



UOC Epidemiologia e Prevenzione - ASP 3 Catania

Migrazione e TBC

Contributo ad una stima dell'impatto sul Sistema Sanitario della provincia di Catania (2011-2017)

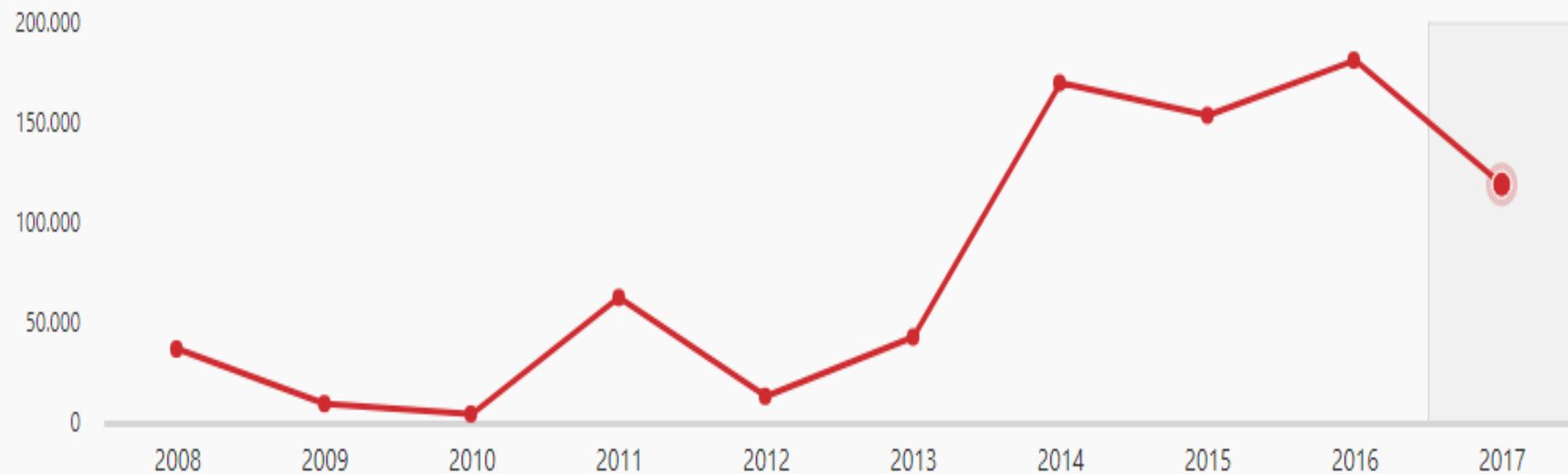
Dott. Gaetano Zappalà

Sbarchi in Italia negli ultimi 10 anni

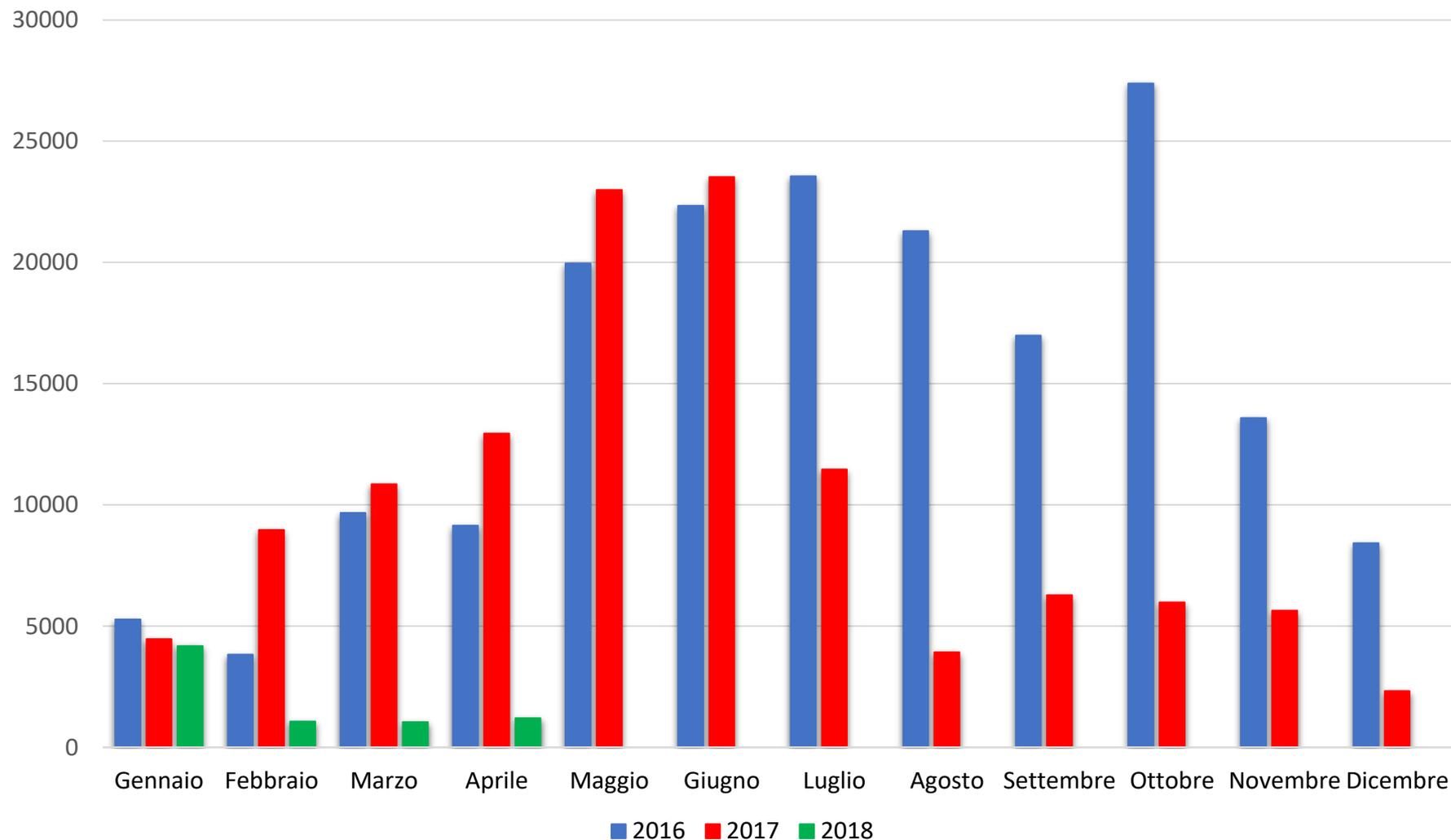
2017

• 119.310

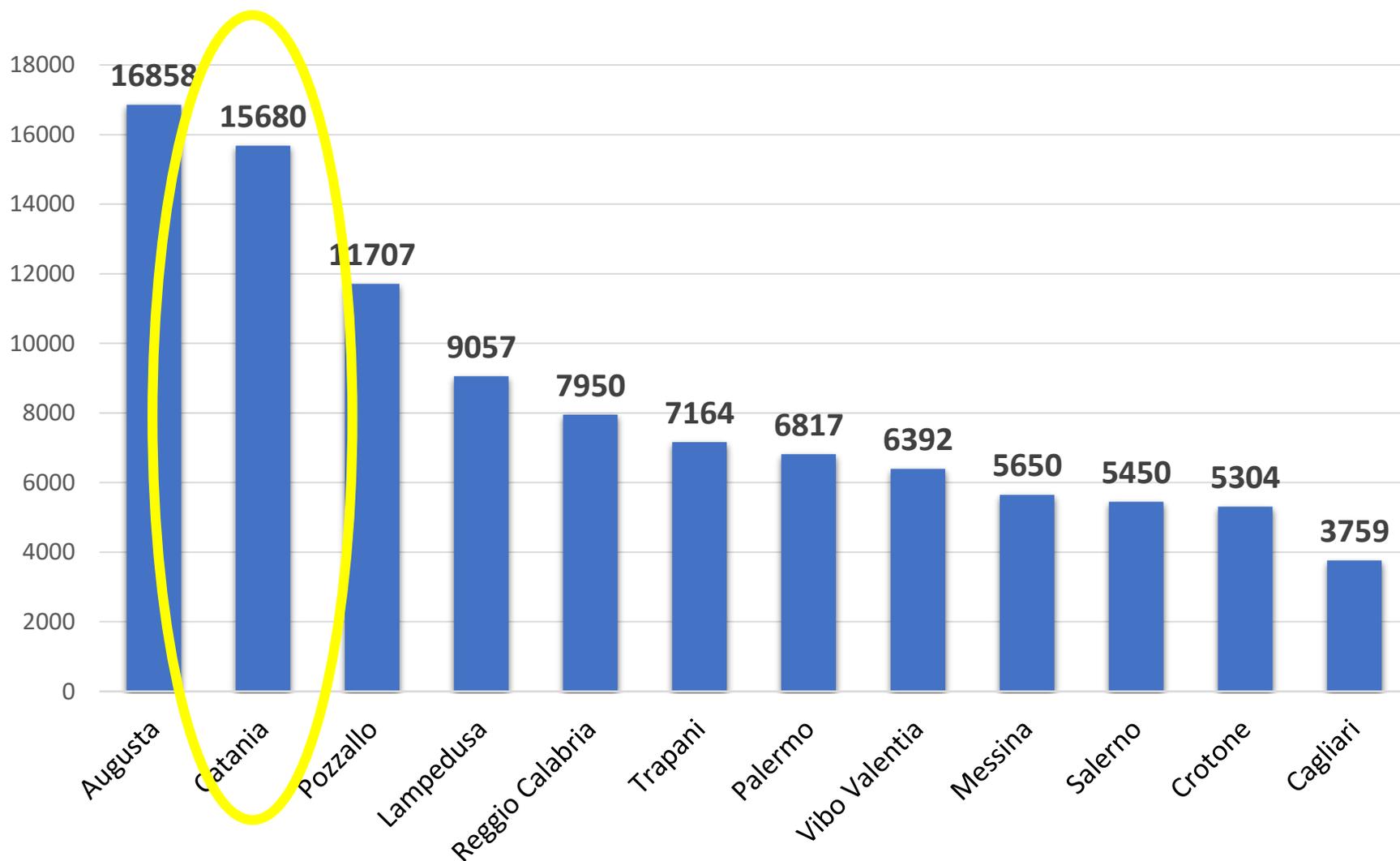
• Numero di persone sbarcate



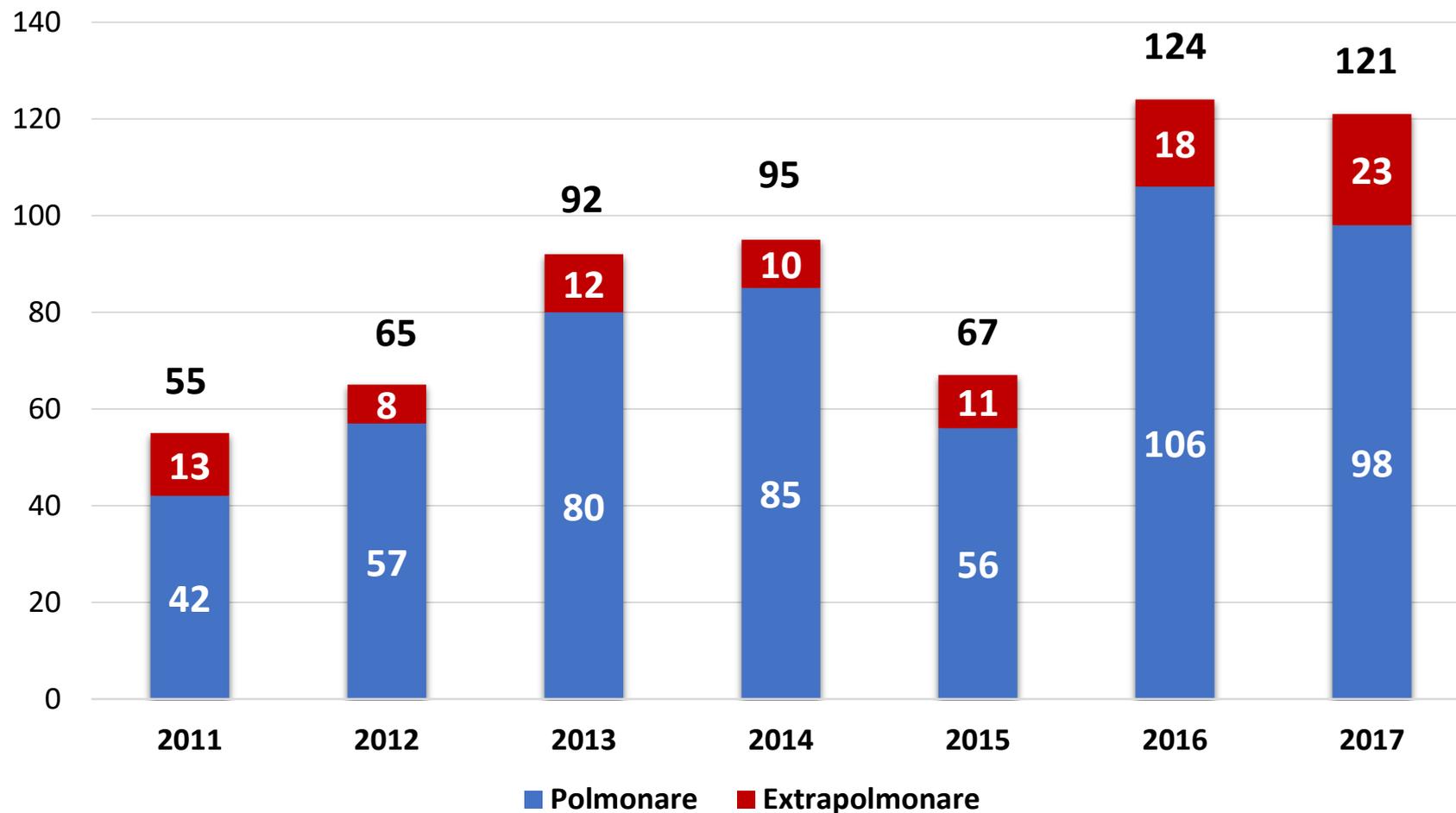
Comparazione migranti sbarcati negli anni 2016/2017/2018



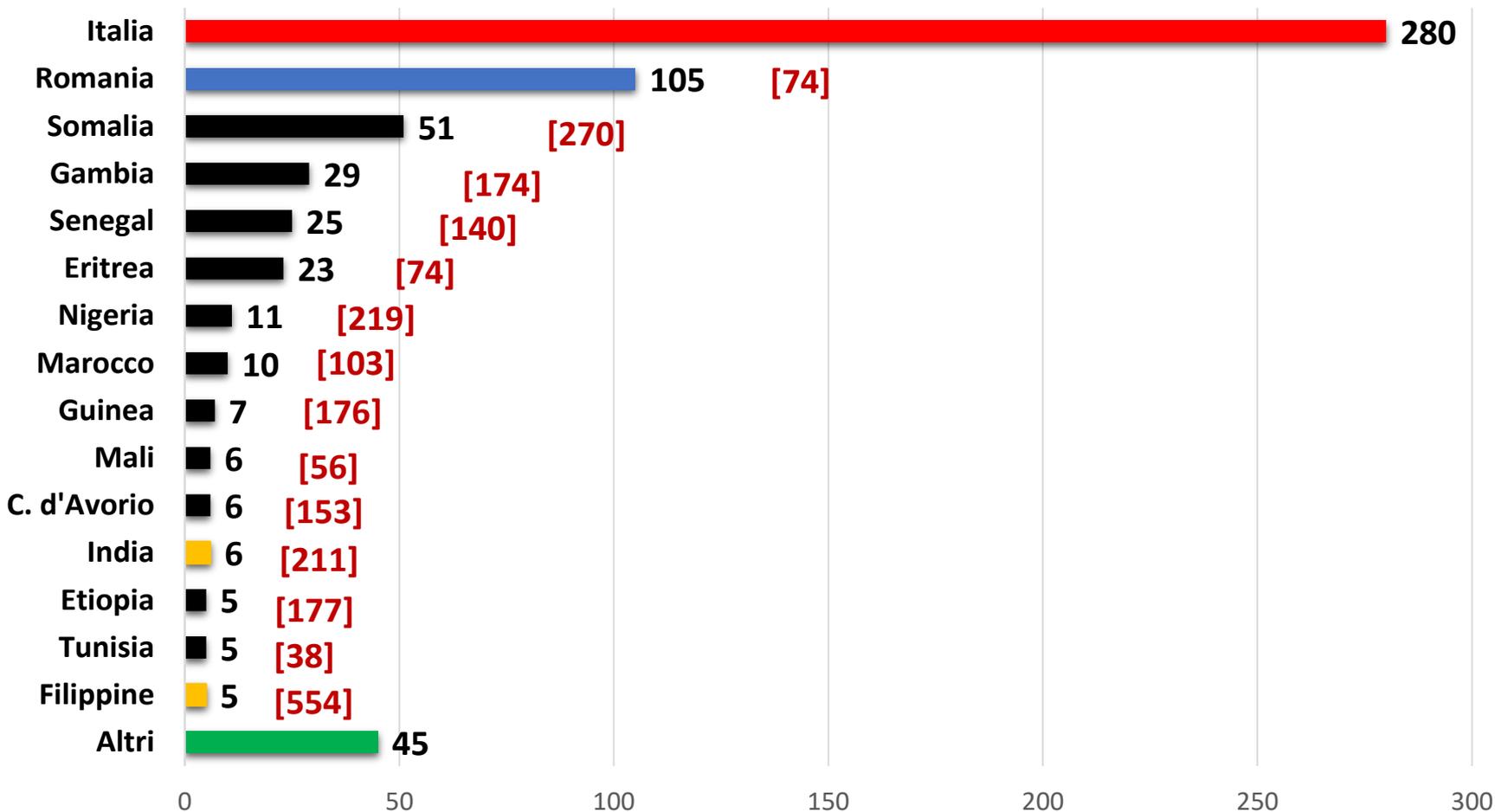
Porti maggiormente interessati dagli sbarchi dal 01/01/2017 al 31/12/2017



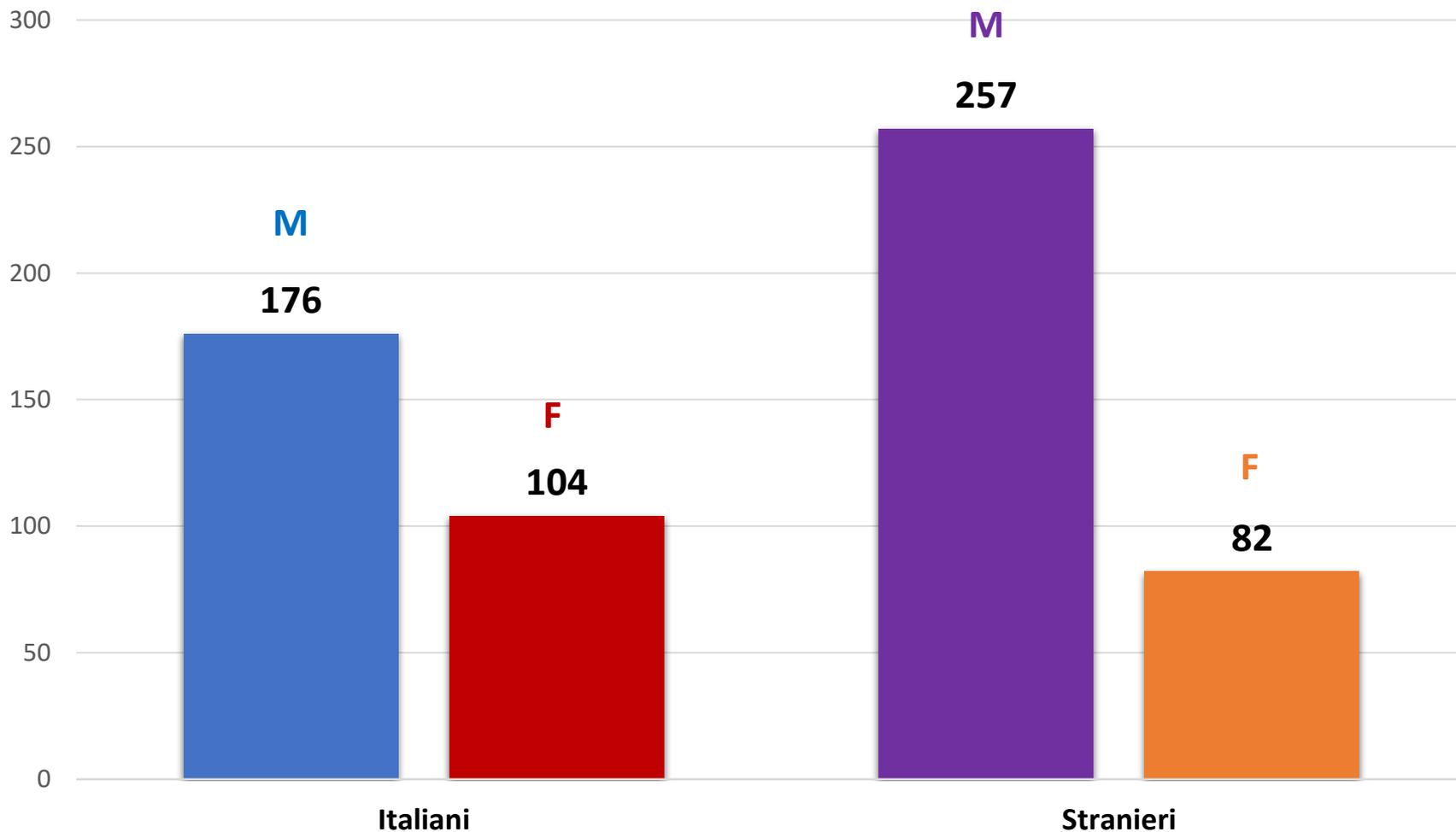
Distribuzione per anno dei casi di TB (Polmonare ed Extrapolmonare) notificati nella Provincia di Catania. Anni 2011-17. (n=619)



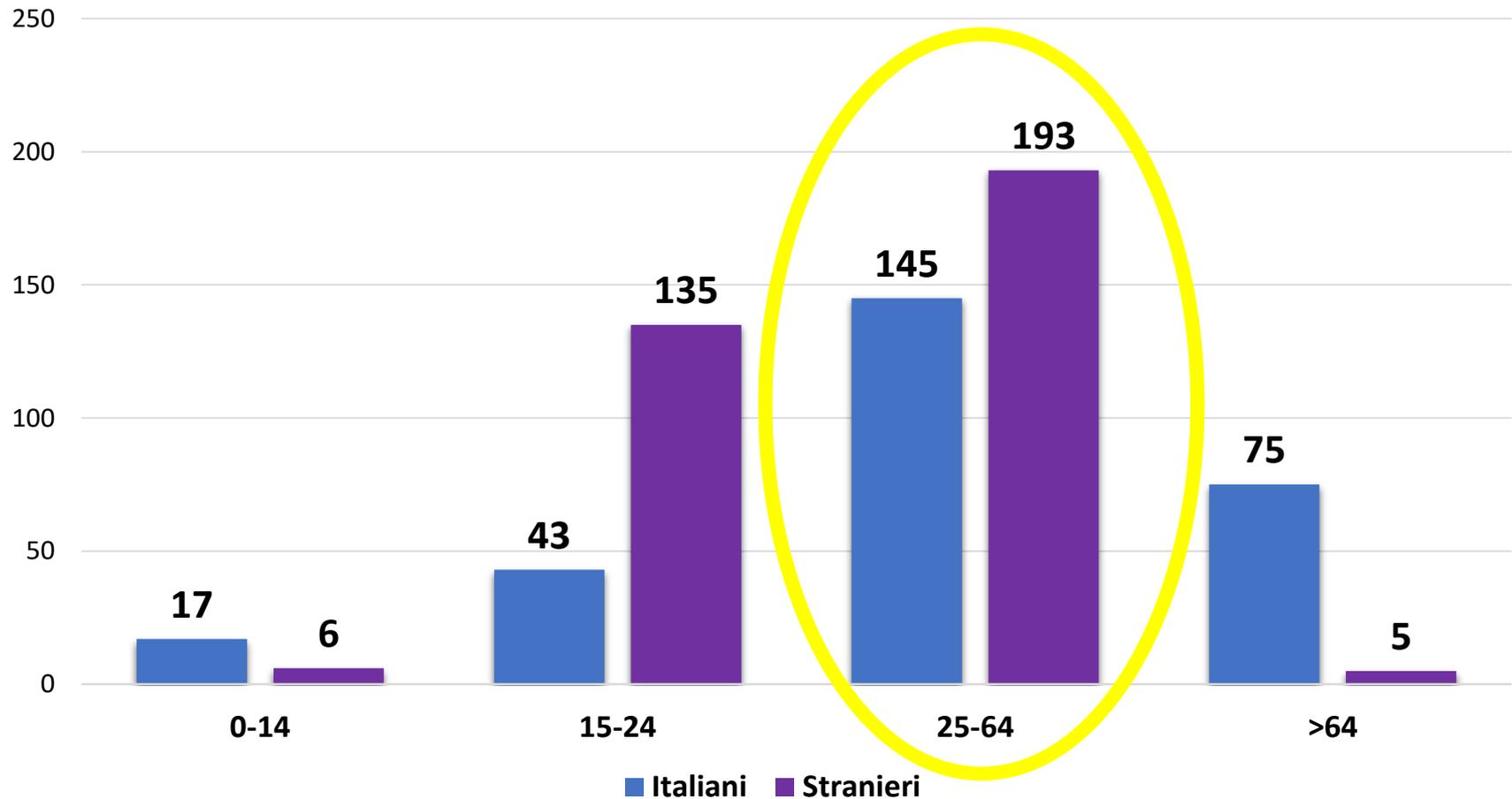
Distribuzione per etnia dei casi di TB (Polmonare ed Extrapolmonare) notificati nella Provincia di Catania. Anni 2011-17. (n=619)



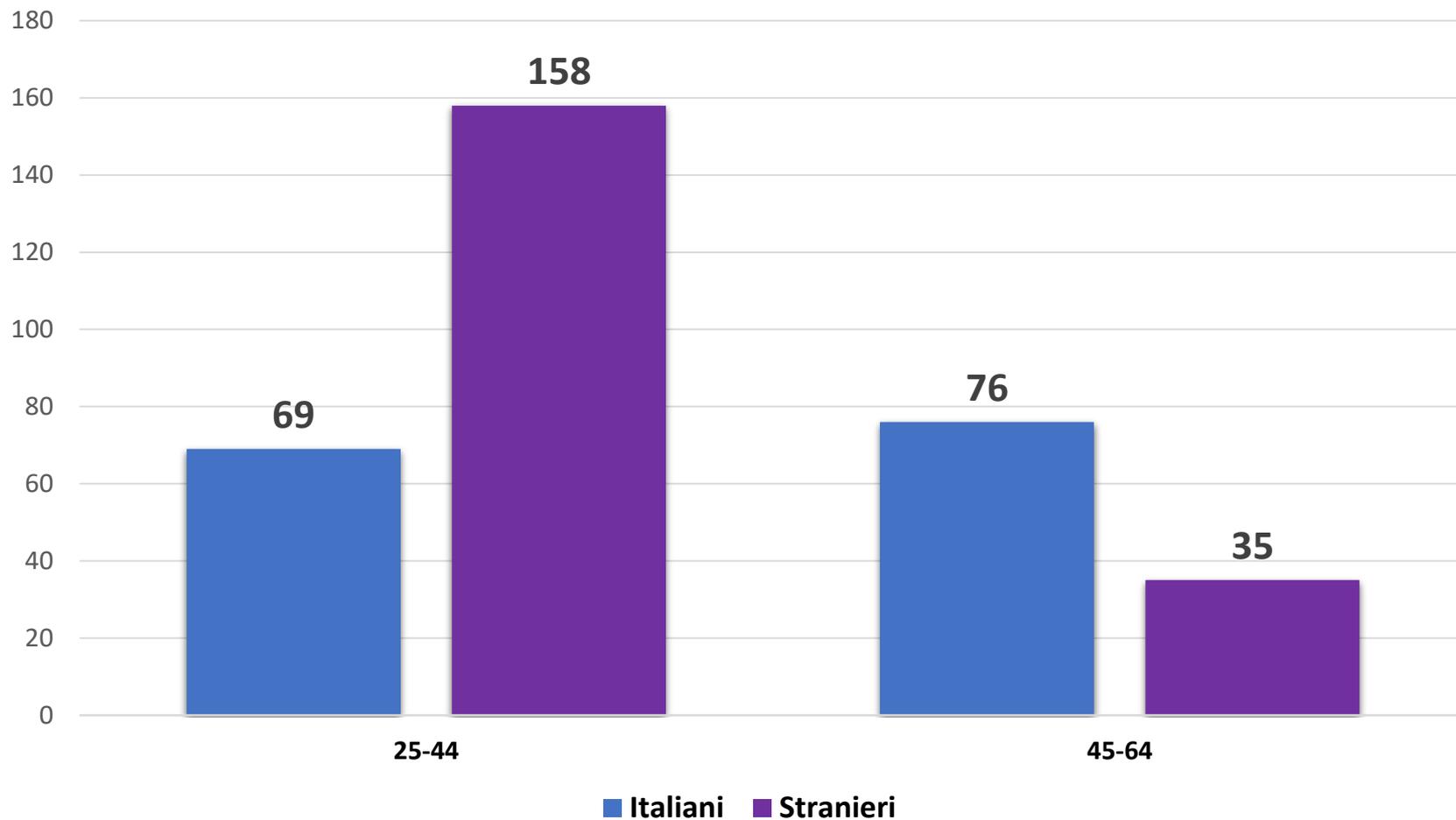
Distribuzione per sesso dei casi di TB (Polmonare ed Extrapolmonare) notificati nella Provincia di Catania. Anni 2011-17. (n=619)



Distribuzione per età dei casi di TB (Polmonare ed Extrapolmonare) notificati nella Provincia di Catania. Anni 2011-17. (n=619)



Distribuzione per età dei casi di TB (Polmonare ed Extrapolmonare) notificati nella Provincia di Catania. Anni 2011-17



Centro Accoglienza Richiedenti Asilo di Mineo



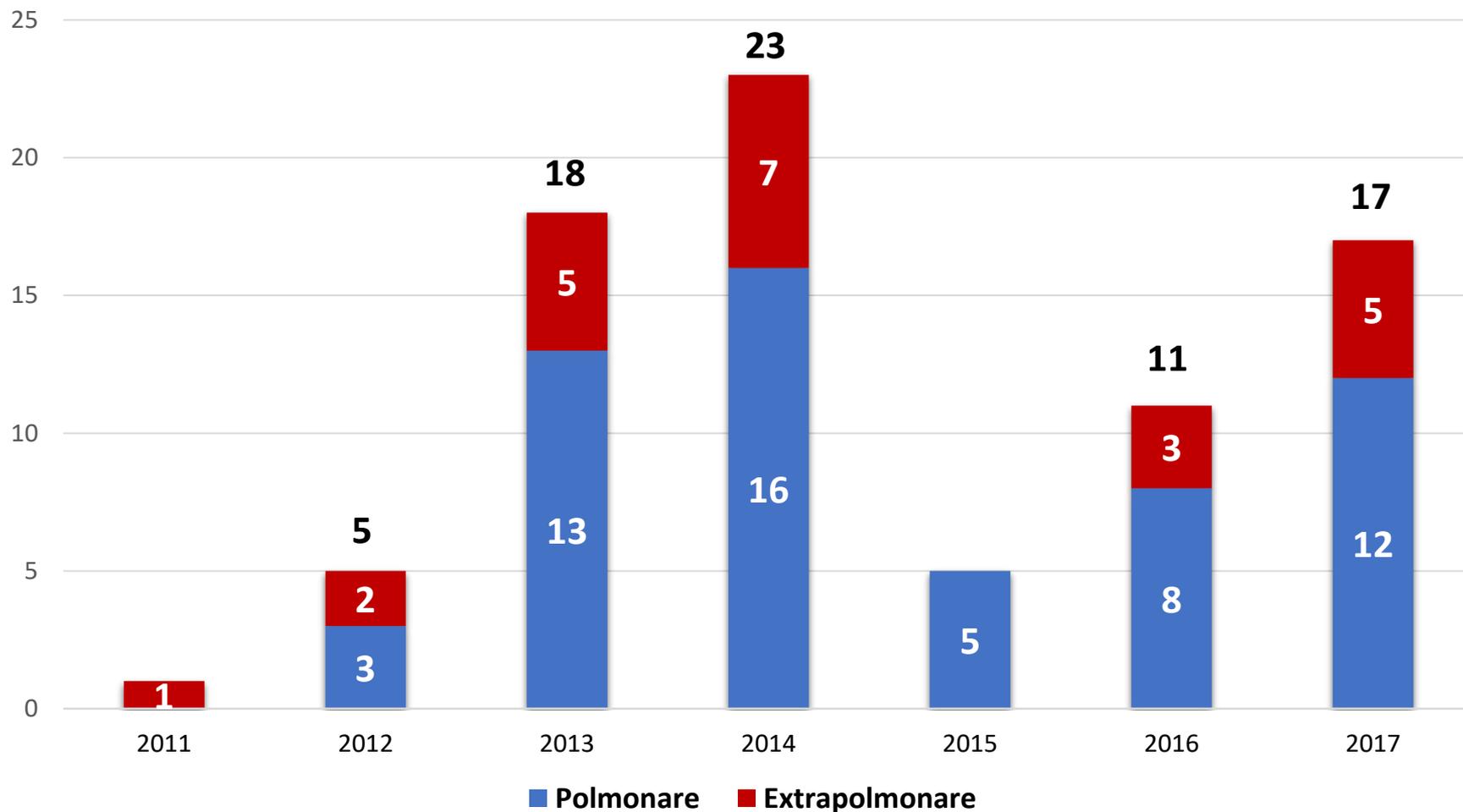
Il CARA di Mineo è stato istituito nel Febbraio 2011 a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza umanitaria su tutto il territorio Nazionale.

Ha visto transitare dal Febbraio 2011 ad Aprile 2018 più di **31.000** richiedenti asilo provenienti da 47 nazionalità e da oltre 200 etnie differenti.

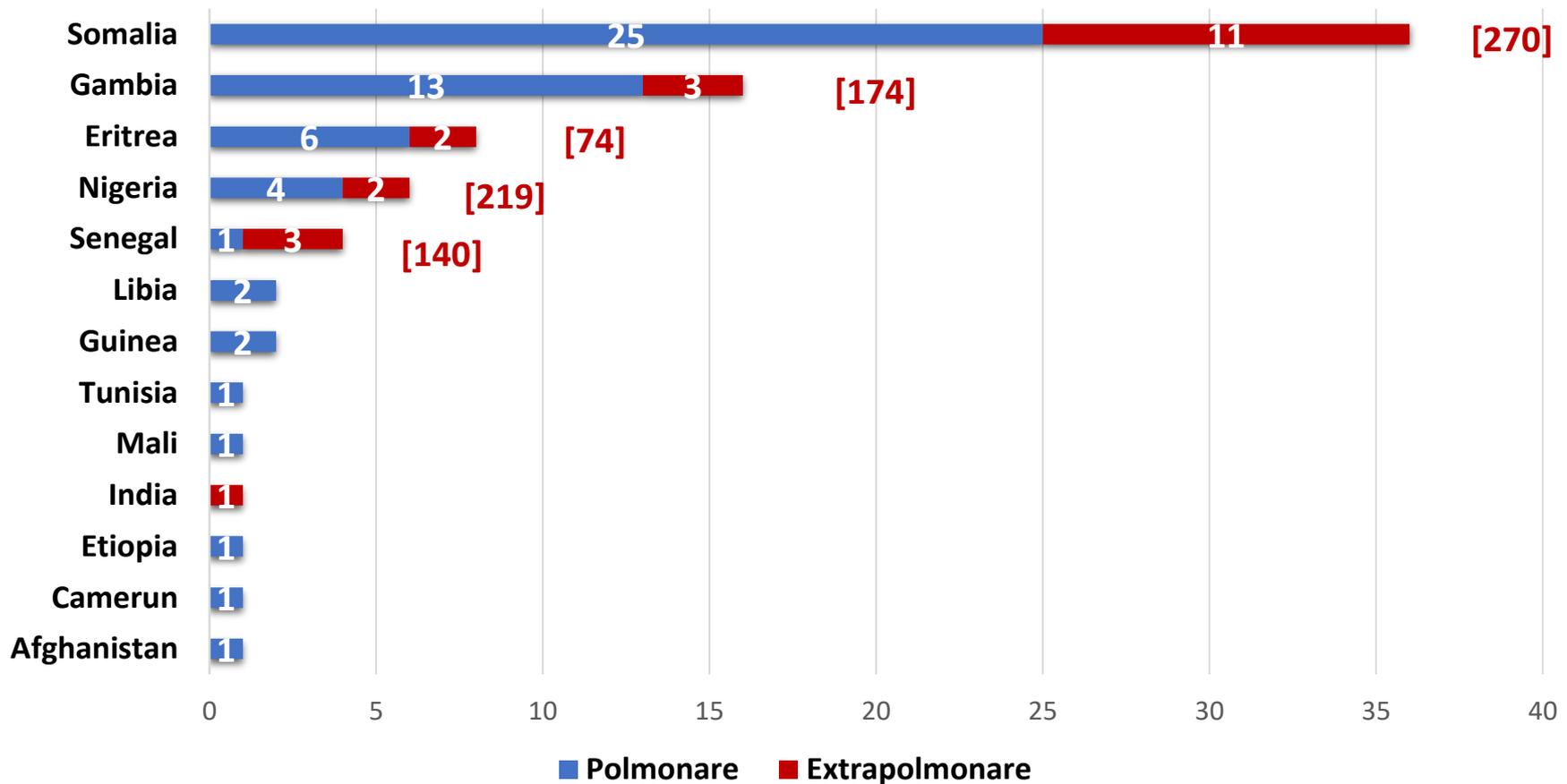
I richiedenti asilo sono alloggiati 400 villette con una media di 7-11 ospiti per ogni abitazione

≈4.000 residenti

Distribuzione dei casi di TB Polmonare ed Extrapolmonare nei residenti al CARA di Mineo. Anni 2011-17. (n=80)



Distribuzione per etnia dei casi di TB (Polmonare ed Extrapolmonare) nei residenti al CARA di Mineo. Anni 2011-17. (n=80)



Malattia tubercolare

Raccomandazioni

- La ricerca attiva della malattia tubercolare deve essere avviata precocemente, già al momento della valutazione sanitaria iniziale allo sbarco (o in altro punto di ingresso), e proseguita lungo tutto il percorso di accoglienza. **[Grado A]**
- Al fine di favorire l'accesso tempestivo alla diagnosi e al trattamento, e necessario fornire ai migranti – già in prima accoglienza – informazioni adeguate sui sintomi d'esordio della tubercolosi e sulle modalità di contagio dell'infezione, prestando attenzione alle difficoltà di comprensione linguistica e adattando i contenuti e la forma dei messaggi ai sistemi culturali di riferimento. **[Grado A]**

Malattia tubercolare

Raccomandazioni

- Nei pazienti con tosse persistente da più di 2 settimane, e raccomandata l'effettuazione di una radiografia del torace e di successivi esami di approfondimento diagnostico.
Ove non sia possibile garantire un accesso tempestivo al controllo radiografico (per esempio in fase di soccorso), e raccomandata l'esecuzione di un test molecolare rapido per la diagnosi di TB, al fine di identificare precocemente i casi di malattia contagiosa e predisporre le opportune misure di isolamento. **[Grado B]**
- Non è raccomandato l'utilizzo di TST o IGRA per la ricerca della malattia tubercolare attiva. **[Grado B]**

Malattia tubercolare

Raccomandazioni

- Non è raccomandato lo screening radiografico e/o microbiologico di routine su soggetti asintomatici. **[Grado B]**
- È necessario garantire a tutte le persone con diagnosi confermata di tubercolosi una presa in carico globale, che includa la garanzia di accesso tempestivo e gratuito al trattamento, e la continuità delle cure, in particolare in caso di trasferimento della persona ad altri centri (o in altri paesi), fino al completamento del *follow up*. **[Grado A]**

Infezione tubercolare latente

Raccomandazioni

- E raccomandata l'offerta del TST o, in alternativa, del test IGRA (quest'ultimo indicato in particolare nei casi di pregressa vaccinazione) a tutti i soggetti asintomatici provenienti da paesi ad alta endemia (stime di incidenza di TB **>100/100.000**), ospiti presso centri di accoglienza con una prospettiva di permanenza di almeno 6 mesi. **[Grado A]**
- Nei bambini di età **<5 anni** lo screening deve essere effettuato utilizzando il TST. **[Grado A]**

Infezione tubercolare latente

Raccomandazioni

- I soggetti positivi al TST (**diametro $\geq 10\text{mm}$**) o all'IGRA devono essere sottoposti a radiografia del torace (e a eventuali ulteriori esami diagnostici), al fine di escludere la malattia tubercolare. Il diametro **$\geq 5\text{mm}$** è considerato clinicamente significativo nei casi di grave malnutrizione e di **sieropositività all'HIV**. **[Grado A]**
- La terapia per l'infezione tubercolare latente deve essere offerta a tutte le persone positive a TST o IGRA e negative all'RX, per prevenire nuovi casi di malattia. **[Grado A]**

Quali strategie sono indicate per l'identificazione precoce della malattia tubercolare nella popolazione immigrata?

Raccomandazioni

- Gli operatori sanitari, e in particolare i MMG e i PLS, per ogni nuovo assistito proveniente da un paese ad alta endemia (**incidenza stimata di TB >100/100.000**), devono raccogliere l'anamnesi tubercolare (con particolare riferimento ai recenti contatti con malati di TB) e accertare l'eventuale presenza di sintomi/segni suggestivi di tubercolosi attiva. **[Grado A]**
- In caso di sospetta malattia tubercolare, si raccomanda di avviare tempestivamente l'iter diagnostico che prevede una radiografia del torace e un esame microbiologico. **[Grado A]**

Quali strategie sono indicate per l'identificazione precoce della malattia tubercolare nella popolazione immigrata?

Raccomandazioni

- Al fine di favorire una tempestiva identificazione dei casi di tubercolosi attiva, si raccomanda alle istituzioni sanitarie di promuovere campagne di educazione alla salute presso le comunità di immigrati, nell'ambito di programmi di offerta attiva di assistenza sanitaria, da sviluppare anche in collaborazione con le associazioni del privato sociale e con la partecipazione di persone di riferimento delle comunità stesse. **[Grado A]**
- Si raccomanda di utilizzare tutte le occasioni di contatto degli immigrati con personale sanitario per fornire informazioni sulla malattia e sulle modalità di contagio dell'infezione, anche attraverso la distribuzione di materiale multilingue. **[Grado B]**

Quali strategie sono indicate per l'identificazione dell'infezione tubercolare latente nella popolazione immigrata (screening)?

Raccomandazioni

- È raccomandata la ricerca dell'ITL nei soggetti asintomatici provenienti da paesi ad alta endemia (**incidenza stimata di TB >100/100.000**), presenti in Italia da **meno di 5 anni**, nell'ambito dell'assistenza primaria garantita dai MMG/PLS o attraverso gli ambulatorio dedicati. **[Grado A]**

Quali strategie sono indicate per l'identificazione dell'infezione tubercolare latente nella popolazione immigrata (screening)?

Raccomandazioni

Test di riferimento per la ricerca dell'ITL è il **TST** o l'**IGRA**, quest'ultimo indicato in particolare nei casi di pregressa vaccinazione e nei soggetti immunodepressi. Entrambi i test, usati singolarmente, sono idonei per identificare i soggetti eleggibili per la terapia.

Può anche essere considerato l'uso sequenziale dei due test: primo screening con TST e conferma della positività al TST con IGRA, considerando eleggibili per la terapia i soggetti positivi a entrambi i test.

Nei bambini di età <5 anni, la ricerca deve essere effettuata mediante il TST. **[Grado A]**

Quali strategie sono indicate per l'identificazione dell'infezione tubercolare latente nella popolazione immigrata (screening)?

Raccomandazioni

- È da considerarsi positivo un **TST** con diametro dell'infiltrato **≥10mm**. Nei casi di grave malnutrizione e di sieropositività all'HIV, e nei recenti contatti con malati di TB, si considera clinicamente significativo un diametro **≥5mm**. **[Grado A]**
- La terapia per l'ITL deve essere offerta a tutte le persone positive allo screening, dopo aver escluso la malattia attiva, ed effettuata nell'ambito di programmi per il monitoraggio e il supporto al completamento del follow up. **[Grado A]**

La revisione di Sanneh e Al-Shareef (2014) [valutazione PRISMA: alta] confronta l'efficacia dello screening all'arrivo (*Port of Arrival screening-PoA*) rispetto allo "screening passivo" (visite effettuate in diversi *setting* clinici, su richiesta del paziente, anche per condizioni di salute non correlate alla TB) nell'identificare la malattia e l'infezione tubercolare latente (ITL), e nel ridurre il periodo di contagiosità e il tasso di ospedalizzazione.

Sulla base dei risultati degli studi di coorte inclusi nella revisione sistematica, lo **screening passivo** risulta essere più efficace e **costo-efficace nell'identificare i casi di malattia tubercolare.**

Per contro, gli autori sottolineano come lo **screening all'arrivo** sia più **efficace nel ridurre il periodo di contagiosità e il rischio di ospedalizzazione dei soggetti malati.**



TECHNICAL REPORT

Cost-effectiveness analysis of programmatic screening strategies for latent tuberculosis infection in the EU/EEA

Stockholm, March 2018

Paesi Bassi
Repubblica Ceca
Portogallo
Spagna

”For all countries, entry screening of migrants from medium- and high-endemic countries* was the least cost-effective LTBI screening strategy, except for Spain”

Spain: TST → CRX

Altri: CRX

*Medium- and high-endemic countries : TB incidence >50 cases per 100 000

Conclusioni



La frequenza di TBC nelle popolazioni migranti è più elevata rispetto alla popolazione autoctona.

Non si osservano casi di contagio dalla popolazione migrante a quella autoctona.

Al fine di migliorare la gestione dei casi fra i migranti riteniamo sarebbe opportuno **attivare uno screening** su tale popolazione, con l'esecuzione di un test intradermico secondo Mantoux – *tuberculin skin test (TST)* - **al momento successivo allo sbarco dei migranti.**