

CONFERENZA DI CONSENSO

**Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi
negli immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare**

DOCUMENTO DI CONSENSO

CONFERENZA DI CONSENSO

**Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi
negli immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare**

Roma, 5 e 6 giugno 2008

Documento non ancora divulgato in modo ufficiale (gennaio 2010).



A cura del servizio di documentazione della SIMM
per i soci della Società.

PREMESSA.....	3
IMMIGRAZIONE E TUBERCOLOSI IN ITALIA: DATI EPIDEMIOLOGICI..	6
Il fenomeno dell'immigrazione.....	6
<i>Le dimensioni della popolazione migrante in Italia</i>	<i>6</i>
<i>La provenienza della popolazione migrante in Italia</i>	<i>7</i>
<i>Flussi migratori</i>	<i>7</i>
<i>Motivi della presenza</i>	<i>8</i>
<i>Natalità e fecondità delle donne straniere.....</i>	<i>8</i>
La malattia tubercolare tra gli immigrati	8
<i>La tubercolosi nel mondo</i>	<i>8</i>
<i>La tubercolosi in Italia</i>	<i>9</i>
POLITICHE EFFICACI A CONTRASTARE LA TUBERCOLOSI:	13
RACCOMANDAZIONI	13
Livelli delle prove e forza delle raccomandazioni:	13
Premessa	14
Raccomandazioni.....	14
<i>Strategie per migliorare l'accesso ai servizi.....</i>	<i>14</i>
<i>Strategie per migliorare l'adesione al trattamento antitubercolare.....</i>	<i>16</i>
<i>Programmi di ricerca attiva dei casi di infezione e malattia</i>	<i>17</i>
<i>Ruolo della vaccinazione nei bambini della popolazione immigrata.....</i>	<i>19</i>
ALLEGATO 1 – GRUPPO DI LAVORO E GIURIA.....	20
ALLEGATO 2 – SITI WEB CONSULTATI	22

Schema delle raccomandazioni finali

Strategie per migliorare l'accesso ai servizi

*L'informazione
Il riorientamento*

Strategie per migliorare l'adesione al trattamento antitubercolare

*Presenza in carico del paziente ("case-holding")
Figure dedicate alla gestione del caso ("case-holding") e mediatori culturali
Interventi per migliorare l'adesione*

Programmi di ricerca attiva dei casi di infezione e malattia

*Favorire l'accesso ai servizi
Promuovere l'offerta agli immigrati di una diagnosi precoce
Ricerca dei contatti di caso di tubercolosi
Valutazione della efficacia nella pratica degli interventi*

Ruolo della vaccinazione nei bambini della popolazione immigrata

*Vaccinazione dei bambini immigrati da paesi ad alta endemia appartenenti a comunità a rischio
Sorveglianza meningite pediatrica*

PREMESSA

In Italia, l'incidenza di tubercolosi negli ultimi anni è rimasta stabile, con una progressiva leggera tendenza alla riduzione (da 9,1/100.000 abitanti nel 1995 a 7,5 casi nel 2006): questo trend è l'effetto di una progressiva riduzione della frequenza di malattia nella popolazione nata in Italia e di un aumento del numero di casi di tubercolosi osservati in persone immigrate da paesi del mondo ove la tubercolosi è endemica (nel 2006 il 53,8% dei casi totali di TB in Italia si è verificato in persone nate nel nostro paese, il 46,2% in persone nate all'estero). L'aumento dei casi di tubercolosi in persone nate all'estero è semplicemente la conseguenza dell'aumentato numero di stranieri residenti in Italia (3,5 milioni nel 2008, che rappresentano il 5,8% dei residenti in Italia): l'incidenza di tubercolosi tra gli immigrati, infatti, dal 1999 al 2006 non è aumentata. Solo il 32% dei casi di TB in persone immigrate si è verificato nei primi due anni dal momento dell'arrivo in Italia (dati 1999-2004), mentre due terzi dei casi si sono verificati successivamente.

Da questi dati emerge come la tubercolosi ed, in particolare, la tubercolosi negli immigrati non rappresenti in Italia motivo di allarme sociale. Il trend epidemiologico osservato rende, però, necessario armonizzare gli interventi nelle diverse regioni e servizi, con il principale obiettivo di identificare il più possibile tempestivamente i casi di TB ed assicurare loro un trattamento efficace, riducendo così il rischio che altre persone, prevalentemente appartenenti alla stessa comunità, si possano infettare.

Un seminario organizzato nel 2006 dal Ministero della Salute-CCM e tenutosi presso l'Istituto Superiore di Sanità aveva evidenziato notevoli differenze nelle strategie adottate da servizi collocati in diverse regioni per il controllo della TB nella popolazione immigrata.

Il progetto di revisione delle linee guida sulla tubercolosi esistenti in Italia, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" ha rappresentato l'occasione per affrontare anche le problematiche sulle strategie efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata da paesi ad elevata endemia tubercolare. Queste problematiche sono state discusse in una Conferenza di Consenso che si è svolta a Roma il 5 e 6 Giugno 2008.

Al termine della Conferenza di Consenso, sono state formulate raccomandazioni specifiche, esposte in questo documento, basate sulla revisione della letteratura scientifica e l'accordo di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale di esperti (Allegato 1).

I partecipanti alla Conferenza hanno voluto sottolineare in premessa che, per realizzare politiche efficaci di intervento in questo ambito, è necessario sostenere e promuovere la coesione sociale, l'integrazione degli immigrati, la corretta informazione alla popolazione generale per ridimensionare un allarme sociale ingiustificato, la garanzia legale all'accesso ai servizi sanitari ed una reale fruibilità degli stessi.

Le principali raccomandazioni vengono sintetizzate di seguito:

- ④ **migliorare l'accesso ai servizi per le persone immigrate**, tramite la produzione di informazioni chiave sui loro diritti e doveri, il coinvolgimento diretto e partecipato degli immigrati, la progettazione concertata tra i vari attori sanitari e sociali delle strategie operative più adeguate, l'offerta attiva di informazioni sui luoghi di lavoro e di incontro, l'utilizzo di operatori adeguatamente preparati al *front-office* dei servizi;
- ④ **riorientare i servizi sanitari** ai nuovi bisogni, attraverso il coordinamento operativo delle attività a livello aziendale, la adeguata formazione degli operatori sanitari, il monitoraggio dell'utilizzo dei servizi e dei bisogni di salute con indicatori appropriati, la ridefinizione dei percorsi assistenziali, la valorizzazione dei medici delle cure primarie nella presa in carico degli immigrati, la realizzazione di strutture, spazi e percorsi dedicati;
- ④ **migliorare l'adesione al trattamento antitubercolare** (sia della malattia che dell'infezione), attraverso :
 - ☞ la corretta presa in carico dei pazienti con tubercolosi, che assicuri il follow-up per tutto il periodo di trattamento, anche attraverso forme di accoglienza e di accompagnamento sociale, laddove necessario;
 - ☞ l'individuazione di figure dedicate alla gestione del caso, adeguatamente formate, che siano in grado di tenere conto delle specificità culturali (avvalendosi anche di mediatori culturali), di assicurare il collegamento tra le diverse strutture, servizi ed operatori coinvolti nell'assistenza, con il coinvolgimento delle strutture non governative e di volontariato (ONG);
 - ☞ l'attuazione di interventi mirati a migliorare l'adesione al trattamento antitubercolare, che si basino sul coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni terapeutiche; su misure atte ad assicurare l'accessibilità ai servizi, la semplificazione delle terapie, la gratuità del trattamento; su misure mirate a identificare e contrastare la non adesione;
 - ☞ l'adozione in gruppi selezionati di pazienti della terapia direttamente osservata, ove possibile a domicilio del paziente o in luoghi facilmente accessibili.
- ④ **promuovere programmi di ricerca attiva dei casi di infezione e malattia tubercolare**, in particolare attraverso:
 - ☞ la ricerca dei contatti di caso di tubercolosi, attività questa considerata prioritaria;
 - ☞ la promozione dell'accesso tempestivo ai servizi da parte di persone immigrate, informandole sull'organizzazione del SSN, incoraggiandole ad iscriversi con un Medico di medicina generale, conducendo campagne informative nelle comunità di immigrati;
 - ☞ l'offerta agli immigrati di una diagnosi precoce, attraverso l'informazione, la ricerca attiva da parte di MMG e PLS di casi sintomatici di TB in persone provenienti da paesi ad alta incidenza tubercolare (> 100 casi/100.000 secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità) (nel caso di bambini si raccomanda anche la ricerca dell'infezione tubercolare), l'utilizzo di tutte le occasioni di contatto con i servizi sanitari per proporre esami diagnostici per la ricerca dell'infezione tubercolare o della malattia ed il successivo trattamento, in pazienti asintomatici provenienti da paesi ad alta

incidenza, immigrati da < 5 anni o da più tempo ma in condizioni socioeconomiche svantaggiate.

☞ la rilevazione di dati sui programmi eventualmente attivati in modo da valutarne l'efficacia nel corso del tempo.

- 🌐 **offrire la vaccinazione antitubercolare**, a neonati o bambini < 5 anni, conviventi o contatti stretti di persone con TB contagiosa, se persiste il rischio di contagio, oppure se si recano per più di 6 mesi in paesi ad alta endemia tubercolare;
- 🌐 **valutare attentamente** i casi di meningite tubercolare in età pediatrica per stabilire la necessità di una vaccinazione selettiva di specifici gruppi di bambini.

IMMIGRAZIONE E TUBERCOLOSI IN ITALIA: DATI EPIDEMIOLOGICI

Il fenomeno dell'immigrazione

Le dimensioni della popolazione migrante in Italia

Le stime della presenza di stranieri in Italia variano in ragione della fonte informativa utilizzata. Al 1° gennaio 2007 secondo il Ministero degli Interni gli stranieri erano 2.419.972, secondo l'ISTAT gli stranieri residenti in Italia erano 2.938.922, secondo il Dossier Statistico della Caritas 3.690.000. Tali differenze sono dovute alle diverse fonti utilizzate per enumerare gli stranieri presenti: coloro che sono in possesso di un permesso di soggiorno (Ministero degli Interni) oppure hanno l'iscrizione all'anagrafe (ISTAT) oppure sono presenti regolarmente ma non compaiono nelle due fonti prima citate (bambini giunti con i genitori o nati in Italia ma iscritti nel permesso degli adulti, coloro che sono in attesa di permesso di soggiorno o questo è in fase di rinnovo, persone non ancora iscritte all'anagrafe perché in situazione precaria quanto all'alloggio) (Caritas). I circa 3,7 milioni di stranieri presenti in Italia rappresentano una quota significativa dei 28 milioni di migranti in Europa: la Germania si colloca al primo posto per stranieri presenti (7,3 milioni), seguita da Spagna (4 milioni) e Italia. Inoltre, l'Italia ha registrato rispetto ad altri paesi il tasso di crescita più elevato: nel 2000 gli immigrati erano circa 1/3 rispetto ad oggi¹.

Al 1 Gennaio 2008 l'ISTAT ha stimato 3,5 milioni di stranieri residenti che rappresentano il **5,8% dei residenti totali**². **L'incidenza della popolazione straniera sul totale dei residenti è massima nel Nord-est** (7,2 per cento), leggermente inferiore nel Nord-ovest (6,8 per cento) e più ridotta al Centro (6,3 per cento). Nel Mezzogiorno il valore è molto più contenuto e pari all'1,6 per cento. Uno straniero su quattro è iscritto nelle anagrafi dei comuni della Lombardia, ben uno su dieci in quelle della provincia di Milano; un livello decisamente elevato e comparabile a quello che si registra in alcune regioni pure caratterizzate da un'elevata capacità di attrazione come il Veneto (dove risiede l'11,9 per cento dei cittadini stranieri), l'Emilia-Romagna (il 10,8 per cento) e il Lazio (l'11,2 per cento). La Figura 1 riporta gli stranieri residenti nel 2007 per regione: si passa da più di 75 residenti per 1000 abitanti della Lombardia a poco più di 10 della Basilicata.

La provenienza della popolazione migrante in Italia

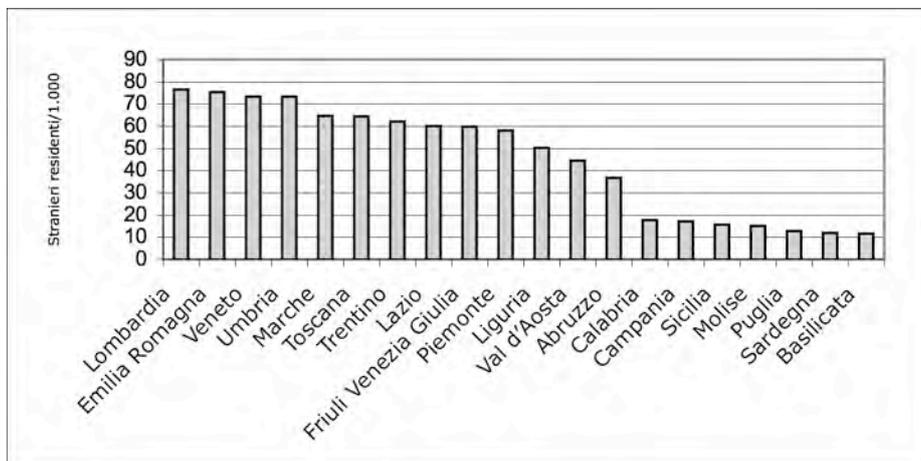
La varietà dei paesi di provenienza degli immigrati costituisce una peculiarità dell'immigrazione nel nostro Paese. In Italia, **gli stranieri regolarmente presenti provengono da più di 190 paesi** di ogni area del mondo: in maggior misura dagli ex paesi in transizione (la cosiddetta Europa dell'Est), dall'Africa settentrionale, dall'Asia, dal Centro e dal Sud America. Al 1° gennaio 2008 poco meno della metà degli stranieri residenti è assorbita da cinque differenti cittadinanze, nell'ordine: Romania, Albania, Marocco, Cina e Ucraina. Grazie agli ingressi dei rumeni nel corso del 2007, inoltre, si stima che i cittadini provenienti dai paesi dell'Est

¹ Dossier Statistico Caritas, 2007

² Rapporto ISTAT, 2007

europeo, neocomunitari o meno, contino per circa la metà di tutti gli stranieri residenti al 1° gennaio 2008.

Figura 1 - Stranieri residenti (per 1000 abitanti) per regione (Fonte: Dossier Caritas 2007)



Le Comunità dell'Europa centro-orientale sono quelle che hanno registrato una crescita più consistente negli ultimi anni: tra il 2003 e il 2007 la crescita annua per le persone provenienti da questi paesi è stata pari al 19,7% ed in particolare sono cresciute le comunità ucraina e moldava. Sono anche cresciuti in modo significativo i cittadini di paesi europei di recente adesione alla comunità europea: Polonia, Romania, Bulgaria (+ 33,4%).

Flussi migratori

Il numero di stranieri che entrano legalmente in Italia è aumentato gradualmente nei diversi anni in relazione ai decreti di programmazione dei flussi di entrata dei lavoratori. Si è passati da 75.000 autorizzazioni per motivi di lavoro rilasciate nel 1995 a 298.500 nel 2005. Nel 2006, ne sono state rilasciate 590.000.

A luglio 2007 sono state stimate **750.000 persone presenti illegalmente nel paese**³: il 60% di queste sono entrate regolarmente in Italia ma poi ha visto scadere più o meno intenzionalmente il proprio visto o l'eventuale permesso di soggiorno (i cosiddetti *overstayers*). Mediamente sono presenti 18 irregolari ogni 100 stranieri presenti: tale incidenza è più elevata nelle aree meridionali (mediamente superiore al 30%) rispetto al Centro e al Nord. La più alta frazione di irregolari rispetto al totale di abitanti si osserva per la provincia di Brescia (32 per 1.000 abitanti), seguita da Mantova (29,8 per 1.000) e da Modena (25,5 per 1.000).

I rifugiati sono invece pochi in Italia in relazione al resto di Europa: alla fine del 2006 in Italia erano presenti circa 27mila rifugiati (0,4% sulla popolazione); in Germania oltre 600.000 (7,3%), in Gran Bretagna oltre 300.000 (4,9%). Nell'Europa a 25 ci sono quasi 1.400.000 rifugiati (2,9%).

³ Rapporto Ministero degli Interni 2007

Motivi della presenza

Su più di 2.400.000 i permessi di soggiorno richiesti nel 2007, il 61% era per motivi di lavoro, il 32% per motivi di famiglia, 2% per motivi di studio.

Solo l'8,6% degli immigrati è disoccupato. Gli immigrati rappresentano il 10% della forza lavoro e il 25% circa dei nuovi occupati. Su 100 occupati, il 57% è collocato nel Nord Ovest e nel Nord Est.

Il 53,6% degli immigrati lavora nel settore dei servizi, il 35,2% nell'industria, il 6,4% nell'agricoltura.

Natalità e fecondità delle donne straniere

Al 1 Gennaio 2007 erano presenti in Italia **666.000 minorenni stranieri**; la Serbia, Montenegro, Cina, Marocco e Tunisia sono le comunità con più minorenni. 400mila bambini sono nati in Italia da genitori stranieri, di cui 56.000 nel 2006.

Il numero medio di figli per donna è pari a 1,24 tra le donne italiane e 2,41 tra le straniere. Nel 2005, quindi, le donne straniere residenti in Italia hanno fatto registrare un livello di fecondità doppio rispetto alle donne italiane.

La malattia tubercolare tra gli immigrati

La tubercolosi nel mondo

Nel 2006 sono stati stimati dall'OMS a livello mondiale 9.2 milioni di nuovi casi di TB (139 per 100.000 abitanti), inclusi 4.1 milioni di nuovi casi con espettorato positivo (44% del totale) e 0.7 milioni di persone HIV-positive (8% del totale). L'83% del totale delle notifiche proviene dall'Africa, Sud-Est Asiatico e regioni del Pacifico Occidentale; 22 paesi ad alta incidenza notificano l'80% dei casi a livello mondiale (*Afghanistan, Bangladesh, Brasile, Cambogia, Cina, Repubblica democratica del Congo, Etiopia, India, Indonesia, Kenya, Mozambico, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Filippine, Federazione Russa, Sud-Africa, Tailandia, Uganda, Repubblica Unita di Tanzania, Vietnam, Zimbabwe*). Nel 2006, sono stati notificati in totale 23.353 casi di tubercolosi multiresistente (MDR-TB), più di metà dei quali dalla Regione Europea.

La tabella 2 riporta l'incidenza di TBC stimata dall'OMS per il 2006 nei 16 Paesi da cui proviene la maggior parte della popolazione immigrata in Italia. Tra questi Paesi, quelli con una incidenza più elevata di TBC sono le Filippine (287/100.000) e il Senegal (270/100.000). Otto 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 otto hanno un'incidenza inferiore a 100/100.000 (in cinque casi inferiore a 50/100.000).

In questi 16 Paesi, anche la frequenza di casi di TBC sostenuta da ceppi multiresistenti (resistenza contemporanea a isoniazide e rifampicina -TB-MDR) è molto variabile, andando da 19,4% e 16% rispettivamente in Moldavia ed Ucraina a 0,2 nello Sri Lanka.

Tabella 2 -Incidenza di tubercolosi nei 16 Paesi con la frequenza più elevata (in ordine discendente) di immigrati in Italia

PAESE	N° immigrati residenti in Italia	INCIDENZA stimata di casi di TBC/100.000 [§]	PREVALENZA di HIV (%) nei casi di TBC [§]	Stima % di TB-MDR sul totale dei casi di TBC (LC 95%) [^]	
				Nuovi casi	Ri-trattamenti
Albania	375.947	19	-	1,5 (0,3-10)	10
Cina	144.885	99	0.3	5,0 (4,6-5,5)	26
Ecuador	68.880	128	1.1	4,9 (3,5-6,6)	24
Egitto	65.667	24	0.1	2,2 (1,2-3,7)	38
Filippine	101.337	287	0.1	4,0 (2,9-5,5)	21
India	69.504	168	1.2	2,8 (2,3-3,4)	17
Marocco	343.228	93	0.4	0,5 (0,2-1,1)	12
Moldavia	55.803	141	0.4	19,4 (16,7-22,3)	51
Perù	66.506	162	2	5,3 (4,3-6,4)	24
Polonia	72.457	25	0.4	0,3 (0,1-0,6)	8.2
Romania	342.200	128	0.3	2,8 (1,8-4,2)	11
Senegal	59.857	270	2.7	2,1 (0,7-4,9)	17
Serbia e Montenegro	64.411	32	0.7	0,4 (0,1-0,9)	4.1
Sri Lanka	56.745	60	0.2	0,2 (0-1)	0.0
Tunisia	88.932	25	0.2	2,7 (0,4-15)	36
Ucraina	120.070	106	5.8	16,0 (13,7-18,4)	44

[§]WHO TB global report 2008

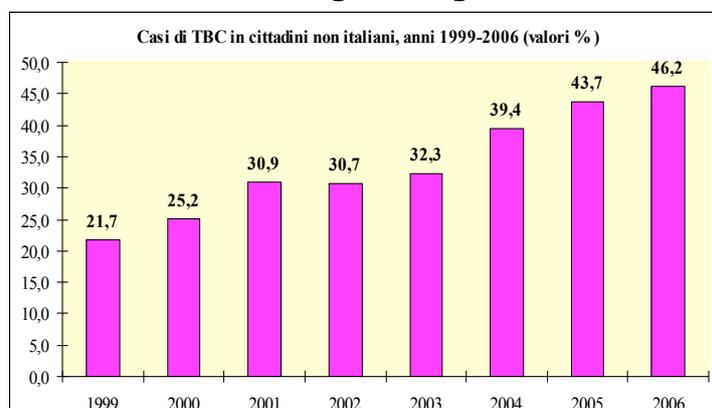
[^]WHO 4th Report antimicrobial resistance, 2008 (Annex 8)

La tubercolosi in Italia

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.

Dal 1999 al 2006, i casi di TBC registrati in "cittadini non italiani" nel nostro Paese sono infatti passati dal 22% del 1999 al 46,2% del 2006, soprattutto nelle classi di età giovani e adulte (Figura 2)⁴.

Figura 2 - Proporzione di casi di TB negli immigrati sul totale dei casi, 1999-2006

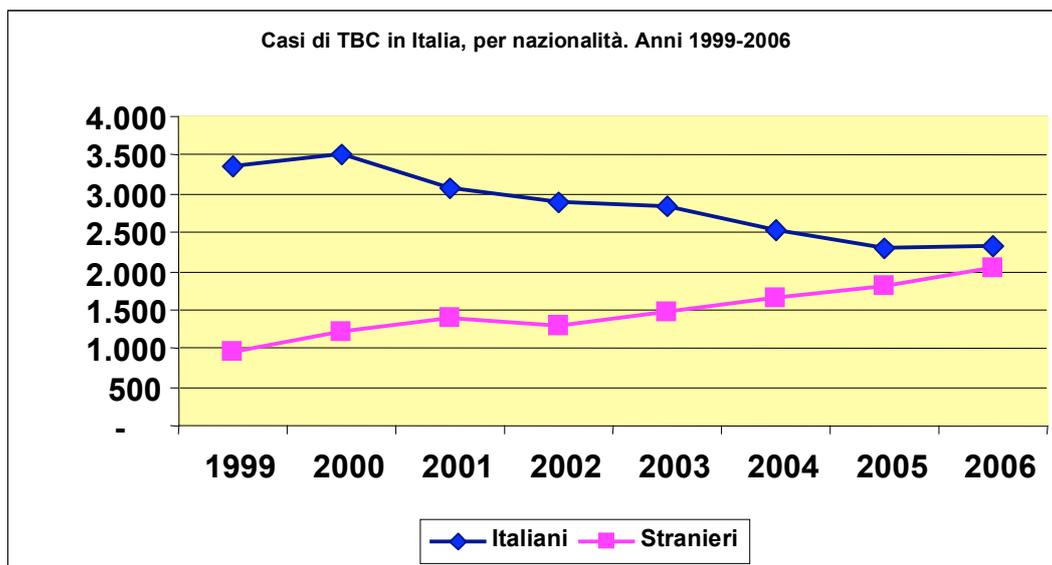


⁴ Fonte: Ministero della Salute - DG della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale

E' importante sottolineare che, nello stesso periodo, non si è osservato un aumento della tubercolosi nella popolazione generale: anzi l'incidenza di tubercolosi è in progressiva diminuzione (da 9,1/100.000 abitanti nel 1995 a 7,5 casi/100.000 abitanti nel 2006).

Nel 2006, il numero di casi di tubercolosi notificati in persone immigrate è quasi uguale al numero dei casi in persone nate in Italia (Figura 3).

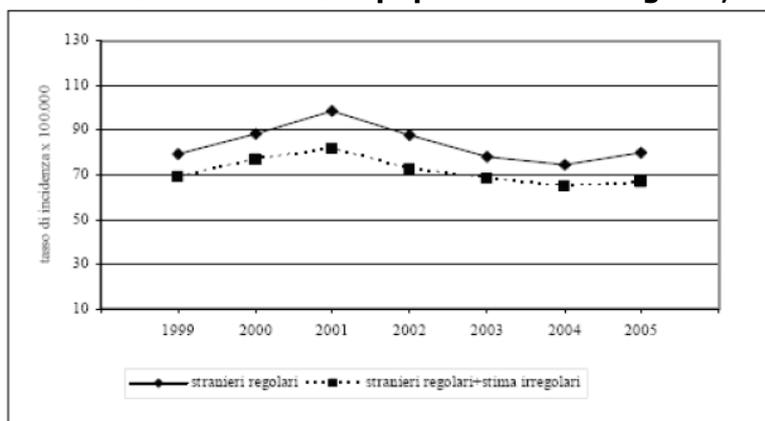
Figura 3 – Numero di casi di TB in immigrati e in italiani, 1999-2006



L'aumento osservato nel numero di casi non trova riscontro in un incremento dell'incidenza⁵. Il grafico 4 mostra una sostanziale stabilità dei tassi, con fluttuazioni annuali presumibilmente legate all'imprecisione nella stima dei denominatori. Tali fluttuazioni, peraltro, si attenuano quando ai denominatori viene aggiunta la quota stimata di immigrati irregolari; per il periodo considerato, il valore medio dell'incidenza si attesta intorno a 70 nuovi casi per 100.000 persone-anno, a indicare che il numero crescente di diagnosi di TB tra gli stranieri è interamente riconducibile alla crescita della popolazione immigrata in Italia.

Per contro, tra gli italiani viene riportato un trend in diminuzione (-33%), coerentemente con la riduzione del numero assoluto di casi.

Figura 4 – Incidenza di TB nella popolazione immigrata, 1999-2005



⁵ Geraci S, Baglio G. La salute degli immigrati. Rapporto Osserva Salute 2007

Nel 2006, il continente più frequentemente rappresentato tra gli stranieri con tubercolosi è l'Europa, seguita dall' Africa, dall'Asia e dalle Americhe (figura 5).

Tra i giovani adulti (15-24 anni e 25-34 anni) più del 70% dei casi di TBC nel 2006 era in persone immigrate da altri Paesi (figura 6), mentre gli immigrati rappresentano una quota quasi inesistente dei casi di TBC tra gli ultrasessantacinquenni.⁶ Sempre nello stesso periodo, il maggior numero di casi notificati si è rilevato nelle classi di età intermedie, con picco nella classe 15-44 anni, peraltro la più rappresentata fra i cittadini non italiani presenti nel Paese.

Figura 5 – Incidenza di TB nella popolazione immigrata, 1999-2006

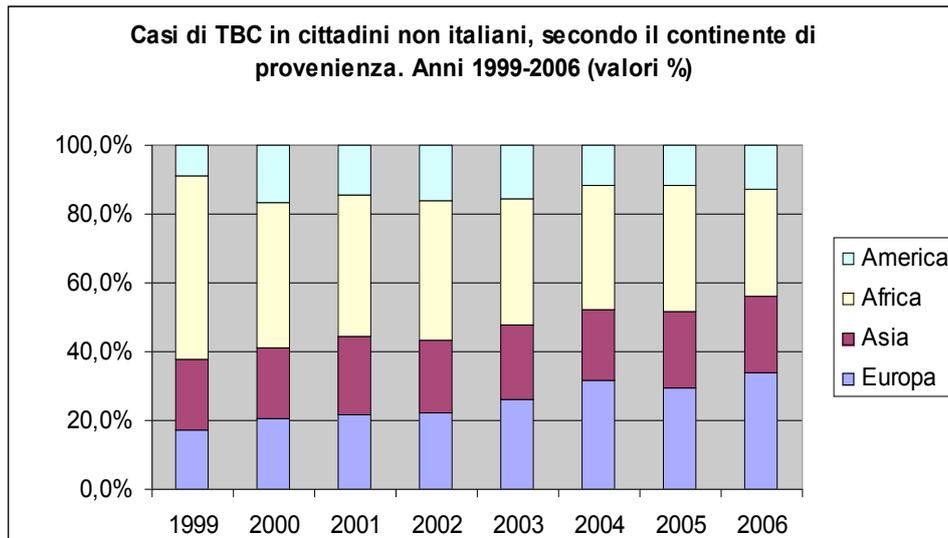
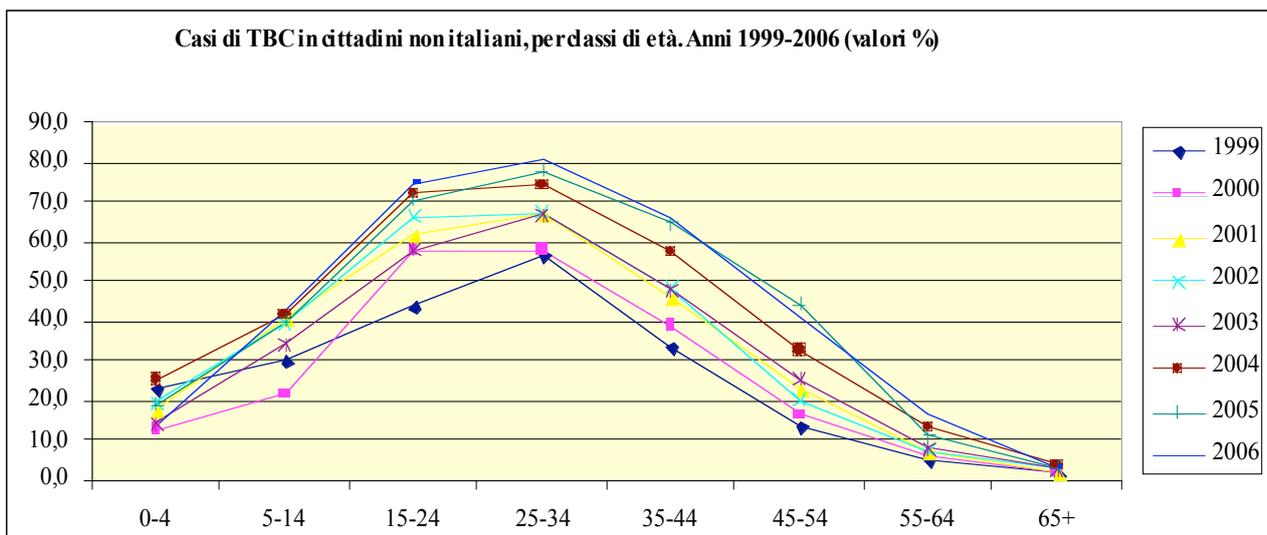


Figura 6 – Percentuale di casi TB nella popolazione immigrata per classi di età, 1999-2006



Per orientare le politiche mirate a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata, è importante considerare quando insorge la tubercolosi in relazione all'anno di ingresso in Italia:

⁶ Fonte: Ministero della Salute - DG della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale

in altri paesi il rischio maggiore di sviluppare la tubercolosi 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 solo in un terzo dei casi tra il primo ed 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 ed il secondo anno di arrivo poco più del 32% dei casi totali⁷.

⁷ Fonte: Ministero della Salute - DG della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale

POLITICHE EFFICACI A CONTRASTARE LA TUBERCOLOSI: RACCOMANDAZIONI

Livelli delle prove e forza delle Raccomandazioni:

Livelli delle prove

I	Prove ottenute da <u>letteratura secondaria</u> di buona qualità metodologica e/o da studi randomizzati e controllati.
II	Prove ottenute da <u>letteratura secondaria</u> di media qualità metodologica e/o da studi di Coorte.
III	Prove ottenute da Studi Osservazionali e/o basate sull'opinione di esperti.

Le raccomandazioni sono state espresse come:

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.

Premessa

- ④ Le Autorità politiche ed istituzionali, ai diversi livelli, hanno l'obbligo di sostenere e promuovere la coesione sociale, in quanto fattore essenziale per assicurare la democrazia, l'equità e la convivenza civile.
- ④ Il rafforzamento della coesione sociale andrebbe sostenuto all'interno di una visione molteplice e integrata dell'azione pubblica, da intraprendere in special modo nei settori dove le tensioni sociali tendono a essere più esasperate (emergenza abitativa, precarietà del lavoro, sperequazione nella distribuzione del reddito, disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari).
- ④ A livello nazionale e locale dovrebbero essere adottate politiche favorevoli all'integrazione degli immigrati – pur nel rispetto della diversità delle espressioni culturali – nonché i processi di inclusione sociale (anche mediante una semplificazione delle regole che governano l'acquisizione della cittadinanza).
- ④ Le Autorità locali dovrebbero valorizzare le esperienze inter-etniche ed inter-culturali e moltiplicare le occasioni di confronto pubblico sulle aspettative reciproche dei nativi e dei migranti, al fine di promuovere un sentimento comune di appartenenza a un dato territorio.
- ④ In riferimento al tema della salute, è compito del Sistema Sanitario pubblico esercitare la propria funzione di tutela nei confronti di tutta la popolazione, a partire da valori e regole centrate sul bene comune, sul riconoscimento dei diritti fondamentali, sull'inclusione sociale, e sulla fiducia delle persone verso le istituzioni (sanitarie e non).
- ④ Le Autorità Sanitarie hanno la responsabilità di informare correttamente la popolazione generale in merito ai rischi per la salute connessi alla presenza degli immigrati, con particolare riferimento alla diffusione delle malattie infettive, e di ridimensionare, ove questo fosse ingiustificato, l'allarme sociale intorno a patologie a forte impatto emotivo (come, ad esempio, AIDS e tubercolosi).
- ④ **La garanzia** legale dell'accesso ai servizi sanitari deve essere assicurata a tutti gli immigrati (sia comunitari che extra-comunitari) presenti in Italia con permessi di soggiorno di media e lunga durata (superiori a tre mesi) e/o con iscrizione anagrafica, a parità di condizione con i cittadini italiani. Il diritto all'assistenza deve essere garantito anche agli stranieri non in regola con le norme di soggiorno e ai comunitari in condizione di fragilità sociale (STP ed ENI)⁸, con riferimento alle cure urgenti ed essenziali e alla medicina preventiva; e agli immigrati presenti per soggiorni brevi (sotto i tre mesi) in rapporto alle cure urgenti e agli interventi di prevenzione di malattie trasmissibili. Ogni intervento sanitario non deve prevedere alcuna segnalazione all'autorità di polizia, in conformità con quanto avviene per gli italiani.

⁸STP: stranieri temporaneamente presenti; ENI: europei non iscritti.

Sono i due modi per definire amministrativamente coloro che si trovano in condizione di irregolarità giuridica (non comunitari) o nell'impossibilità di dimostrare una formale copertura sanitaria (comunitari) ai quali il SSN garantisce prestazioni urgenti ed essenziali.

Raccomandazioni

Strategie per migliorare l'accesso ai servizi

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

 - ① l'individuazione dei messaggi oggettivi irrinunciabili (**core**) per favorire la conoscenza del SSN e la sua accessibilità;
 - ① 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;
 - ① 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);
 - ① 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;
 - ① **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";
 - ① 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.

- 🌐 **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.).

Strategie per migliorare l'adesione al trattamento antitubercolare

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

- I responsabili delle politiche sociali e sanitarie dovrebbero considerare il "case-holding" come una misura centrale di salute pubblica (**Raccomandazione forte**)
- 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**).
- 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 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.
- 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**).
- Appare strategico il **coinvolgimento** delle organizzazioni e delle strutture non governative e di **volontariato** (**Raccomandazione forte**).
- 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 **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 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 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 **counseling** 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.)

🌐 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)**.

🌐 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.

Programmi di ricerca attiva dei casi di infezione e malattia

Favorire l'accesso ai servizi

🌐 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.

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

🌐 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

🌐 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)**.

- ④ I **Medici di Medicina Generale** (MMG) per ogni nuova persona iscritta proveniente da un paese ad alto rischio (incidenza stimata dall'OMS >100 casi/100.000⁹) 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.
- ④ I **Pediatrati 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
 - ☞ 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.
- ④ 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).
- ④ 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

- ④ 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.

⁹ Organizzazione Mondiale della Sanità. Rapporto annuale su "Global Tuberculosis Control". Disponibile su http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

Per le raccomandazioni specifiche sulle modalità di gestione dei contatti (diagnosi e terapia) si rimanda alle linee guida prodotte nell'ambito del "Progetto di aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi" coordinato dall'Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" finanziato dal Ministero della Salute.

Valutazione della efficacia nella pratica degli interventi

- ☉ 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**).

Ruolo della vaccinazione nei bambini della popolazione immigrata

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

- ☉ 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 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 meningite pediatrica

- ☉ 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).

☉ **Approvato il 6 giugno 2008, revisione finale agosto 2008**

ALLEGATO 1 – GRUPPO DI LAVORO E GIURIA

Gruppo di lavoro

Salvatore Geraci	Presidente
Marina Greci	Medico di Sanità pubblica
Bianca Maria Borrini	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.Orsola)

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

Dati epidemiologici sulla TB negli immigrati: Stefania D'Amato (Dipartimento della Prevenzione, Ministero della Salute)

Giuria

Salvatore Geraci	Presidente
Alberto Matteelli	Infettivologo
Enrico Girardi	Epidemiologo\infettivologo
Massimiliano Bugiani	Pneumologo
Giorgio Besozzi	Pneumologo
Luigi Codecasa	Pneumologo
Massimo Scano	Medico di Medicina Generale
Anna Pupo	Dipartimento Sanità Pubblica, medico
Luciano Gualdieri	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 Affronti	Internista - Policlinico e Servizio Immigrati Palermo
Anna Maria Villa	Pediatra, Opera San Francesco Milano
Luigi Toma	Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti
Guglielmo Pitzalis	Centro di Pneumologia Sociale Dipartimento di Prevenzione Medio Friuli
Silvia Declich	CNESPS, Istituto Superiore di Sanità
Gualtiero Grilli	Coordinamento inter-regionale
Pierfranco Olivani	NAGA Milano, Policlinico Milano
Maria Grazia Pompa	Ministero della Salute
Fabio Scano	Organizzazione Mondiale della Sanità
Davide Manissero	European CDC

Presente anche il 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

SITI WEB CONSULTATI

- New Zealand Health Technology Assessment - NZHTA
- The Australia and New Zealand Horizon Scanning Network - ANZHSN
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé - AETMIS
- Alberta Heritage foundation
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment - CCOHTA
- Centre for health services and policy research - University of British Columbia
- Health Technology Assessment Unit McGill University
- Academy for Health Services Research and Health Policy
- Agency for Healthcare Research and Quality
- Department of Public health and Epidemiology - National Horizon Scanning Centre University of Birmingham
- EuroScan - University of Birmingham
- National Coordinating Centre for Health Technology Assessment - NCCHTA
- NICE
- Prodigy
- SIGN
- HAS Haute autorité de santé
- Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques - CEDIT
- Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMEF
- AATRM - Agencia d'avaluació de tecnologia i recerca mèdiques
- Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- INTUTE UK
- National Guideline Clearinghouse (USA)
- Public health agency of Canada
- TRIP DATABASE
- NLH FINDER
- The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)
- Dutch Research Database (NOD)
- Medical Journal of Australia - Guidelines
- British Columbia Medical Services Plan
- Canadian Medical Association Infobase - Clinical Practice Guidelines
-
- European Observatory on Health Systems and Policies
- European project "Migrant-friendly hospitals" (MFH),
- Portale dell'Unione europea sulla salute
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) - Servizio sanitario per le migrazioni (MHD)
- Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM)
- International Association of Health Policy
- Comité européen de la santé (CDSP)
- European Observatory on Health Systems and Policies
- European Portal for Action on Health Equity
- International Centre for Migration and Health
- London Health Commission
- IOM international organisation for migration
- Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine (LBISHM)

SITI WEB CONSULTATI per la ricerca di linee guida

- . Bibliothèque Médicale A.F.Lemanissier
- . British Columbia Medical Services Plan
- . California tuberculosis controller association
- . Canadian Medical Association Infobase - Clinical Practice Guidelines
- . Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMEF
- . Center for Tuberculosis Research Laboratory – John Hopklins medicine
- . CDC – division of tuberculosis
- . Euro TB
- . Geneve Foundation for mundial research and education
- . Global health council
- . Global tuberculosis institute
- . HAS Haute autorité de santé
- . Health protection agency – UK
- . Hellis database – WHO library collection
- . Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- . International union against tuberculosis and lung diseases
- . Medical Journal of Australia – Guidelines
- . Minnesota Department of Health - Tuberculosis Prevention and Control Program
- . National Guideline Clearinghouse (USA)
- . National library of health UK – guidelines finder
- . National tuberculosis center
- . New Zealand Ministry of health
- . NICE
- . Prodigy
- . Public health agency of Canada
- . SIGN
- . Stanford Center for Tuberculosis Research
- . TRIP DATABASE
- . Unidad de investigacion en tuberculosis de Barcelona
- . University of Manitoba health library
- . WHO – tuberculosis