖ centro volontario per immigrati
- ❖ immigrati identificati attraverso veterinari e medici competenti
- ❖ carcere
- ❖ immigrati residenti in tipiche comunità semichiusate e sovraffollate.

Il referente del monitoraggio dell'esito del trattamento è generalmente il medico o l'assistente sanitaria vigilatrice (ASV) del centro clinico, fatta eccezione per l'AUSL di Reggio Emilia, dove il follow-up è responsabilità del Dipartimento di Sanità Pubblica (tabella 5).

Per migliorare l'adesione delle persone al trattamento si può ricorrere a differenti

strategie, tra cui per esempio:

- ❖ accesso diretto, in esenzione del ticket
- ❖ fornitura gratuita di farmaci e prestazioni
- ❖ assistenza nelle pratiche amministrative, incluse quelle per i diversi sussidi
- ❖ erogazione dei sussidi solo se l'immigrato si presenta ai controlli periodici
- ❖ richiami telefonici
- ❖ somministrazione della terapia preventiva nei luoghi di aggregazione degli immigrati
- ❖ presa in carico di nuclei familiari e gruppi sociali
- ❖ coordinamento con il servizio ospedaliero
- ❖ terapia direttamente osservata (direttamente o attraverso assistenti del centro di prima accoglienza)
- ❖ coinvolgimento di familiari e amici nel controllo dell'assunzione dei farmaci
- ❖ controlli periodici
- ❖ opuscoli informativi in lingua.

Diversi centri non hanno a disposizione i dati di monitoraggio dell'esito del trattamento. D'altra parte i centri che invece dispongono di questi dati riportano una frequenza di esiti favorevoli relativamente elevata, anche se non sempre ottimale (76%-91%). Le esperienze con risultati più positivi sono quelle di Milano-Villa Marelli, Brescia e Reggio Emilia (90 e 91%, rispettivamente).

Nessuno dei centri effettua programmi di ricerca attiva della sola malattia tubercolare; in tutti i casi in cui siano stati attivati programmi in questo senso, si tratta di programmi mirati alla ricerca dell'infezione e della malattia tubercolare. Nei tre centri pugliesi, la prevalenza di malattia tubercolare varia da 0,7% a 2,1% delle persone immigrate incluse nel programma (da 700 a 2100 casi/100.000). Nell'esperienza di Brescia, la prevalenza dell'infezione tubercolare latente valutata in diversi studi è risultata tra il 40 e il 60%, mentre l'incidenza della malattia attiva era pari a 1400/100.000 persone. Praticamente tutti i malati identificati iniziano il trattamento antitubercolare (tabella 6).

Sette centri conducono programmi di ricerca attiva della infezione tubercolare, utilizzando la Mantoux o il test multipuntura. Le popolazioni incluse nello screening sono (tabella 7):

- ❖ immigrati in mense e dormitori
- ❖ bambini le cui famiglie sono immigrate da meno di cinque anni (progetto Ecole a Bari)
- ❖ immigrati del CPA
- ❖ immigrati identificati con la collaborazione delle associazioni di immigrati e di ONG.

La resa di questi programmi di screening dell'infezione tubercolare è molto variabi-

le e generalmente bassa, anche se vi sono alcune eccezioni (tabella 7): la diagnosi di infezione viene completata dal 7% al 90% delle persone incluse nel programma (mediana 83,5%), mentre la prevalenza di positività varia dal 6% al 100% (mediana 47%). Vi sono indicazioni per la chemioterapia preventiva nel 27-100% dei positivi (mediana 54,5%). La chemioterapia preventiva viene iniziata dal 10-100% dei positivi (mediana 39%), mentre la conclude l'1-50% dei casi (mediana 24%).

Tra le attività utili per migliorare il controllo della TBC negli immigrati, i centri hanno individuato le seguenti (tabella 8):

- ❖ integrazione delle attività di servizi e figure diverse:
 - reti di rapporti con realtà pubbliche e private
 - forte connessione con i servizi territoriali
 - collaborazione tra clinici e territorio (SIP, CFS, MMG, PLS, DCP)

- ❖ migliorare l'accesso ai servizi:
 - offerta di assistenza generica per patologie non tubercolari, oppure associare attività di assistenza medica di base
 - facilità di accesso
 - tempi di apertura adeguati e accesso libero
 - atteggiamento "accogliente" degli operatori sanitari
 - facilitare i percorsi e ridurre al minimo gli accessi all'ambulatorio quando è necessario un prolungamento delle indagini

- ❖ strumenti per migliorare l'adesione al percorso diagnostico-terapeutico:
 - connazionale interprete, presenza regolare di interprete o infermiere bilingue
 - mediatori culturali o mediatori informali
 - materiale informativo multilingue
 - ASV referente per TBC provinciale
 - fornitura gratuita di esami e farmaci
 - DOT con assistente sanitaria.

Tra le attività ritenute inutili nel migliorare il controllo della TBC negli immigrati, i centri hanno individuato le seguenti (tabella 8):

- ❖ azioni organizzate dall'alto che prescindano dalla conoscenza del contesto
- ❖ attività di screening se non vi è la successiva possibilità di intervenire
- ❖ ripetizione della Mantoux in soggetti senza particolari fattori di rischio
- ❖ programmi di screening dell'infezione tubercolare latente, eccetto che nei contatti di caso professionisti "superspecializzati".

I principali problemi ai quali bisognerebbe trovare soluzioni per consentire un efficace controllo della TBC negli immigrati sono (tabella 9):

- ❖ discrezionalità nell'applicazione della legge con comportamenti difformi da luogo a luogo
- ❖ mancanza di informazione e formazione degli operatori sanitari sui diritti sanitari degli stranieri e sulle patologie della povertà e sul fenomeno della TBC, in particolare sul fatto che questa patologia non è stata debellata
- ❖ rigidità organizzativa, complessità del funzionamento dei servizi ed eccessiva burocrazia (richiesta documenti, passaggi in accettazione, ecc)
- ❖ scarso riconoscimento da parte delle istituzioni del ruolo del volontariato
- ❖ carenza di personale e risorse (farmaci per i clandestini, mediatori culturali o interpreti; in alcune aree, impossibilità a eseguire esame diretto, culturale e antibiogramma)
- ❖ continua mobilità degli immigrati
- ❖ resistenza dell'immigrato con infezione latente al prelievo di sangue e alla chemioterapia.

In conclusione, dal confronto delle esperienze avviate in alcuni centri pilota in questi anni, si rilevano alcuni aspetti problematici che richiedono interventi specifici.

Per controllare efficacemente la TBC negli immigrati, analogamente a quanto avviene per tutti i problemi sanitari in questo gruppo di popolazione, il primo requisito è promuovere l'accesso ai servizi, soprattutto da parte di chi ha già sintomi indicativi di malattia, ma anche dei soggetti ad alto rischio. La realizzazione di questo obiettivo trova un primo ostacolo nella scarsa conoscenza che gli operatori hanno delle norme che regolano l'assistenza sanitaria agli immigrati, regolari e clandestini, e nella diversità di applicazione di queste norme a livello locale.

Il secondo ostacolo è rappresentato, invece, dalla eccessiva rigidità e burocratizzazione dei servizi sanitari offerti, caratteristiche che si scontrano con esigenze diametralmente opposte di una popolazione che avrebbe invece bisogno di flessibilità di orari, di risoluzione dei problemi in tempi brevi, di non trovarsi di fronte a richieste incomprensibili.

Il terzo ostacolo è la possibilità di capire e farsi capire: gli interpreti e, soprattutto, i mediatori culturali, spesso non sono disponibili.

Il secondo requisito per il controllo della TBC è l'adozione di pratiche costo-efficaci per la prevenzione e il controllo della malattia. Le strategie adottate dai diversi centri sono molto diverse, per quanto concerne sia gli obiettivi dei programmi di screening (malattia o infezione), sia i gruppi a rischio individuati, gli strumenti utilizzati (test di Mantoux, test multipuntura, interpretazione di positività a diametri diversi), la disponibilità di dati utili a valutare l'impatto in termini di salute e di costi degli interventi attuati.

Tabella 3. Caratteristiche del programma o centro: tipo di centro, utenza e risorse

	CENTRO O SERVIZIO	ASSISTENZA PAZIENTI CON TBC (% SUL TOT)	IMMIGRATI ASSISTITI/ ANNO	PROVENIENZA	STATO GIURIDICO	RISORSE DI PERSONALE
BARI	pubblico/AUSL	100	48 (nel 2005)	Africa 96% Asia 4%	10% SPS 90% regolari	1 M, 1 ASV, 1 AssSo, MED, volontari
FOGGIA	pubblico/ AUSL universitario	90 30	10 40	Africa Est Europa Asia	80% SPS 20% regolari	1 M, 6 MED, 2 ASV, 1 AssSo, 1 MED
LECCE	pubblico/AUSL	40	3 (in media)	Africa, Est Europa, Asia	100% regolari	1 M, 1 ASV, 1 AssSo, 1 INF
BRESCIA	pubblico/AUSL	TBC, disagio e MST e popolazione aperta	15.000	Africa 50%, Est Europa 27%, Asia 19%, Sudamerica 3,6%	100% SPS	2 M, 5 INF, 2 MED
GENOVA	pubblico/AUSL	14	312		30% SPS 70% regolari	2 M, 2 ASV
MILANO NAGA	volontariato	TBC non direttamente; identificazione sospetti	20.000	Sudamerica 46% Nordafrica 19% Est Europa 12% Asia 8%	100% SPS	
MILANO VILLA MARELLI	pubblico/ riferimento regionale	40	25.000-30.000	Est Europa 18% Sudamerica 45% Asia 10% Africa 27%	50% SPS 50% regolari	2 M, 5 ASV
REGGIO EMILIA	dispensario funzionale	100		Nordafrica Paesi Est Cina (prime 3 etnie)	SPS al CFS regolari ai SIP e servizi materno infantili	1 o 2 M e 1 o 2 ASV per ogni servizio coinvolto, 6 MED
SIRACUSA	pubblico/AUSL	20				1 M, 1 INF
TORINO	pubblico/AUSL	10	4000-6000 per TBC, 15.000 altro	Est Europa 35% Sudamerica 15% Asia 20% Africa 30%	40% STP	1M, 3 ASV o AssSo, 1 MED
TREVISO	pubblico/AUSL		1000	Est Europa 54%, Africa 35%, Sudamerica 7%, Asia 4%	90%SPS	3 M, 1 volontario, 3 ASV, MED

SPS: Senza Permesso di Soggiorno; M: Medico; ASV: Assistente Sanitaria; AssSo: Assistente Sociale; MED: Mediatore Culturale; INF: Infermiera

**Tabella 4. Caratteristiche del programma o centro:
integrazione e tipo di programma di ricerca dei casi di TBC**

	ATTIVITÀ INTEGRATE\$	TIPO DI PROGRAMMI PER LA RICERCA DELLA TBC
BARI	SISP, UO Pneumologia e Malattie Infettive, SERT, medicina penitenziaria, DSS	ricerca semiattiva ricerca attiva in mense e dormitori, minori in CPA
FOGGIA	servizio di AUSL e malattie infettive universitarie	ricerca passiva ricerca semiattiva ricerca attiva in CPA
LECCE	laboratorio ospedaliero e analisi DSS, radiologia, ambulatorio malattie infettive ed ecografia DSS	ricerca semiattiva ricerca attiva in: gruppi da Paesi ad alta endemia in CPA
BRESCIA	malattie infettive, Università di Brescia, servizio ASL territoriale, laboratorio di sanità pubblica, presidio pneumotisiologico	ricerca attiva : specifici progetti ricerca passiva semi-attiva
GENOVA	Dipartimento di Igiene, medici competenti, medici di medicina scolastica, MMG e UO ospedaliere	ricerca attiva in contatti di caso di TBC, ricoveri notturni in dormitorio
MILANO VILLA MARELLI	igiene pubblica, medicina di comunità	ricerca semiattiva ricerca attiva in rilascio del PS, centro volontario per immigrati
REGGIO EMILIA	MMG, PLS, medici competenti, SERT, SIP, pediatria di comunità, centro per la salute della famiglia straniera, ambulatori AUSL, UO Pneumologia e Malattie Infettive	ricerca semiattiva : CPS (irregolari), SIP, carcere, SERT ricerca attiva : bambini (PLS, scuole, anagrafe sanitaria), adulti (anagrafe sanitaria, veterinari, medici competenti)
SIRACUSA	unica struttura che si occupa del controllo della TBC; non integrazione con i due reparti ospedalieri	ricerca passiva
TORINO	igiene pubblica, sportelli ISI, ONG, medicina carceraria, MMG, PLS, PS, ospedali, SISP	ricerca semiattiva ricerca attiva in rilascio permessi dormitori, iscrizione STP registri ISI
TREVISO	UO Pneumologia e Malattie Infettive	ricerca semiattiva : Mantoux a tutti gli utenti

SISP: Servizio Igiene e Sanità Pubblica; SERT: Servizio Tossicodipendenze; DSS: Distretto socio-sanitario; MMG: Medici di Medicina Generale; PLS: Pediatri di Libera Scelta, CPA: Centro di Prima Accoglienza

Tabella 5. Gestione dei casi di malattia tubercolare

	RISULTATI MONITORAGGIO ESITO DEL TRATTAMENTO	OPERATORI	MODALITÀ PER PROMUOVERE L'ADESIONE	RESPONSABILE MONITORAGGIO ESITO DEL TRATTAMENTO
BARI	dati non disponibili	ASV	fornitura gratuita farmaci e prestazioni, assistenza per pratiche amministrative, presa in carico di nuclei familiari e gruppi sociali, raccordo servizio ospedaliero	medico
FOGGIA	80%	M M e INF	fornitura gratuita es. ematochimici, RX torace, parte dei farmaci, controlli mensili dei pazienti in trattamento	medico ambulatorio e DH
LECCE	dati non disponibili	volontari, personale sanitario CPT, ASV	controlli clinico-laboratoristici, periodici, DOT, soprattutto in minori	medico
BRESCIA	89%	M, MED	mediatori culturali, materiale formativo in In lingua, offerta gratuita degli esami e dei farmaci, semi-DOT	medico
GENOVA	dati non disponibili	ASV, M	accesso diretto, in esenzione del ticket, consegna diretta farmaci, compilazione moduli per usufruire del sussidio INPS e di quello regionale (sussidi erogati solo se controllo mensile)	
MILANO VILLA MARELLI	90% (SPS 75%; regionali 95%; italiani 94%)	ASV	farmaci gratis e richiami telefonici	

REGGIO EMILIA	91%	ASV, MED, M	ambulatorio specialistico dedicato con presenza dell'ASV e MED, consegna diretta farmaci, gratuità prestazioni, DOT presso il CSF e in collaborazione con DCP, rete associazioni di volontariato o carcere e altri enti, rete con MMG e PLS, opuscoli informativi in lingua	DSP
	80%		convolgimento familiari e amici dell'immigrato o di assistenti del CPA nel controllo dell'assunzione orale	al momento sospeso
TORINO	90%	ASV, MED, M	farmaci gratis e richiami telefonici, mediatori culturali, opuscoli in lingua, segnalazione al SISP se non si reca al controllo e ricognizione da parte del SISP	CPA
TREVISO	76%		presa in carico alla dimissione, comunicazione della presa in carico al SISP per immigrati irregolari controlli mensili e consegna diretta farmaci, segnalazione al SISP se non si reca al controllo e ricognizione da parte del SISP	medico reparto di dimissione (monitoraggio) SISP (DOT)

Tabella 6. Programmi di screening della malattia TBC

	N° CASI CHE HANNO INIZIATO IL TRATTAMENTO	N° CASI DI TBC IDENTIFICATI/N° SOGGETTI INCLUSI	RISORSE DEDICATE	N° IMMIGRATI INCLUSI NELLO SCREENING	RICERCA ATTIVA DELLA MALATTIA TUBERCOLARE IN IMMIGRATI
BARI	1/1 (100%)	1/48 (2,1%)	umane ed economiche	48 (2005)	screening malattia e infezione: TST, eventualmente visita pneumologica e RX torace in mense, dormitori, progetto Ecole (bambini < 5 anni in italia), associazioni immigrati, CIR
FOGGIA (CENTRO UNIVERSITARIO)	4/4 (100%)	4/906 (0,4%)	umane e laboratorio	300	screening malattia e infezione: TST, RX torace, ricerca BK
LECCE	19/19 (100%)	19/2767 (0,7%)	1 M, 1 ASV, 1 ASSO, 1 INF	2767 ('98-'05)	screening malattia e infezione: multipuntura, RX torace se > 8mm in provenienti da Paesi ad alta endemia in CPA, contatti di caso di TBC
BRESCIA	98%	353	2 medici e 5 infermieri, 2 mediatori culturali	4984	screening malattia e infezione mediante, Mantoux, RX torace, visita infettivologica. interventi diretti in comunità semi-chiuse
GENOVA		nessun caso		pochi casi in richiedenti asilo politico	al momento non esiste; alcuni dormitori inviano stranieri che soggiornano più a lungo

MILANO VILLA MARELLI					non programmi di ricerca attiva della malattia
REGGIO EMILIA		nessun caso diagnosticato	umane		per tutti ricerca infezione positivi RX torace e visita pneumologica; screening solo malattia per coloro che devono essere inseriti nel dormitorio del comune
SIRACUSA	96%	4%	2 ASV 1 medico radiologia laboratori	3000-4000 anno	non è attivo uno screening della malattia
TORINO					screening TBC per ammissione comunità di prima accoglienza e iscrizione ISI
TREVISO					screening malattia e infezione: vedi dopo

Tabella 7. Programmi di screening della infezione tubercolare

	IMPATTO	RISORSE DEDICATE	N° IMMIGRATI INCLUSI NELLO SCREENING DELLA INFEZIONE	CON QUALI METODI VIENE RICERCATA L'INFEZIONE?
BARI	Inclusi 48 Diagnosi (% inclusi) 42 (88%) Positivi (% inclusi) 30 (71%) Chemiot ind. (% pos.) 8 (27%) Chemiot ini. (% pos.) 3 (10%) Chemiot fin. (% pos.) 2 (7%)	v. malattia	48 (2005)	TST, eventualmente visita pneumologica e RX torace in mense, dormitori, progetto ECOLE (bambini < 5 anni in Italia), associazioni immigrati, CIR°
FOGGIA (CENTRO UNIVERSITARIO)	Inclusi 906 Diagnosi (% inclusi) 66 (7%) Positivi (% inclusi) 4 (6%) Chemiot ind. (% pos.) 4 (100%) Chemiot ini. (% pos.) 4 (100%) Chemiot fin. (% pos.) 2 (50%)	v. malattia	300	ricerca passiva con TST e attiva con quantiferon+TST in CPA
LECCE	Inclusi 2767 Diagnosi (% inclusi) 1501 (54%) Positivi (% inclusi) 1501 (100%) Chemiot ind. (% pos.) 621 (41%) Chemiot ini. (% pos.) 187 (12%) Chemiot fin. (% pos.) 16 (1%)	v. malattia	2767 (1998-2005) da 112 a 581/anno	multipuntura durante arrivi di massa (1998-2001), TST casi sospetti, contatti, motivi burocratico-sanitari
BRESCIA	Inclusi 4.984 Diagnosi (% inclusi) 3489 (70%) Positivi (% inclusi) 2442 (49%) Chemiot ind. (% pos.) 781 (32%) Chemiot ini. (% pos.) 488 (20%) Chemiot fin. (% pos.) 244 (10%)	2 medici e 5 infermieri, 2 mediatori culturali	4.984	Mantoux, RX torace, test Quantiferon TB-gold

GENOVA				non esiste un programma definito. solo contatti di caso
MILANO VILLA MARELLI	2 M, 6 ASV	2000		centri accoglienza, NGOS, presentazione per sintomi respiratori
REGGIO EMILIA		1700 (2005)		TST se > 10 mm (<5mm contatti) RX torace e visita pneumologica; se negativa, sorveglianza sanitaria per condizioni disagiate
SIRACUSA				non vi sono programmi di screening
TORINO	1 MED, 3 AS, 1 MED	30.000 (in 5 anni)		TST
TREVISO				

CIR = Consiglio Italiano per i Rifugiati; % su immigrati con indicazione alla chemioterapia preventiva;

Tabella 8 . *Attività risultate utili e inutili*

	ATTIVITÀ UTILI	ATTIVITÀ INUTILI
BARI	<ul style="list-style-type: none"> ▶ rete di rapporti con realtà pubbliche e di volontariato (azione più efficace e tempestiva su situazioni a rischio; riduce la diffidenza per le istituzioni) ▶ offerta di assistenza generica per patologie non tubercolari (contribuisce a creare un rapporto di fiducia e il "passaparola") ▶ mediatori informali (immigrati socialmente integrati e padroni della lingua) ▶ materiale informativo multilingue ▶ forte connessione con i servizi territoriali 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ azioni organizzate dall'alto, che prescindano dalla conoscenza della reale situazione e dei bisogni del contesto
FOGGIA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ fornitura gratuita di esami e farmaci ▶ presenza di connazionale interprete 	
LECCE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ presenza regolare di interprete nel servizio ▶ assistente sanitario che gestisce la DOT, soprattutto nei bambini ▶ dotare il servizio dei farmaci per aumentare la compliance ▶ test multipuntura con cut-off di positività a 8 mm per screening in occasione di sbarchi di massa 	
BRESCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mediatore culturale ▶ orari più flessibili ▶ gratuità ▶ semplificazione percorsi ▶ materiali in lingua 	
MILANO VILLA MARELLI	<ul style="list-style-type: none"> ▶ facilità di accesso ▶ incentivi al ritorno (attribuzione STP presso OSF, concessione idoneità per 3 giorni prima e permanente dopo lettura) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ tutte le attività se non si può dar seguito ai test effettuati per carenze strutturali

<p>REGGIO EMILIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ collaborazione clinici e territorio (SIP, CFS, MMG, PLS, DCP): assicurare nelle condizioni di grande disagio una "dimissione protetta"; garantire la possibilità di terapia controllata in collaborazione con dipartimento cure primarie; garantire diagnosi precoce e lo screening dei soggetti a rischio ▶ ASV referente per TBC provinciale ▶ mediazione culturale ▶ possibilità di DOT 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ la ripetizione di test Mantoux a soggetti senza particolari fattori di rischio
<p>SIRACUSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mediatore culturale o infermiera bilingue 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ricerca della infezione latente se le condizioni logistiche e culturali (mediatore culturale?) rendono difficile la comunicazione medica e se la cutipositività non viene registrata
<p>TORINO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ utile la ricerca attiva dei casi di malattia: solo nei tst positivi e sintomatici? 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ diagnosi e trattamento dell'infezione latente non costo-efficace eccetto che nei contatti di caso
<p>TREVISO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ favorire l'accessibilità all'ambulatorio con tempi di apertura adeguati e accesso libero ▶ associare attività di assistenza medica di base ▶ atteggiamento "accogliente" degli operatori sanitari ▶ facilitare i percorsi e ridurre al minimo gli accessi all'ambulatorio quando è necessario il proseguimento delle indagini 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ professionisti "super specializzati"

Tabella 9. *Principali problemi*

BARI	<ul style="list-style-type: none"> ▶ scarsità di risorse umane ▶ mancanza di formazione del personale sanitario sul fenomeno TBC ▶ difficoltà a seguire le masse di persone provenienti da aree ad alto rischio che lavorano presso le famiglie (es. Paesi dell'Est)
FOGGIA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ difficoltà a completare il ciclo di terapia e perdita al follow-up dei pazienti per continua mobilità ▶ difficoltà di approvvigionamento dei farmaci per clandestini ▶ difficoltà di lingua
BRESCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ risorse ▶ discontinuità mediazione culturale
GENOVA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ il ritardo con cui si arriva alla diagnosi di TBC da parte del MMG ▶ la difficoltà di assicurare il completamento del trattamento antitubercolare ▶ ancora valido il modello di dispensario funzionale?
MILANO NAGA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ discrezionalità nell'applicazione della legge con comportamenti difformi da luogo a luogo ▶ mancanza di informazione e formazione degli operatori sanitari sui diritti sanitari degli stranieri e sulle patologie della povertà ▶ rigidità organizzativa e complessità del funzionamento dei servizi ▶ scarso riconoscimento da parte delle istituzioni del ruolo del volontariato
MILANO VILLA MARELLI	<ul style="list-style-type: none"> ▶ carenza di personale ▶ eccessiva burocrazia (richiesta documenti, passaggi in accettazione, ecc) ▶ impossibilità ad avere mediatori culturali vista l'imprevedibilità dei flussi in ambulatorio
SIRACUSA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ la convinzione diffusa che la TBC sia ormai debellata e che l'infetto sia protetto ▶ l'attuale impossibilità a eseguire, in alcuni ospedali della provincia, l'esame diretto, il colturale per TBC e l'antibiogramma ▶ la resistenza dell'immigrato con infezione latente al prelievo di sangue e alla chemioterapia
TORINO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mobilità degli immigrati ▶ sistema di sorveglianza dell'esito del trattamento ▶ mediatori e leader di comunità

Proposta di miglioramento

La TBC nelle persone immigrate da Paesi ad alta endemia è un fenomeno più frequente che non nella popolazione nata in Italia. Man mano che muoiono le coorti di italiani infettatesi in gioventù nella prima metà del secolo scorso, la proporzione di casi di TBC notificati in Italia sarà progressivamente sempre maggiore tra gli immigrati. Questo non significa che la TBC rappresenti una patologia frequentissima in questa popolazione: nel 2004 sono stati notificati circa 1600 casi di TBC tra gli immigrati a fronte di 3 milioni circa di immigrati presenti, per una incidenza di malattia di circa 55 casi ogni 100.000 immigrati. Naturalmente, il rischio cambia molto a seconda del Paese di provenienza, della lunghezza del periodo trascorso in Italia, delle condizioni di vita e di lavoro, ma è essenziale non promuovere nella pubblica opinione un parallelismo tra immigrato e portatore di malattia tubercolare. Allo stesso tempo, è necessario organizzare servizi e politiche sanitarie in grado di rispondere in modo efficace e a costi contenuti al problema della TBC: il controllo della malattia negli immigrati è parte essenziale di questo programma generale. Per promuovere un miglior controllo della TBC negli immigrati a livello nazionale è essenziale:

- ❖ promuovere politiche efficaci a facilitare l'accesso ai servizi
- ❖ rivalutare e aggiornare le linee guida nazionali per il controllo della TBC nella popolazione immigrata
- ❖ rilevare dati di sorveglianza utili a monitorare i programmi di controllo della TBC negli immigrati
- ❖ individuare le risorse necessarie per promuovere l'attuazione di programmi efficaci di controllo della TBC negli immigrati.

Promuovere politiche efficaci a facilitare l'accesso ai servizi

I principi ispiratori di queste politiche non sono specifici per la TBC, ma bensì comuni a tutti i problemi sanitari nella popolazione immigrata e sono stati ben delineati dal documento stilato nel 2000 dal Gruppo di lavoro "Salute e Immigrazione" attivato nell'ambito del CNEL. Secondo il Gruppo di lavoro le attività essenziali per "riorientare" i servizi sanitari, affinché sia favorito l'accesso ai cittadini immigrati presenti sul territorio sono:

- ❖ la formazione del personale, sulla presenza qualitativa e quantitativa degli immigrati, le normative che ne prevedono la tutela, l'epidemiologia le politiche, le strategie e gli approcci nei Paesi di provenienza degli stranieri e formazione alla relazione transculturale con persone provenienti da altri contesti sociali, politici e culturali
- ❖ l'istituzione di flussi informativi in grado di leggere la domanda di servizi e di

prestazioni da parte degli immigrati, regolari e non, e condurre indagini specifiche in grado di leggere i bisogni non espressi

- ✦ l'organizzazione dei servizi, con servizi dedicati all'utenza straniera, oppure con servizi per tutti, resi maggiormente permeabili agli immigrati. È comunque essenziale che servizi dedicati o generici assicurino un'efficace informazione all'utenza potenziale, in alcuni casi siano in grado di promuovere progetti e azioni di offerta attiva, abbiano l'opportunità di inserire personale specificamente preparato e formato (il mediatore culturale o una mediazione di sistema e processi ove ogni operatore di salute sia in grado di interagire con questi nuovi utenti)
- ✦ la flessibilità dell'offerta di servizi, in grado di eliminare le barriere organizzative
- ✦ il lavoro multidisciplinare e in rete, soprattutto con il volontariato, che possa anche coinvolgere esperti nel Paese di provenienza degli stranieri.

Questi sono esattamente i temi emersi nel corso del seminario sulla TBC.

Per migliorare il controllo della TBC nei cittadini immigrati è quindi importante:

- ✦ realizzare l'integrazione delle attività di servizi e figure diverse e in particolare:
 - stabilire una rete di rapporti con realtà pubbliche e private
 - forte connessione con i servizi territoriali
 - collaborazione tra clinici e territorio (SIP, CFS, MMG, PLS, DCP)
 - favorire il dialogo con i Paesi di origine degli stranieri per una maggiore uniformità delle buone prassi
- ✦ migliorare l'accesso ai servizi attraverso:
 - offerta di assistenza generica per patologie non tubercolari, oppure attività di assistenza medica di base
 - tempi di apertura adeguati e accesso libero
 - atteggiamento "accogliente" degli operatori sanitari
 - facilitare i percorsi e ridurre al minimo gli accessi all'ambulatorio quando è necessario un prolungamento delle indagini
- ✦ adottare strumenti per migliorare l'adesione al percorso diagnostico-terapeutico:
 - disporre di interpreti e mediatori culturali
 - predisporre materiale informativo multilingue
 - dotarsi di figure infermieristiche o ASV per il *case holding*
 - fornire gratuitamente esami e farmaci
 - attivare la DOT.

Rivalutare e aggiornare le linee guida nazionali per il controllo della TBC nella popolazione immigrata

La **tabella 10** elenca i temi di interesse, gli aspetti emersi nel corso del seminario, le azioni proposte.

Tabella 10. *Temi per i quali pare opportuno rivalutare e aggiornare le linee guida*

TEMA	ASPETTI EMERSI	AZIONI PROPOSTE
Adesione al trattamento antitubercolare	I centri adottano strategie diverse per migliorare l'adesione al trattamento: quelle che sembrano dare risultati più favorevoli sono quelle che prediligono il lavoro in rete dei servizi, assicurano la disponibilità di figure dedicate alla gestione del singolo caso, adottano incentivi specifici.	Revisione delle linee guida esistenti e delle esperienze italiane e formulazione di raccomandazioni specifiche.
Indagine dei contatti di caso	È un'attività assicurata da tutti i centri.	Inclusione nel documento generale di linee guida per la gestione di tutti i contatti di caso, in corso di elaborazione, del tema specifico dei contatti immigrati.
Programmi di screening della malattia o dell'infezione tubercolare negli immigrati	La valutazione delle esperienze in corso in diverse città italiane ha evidenziato una grande variabilità dei programmi e una bassa resa, soprattutto per i programmi di screening dell'infezione.	Revisione critica delle linee guida internazionali sui programmi di screening negli immigrati e formulazione di raccomandazioni specifiche.

Rilevare dati di sorveglianza utili a monitorare i programmi di controllo della TBC negli immigrati

La rilevazione di dati sull'esito del trattamento e sulla resa dei programmi di screening viene effettuata in molti centri, ma non in tutti. Disporre di questi dati è, invece, essenziale: per ciascun centro o programma che ne abbia bisogno per giustificare le risorse impegnate e per identificare eventuali problemi o criticità, ma anche

per la definizione di politiche regionali o nazionali. Il costo-beneficio di programmi di screening in immigrati cambia, infatti, radicalmente in ragione del contesto specifico (tipo di immigrazione, rete di servizi). Per questo motivo, la revisione di quanto sperimentato in altri Paesi è utile, ma non sufficiente. Sono necessari dati italiani, utili a identificare le strategie più efficaci nel nostro contesto operativo.

Nell'ambito del progetto del CCM sulla "Sorveglianza della tubercolosi in Italia" verrà attivato un filone specifico di attività, mirato a concordare le informazioni da rilevare routinariamente per valutare l'impatto di programmi di screening negli immigrati.

Individuare le risorse necessarie per promuovere l'attuazione di programmi efficaci di controllo della TBC negli immigrati

Durante il seminario sono state suggerite soluzioni efficaci per migliorare la capacità dei servizi nel promuovere l'accesso degli immigrati e migliorare la compliance. In particolare, alcune risorse appaiono irrinunciabili:

- ❖ disponibilità di operatori qualificati a promuovere l'orientamento sanitario degli immigrati (la mediazione culturale)
- ❖ disponibilità di figure infermieristiche o assistenti sanitarie vigilatrici in grado di assicurare la "rete" tra i servizi e la gestione di ciascun caso
- ❖ adozione di incentivi utili a promuovere la compliance.

Bibliografia

Gagliotti C, Resi D, Moro ML, "Delay in the treatment of pulmonary tuberculosis in a changing demographic scenario". *Int J Tuberc Lung Disease*, 2006; 10: 305-309.

Geraci S, Malsano B, Marceca M, "Accesso e fruibilità dei servizi: scenari nazionali ed esperienze locali". Relazione per l'incontro "L'albero della salute. Migrazioni e diritto alla salute", Prato, 12 novembre 2005.

Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, "Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 1995",
www.eurotb.org/rapports/1995/report_95.htm

Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, "Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 1996",
www.eurotb.org/rapports/1996/report96.htm

Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, "Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 1997",
www.eurotb.org/rapports/1997/report97.htm

Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, "Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 1998",
www.eurotb.org/rapports/1998/report_98.htm

Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, "Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 1999",
www.eurotb.org/rapports/1999/report_99.htm

Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, "Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2000",
www.eurotb.org/rapports/2000/report_2000.htm

Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, "Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2001",
www.eurotb.org/rapports/2001/etb_2001_full_report.pdf

Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, "Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2002",
www.eurotb.org/rapports/2002/etb_report_2002.zip

Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, "Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2003",
www.eurotb.org/rapports/2003/etb_report_2003.zip

Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe, "Surveillance of tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2004",
www.eurotb.org/rapports/2004/eurotb_report_2004.pdf

ISTAT, "La popolazione straniera residente in Italia al 1 gennaio 2005", 27 ottobre 2005.

Geraci S, Marceca M, "Assistenza sanitaria agli stranieri in Italia: aspetti normativi e programmatici". Articolo aggiornato tratto dalla relazione preparata per il Convegno "Migrazioni e salute", Bari, 3 maggio 2002.

Gruppo di lavoro "Salute e immigrazione" dell'Organismo Nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri (CNEL), "Accesso ai servizi sanitari", 2000.

WHO, "Report 2006. Global tuberculosis control. Surveillance, planning, financing",
www.who.int/tb/publications/global_report/2006/pdf/full_report_correctedversion.pdf

Partecipanti al seminario

Relatori e moderatori

Massimiliano Bugiani Antonio Cassone	Centro Medicina Sociale - ASL 4, Torino Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate - Istituto Superiore di Sanità, Roma
Luigi Codecasa Stefania D'Amato	Istituto Villa Marelli - Centro Regionale TBC, Milano Ufficio Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Roma
Issa El Hamad	Unità Operativa Malattie Infettive - Ospedale di Brescia
Chiara Erba Salvatore Geraci Enrico Girardi	Associazione NAGA, Milano Caritas di Roma Dipartimento di Epidemiologia – Ospedale “Lazzaro Spallanzani” di Roma
Olga Gorbacheva	Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM)
Marina Greci Donato Greco	Dipartimento di Sanità Pubblica - Reggio Emilia Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute, Roma
Francesco Leoncini Michela Martini	Ospedale Careggi di Firenze Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM)
Giovanni Battista Migliori	Centro di Collaborazione OMS - Fondazione Maugeri, Tradate
Maria Luisa Moro Graziella Orefici	Agenzia Sanitaria Regionale, Bologna Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate - Istituto Superiore di Sanità, Roma
Maria Grazia Pompa	Ufficio Malattie Infettive e Profilassi Internazionale - Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Roma
Rosa Prato Anna Pupo Paola Ramorino Alejandro Rossi	Sezione Igiene DIMO - Policlinico di Bari Dipartimento di Prevenzione - ULSS 9, Treviso Azienda USL 3, Genova Unità Operativa di Pneumologia e Infettivologia Respiratoria - Ospedale Forlanini, Roma
Salvatore Rossitto Alfredo Russo Jean-Pierre Zellweger	Dispensario antitubercolare di Noto Ospedale Monaldi, Napoli Università di Losanna

Componenti del sottocomitato scientifico per la prevenzione della malattia tubercolare

Giorgio Besozzi	Unità Operativa Complesso di Tisiologia - Ospedale Morelli di Sondalo
Stefania D'Amato	Ufficio Malattie Infettive e Profilassi Internazionale - Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Roma
Mario De Palma	Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi
Enrico Girardi	Dipartimento di Epidemiologia – Ospedale “Lazzaro Spallanzani” di Roma
Giovanni Battista Migliori	Centro di Collaborazione OMS - Fondazione Maugeri, Tradate
Maria Luisa Moro	Agenzia Sanitaria Regionale, Bologna
Graziella Orefici	Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate - Istituto Superiore di Sanità, Roma
Augusto Panà	Dipartimento di Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Tor Vergata, Roma
Anna Pavan	Profilassi Malattie Infettive - Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia
Elvira Rizzuto	Ufficio Malattie Infettive e Profilassi Internazionale - Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Roma

Segreteria Scientifica

Graziella Orefici	Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate - Istituto Superiore di Sanità Viale Regina Elena, 299 - 00161, Roma Tel. 06 49902333 Fax 06-49387112 E-mail gorefici@iss.it
--------------------------	---

Al seminario sono intervenuti:

Donatella Campus	Assessorato Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, Servizio Prevenzione, Cagliari
Valter Carraro	Igiene Pubblica - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento
Rubens Curia	Servizio Profilassi e Prevenzione Malattie infettive e Diffusive, Assessorato Regionale alla Sanità, Regione Calabria
Filippo Curtale	UO Malattie Infettive - Servizio Prevenzione, Formazione, Documentazione Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio
Lina Adelina D'Alo	Direzione Generale V – Servizio Igiene e Prevenzione, Campobasso
Claudia Gandolfi	Servizio Assistenza Sanitaria Regione Friuli Venezia Giulia
Christine Giovanelli	Funzionario provinciale Ufficio Igiene e Sanità pubblica, Bolzano
Gualtiero Grilli	Servizio Sanità Pubblica Regione Marche, Coordinamento Interregionale della Prevenzione. Dipartimento di Prevenzione - ASUR Zona territoriale 5, Jesi
Francesco Leoncini	Cattedra di Clinica delle Malattie Infettive, Scuola di specializzazione dell'Università di Firenze, UO Malattie Infettive, Policlinico di Firenze
Carlo Orlandi	Azienda UsI Regione Valle d'Aosta, Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene Pubblica
Domenica Pacifico	Servizio Prevenzione Collettiva, Direzione della Sanità, Regione Abruzzo
Roberto Patriarchi	Referente Regionale per le malattie infettive della Regione Molise, Malattie Infettive ASREM - Ospedale "Antonio Cardarelli", Campobasso
Guglielmo Pitzalis	Centro di Pneumologia Sociale, Dipartimento di Prevenzione, ASS 4 "Medio Friuli"
Renato Pizzuti	ARSAN Centro Direzionale, Napoli
Roberto Raso	SeREMI - Servizio di Riferimento Regionale di Epidemiologia per la Sorveglianza, la Prevenzione e il Controllo delle Malattie Infettive, Alessandria
Anna Tosti	UDT Prevenzione Assessorato Sanità, Perugia

Si ringrazia per la gentile collaborazione **Fausto Paganetti**, Ufficio Malattie Infettive e Profilassi Internazionale - Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2006
presso la Tipografia Graffiti, Pavona (Roma)