

Strategia nazionale di lotta contro la tubercolosi 2012–2017



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Indice

Abbreviazioni	4
Ringraziamenti	5
Compendio	6
Introduzione	10
1 La TB: dati fattuali	12
1.1 Modalità di trasmissione e caratteristiche della malattia	12
1.2 Situazione epidemiologica	13
1.3 Sfide di sanità pubblica	14
1.4 Gruppi target della strategia	16
2 Elementi principali della strategia	17
3 Obiettivi e condizioni quadro	18
3.1 Obiettivo generale	18
3.2 Obiettivi specifici	18
3.3 Condizioni quadro: unificazione, standardizzazione e coordinamento	22
4 Misure secondo l'asse d'intervento prioritario	23
4.1 Screening e diagnosi	23
4.2 Trattamento e misure di accompagnamento	24
4.3 Indagini ambientali	26
4.4 Sorveglianza epidemiologica	27
4.5 Informazione, formazione e comunicazione	28
4.6 Cooperazione internazionale	30
5 Ruoli e responsabilità degli attori principali	32
5.1 UFSP	32
5.2 Autorità sanitarie cantonali	33
5.3 Centro di competenza tubercolosi a livello nazionale	34
5.4 Leghe polmonari o altri centri di competenza cantonali o regionali	34
5.5 Medici ospedalieri, generici e specialisti	34
5.6 Laboratori	35
5.7 Università, accademie	36
5.8 Associazioni mantello	36
5.9 Servizi a maggior rischio (centri di accoglienza per richiedenti l'asilo, carceri, ecc.)	36
6 Ripercussioni finanziarie della Strategia	37
Bibliografia	39
Glossario	40
Colophon	43

Abbreviazioni

DOT	Directly Observed Treatment
H	Isoniazide
IGRA	Interferon Gamma Release Assay
ITBL	Infezione tubercolare latente
MDR-TB	Multidrug-resistant tuberculosis
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
R	Rifampicina
TB	Tubercolosi
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UFM	Ufficio federale della migrazione

Ringraziamenti

L'UFSP ringrazia le seguenti istituzioni partner per il contributo all'elaborazione della presente strategia:

- i medici cantonali e i medici cantonali aggiunti nonché l'Associazione dei medici cantonali della Svizzera (AMCS)
- la Lega polmonare svizzera (LPS) e le leghe polmonari cantonali
- la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
- la Federazione dei medici svizzeri (FMH)
- le Società svizzere di malattie infettive, medicina tropicale e parassitologia, pneumologia e pneumologia pediatrica
- l'Ufficio federale della migrazione (UFM)
- il Centro antitubercolare (CAT), HUG, Ginevra
- il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), Stoccolma
- il Centro nazionale di micobatteriologia (NZM), Zurigo
- la Conferenza dei medici penitenziari svizzeri
- la Croce Rossa svizzera
- gli Istituti di medicina sociale e preventiva (IMSP), Berna e Zurigo, e l'Istituto tropicale e di salute pubblica svizzero (Swiss TPH), Basilea
- il Laboratorio centrale di batteriologia, HUG, Ginevra
- l'OMS, Ufficio Regionale per l'Europa, Copenaghen
- il Policlinico medico universitario (PMU), Losanna, e in particolare i seguenti servizi: il Dispensario antitubercolare (DAT), l'Unità delle popolazioni vulnerabili (UPV) e il Servizio di medicina e psichiatria penitenziaria (SMPP)
- Stop TB Partnership (OMS)
- Swiss Lung Foundation
- l'Unità di medicina penitenziaria, HUG, Ginevra
- l'Unione internazionale contro la tubercolosi e le malattie respiratorie
- la Zürcher Höhenklinik Wald (ZHW), Faltigberg-Wald, Zurigo

Compendio

Contesto generale

La presente Strategia nazionale di lotta contro la tubercolosi, indirizzata a tutte le persone coinvolte nella lotta contro la tubercolosi e a quelle confrontate saltuariamente con la tubercolosi, mira essenzialmente a coordinare meglio le attività della Confederazione e dei Cantoni, ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e definire le priorità di sanità pubblica e le azioni corrispondenti. Essa è stata elaborata in modo partecipativo durante il 2011 e abbraccia il periodo dal 2012 al 2017.

La situazione attuale in Svizzera

A livello epidemiologico, in Svizzera ogni anno sono notificati circa 550 casi di tubercolosi (TB). Nel 2011, il 74 per cento dei casi riguardava persone nate all'estero e/o di nazionalità straniera, in prevalenza giovani. Tra la popolazione autoctona, l'età mediana dei pazienti è invece di 67 anni.

Si tratta di una malattia che comporta varie **sfide di sanità pubblica**, tra cui figurano la diagnosi difficile (mancanza di specificità dei sintomi, problemi di accesso e di comunicazione per i migranti), il trattamento lungo e costoso, la diminuzione dell'esperienza dei professionisti della sanità a causa della minor frequenza dei casi, l'aderenza terapeutica (compliance) difficile per le persone in situazione precaria e indagini ambientali che possono rivelarsi delicate.

Gruppi target della strategia

I **gruppi a rischio** sono le persone con un background migratorio provenienti da Paesi ad alta prevalenza, le persone a maggior rischio di sviluppare la malattia in caso d'infezione, le persone a maggior rischio di essere infettate da ceppi resistenti nonché quelle con un accesso alla diagnosi e al trattamento limitato per motivi socioeconomici.

Elementi principali della strategia

La strategia persegue un obiettivo generale e quattro obiettivi specifici e raggruppa le misure in sei assi d'intervento prioritari.

L'obiettivo generale della strategia è il controllo della tubercolosi, della sua trasmissione e delle sue conseguenze mediche e sociali. La strategia definisce quattro **obiettivi specifici**. Il primo è di individuare precocemente e trattare adeguatamente e completamente le persone colpite da tubercolosi che si rivolgono al sistema medico svizzero. La chiave per raggiungere questo obiettivo è il mantenimento del know-how dei medici. Il secondo obiettivo è di garantire l'accesso all'informazione, alla diagnosi precoce e a un trattamento adeguato e completo per le popolazioni a rischio, a cominciare dai migranti senza status legale e/o senza assicurazione malattie. Il terzo obiettivo riguarda le indagini ambientali legate ai casi contagiosi: come la presa a carico delle infezioni tubercolari, tali indagini devono essere svolte in modo standardizzato, uniforme ed efficiente. Il quarto obiettivo è di fare in modo che la lotta contro la tubercolosi sia efficace, adeguata ed economica. A tal fine occorre rispettare gli standard definiti e misurare regolarmente l'impatto delle misure sul raggiungimento degli obiettivi. Infine, per migliorare l'efficienza della lotta contro la tubercolosi, vi sono tre **condizioni quadro** fondamentali, che sono state integrate nella strategia dall'inizio alla fine: l'unificazione, la standardizzazione e il coordinamento delle prassi e delle attività.

Le **misure** sono state raggruppate secondo i seguenti sei assi d'intervento prioritari:

- l'asse **screening e diagnosi** include principalmente la non discriminazione nell'accesso alla diagnosi, la sensibilizzazione del personale delle strutture che sostengono le popolazioni a rischio e il rispetto degli standard descritti nel manuale di riferimento nazionale;
- l'asse **trattamento e misure di accompagnamento** insiste a sua volta sul rispetto degli standard e stabilisce le modalità di alcune misure come il trattamento supervisionato (DOT), l'isolamento, la non espulsione delle persone sottoposte a trattamento o lo scambio di informazioni tra le istituzioni;
- l'asse **indagini ambientali** riguarda principalmente l'assunzione delle spese e il rispetto degli standard;
- l'asse **sorveglianza epidemiologica** descrive le responsabilità delle varie istituzioni nell'ambito delle dichiarazioni obbligatorie, dei dati epidemiologici, del trattamento dei ceppi resistenti e dei risultati al termine del trattamento;
- l'asse **informazione, formazione e comunicazione** elenca varie raccomandazioni, segnatamente l'elaborazione di un piano d'azione cantonale o regionale, la sensibilizzazione sulla TB, formazioni continue e la comunicazione in seno alle popolazioni a rischio;
- l'asse **cooperazione internazionale** mette l'accento sul ruolo dell'UFSP in caso di trasferimenti di pazienti all'estero, sul suo contributo all'elaborazione e al follow-up delle raccomandazioni internazionali nonché sulla messa a disposizione dei dati epidemiologici a livello internazionale.

Ruoli e responsabilità

I compiti principali dell'**UFSP** comprendono la sorveglianza epidemiologica nazionale, l'elaborazione e l'attuazione della presente strategia, l'elaborazione e la diffusione del manuale di riferimento nazionale nonché il miglioramento del coordinamento nazionale. Le **autorità sanitarie cantonali** sono responsabili della sorveglianza epidemiologica e del coordinamento delle misure di lotta contro la tubercolosi a livello cantonale, compreso il monitoraggio del trattamento. L'UFSP e i Cantoni possono delegare i loro compiti a centri di competenza nazionali e cantonali o regionali rispettivamente (principalmente le **leghe polmonari**). Vi sono anche altri attori fondamentali nella lotta contro la tubercolosi, in particolare i **medici ospedalieri, generici e specialisti, i laboratori, i servizi a maggior rischio** (come i **centri di accoglienza** per richiedenti l'asilo e le **carceri**), le **università e le associazioni mantello**.

Ripercussioni finanziarie

A livello nazionale, nel 2011 l'**UFSP** ha speso per la lotta contro la tubercolosi quasi **900 000 CHF**, senza contare i costi delle misure sanitarie di confine. Durante il periodo 2012–2017, gli importi stanziati saranno corretti in funzione delle misure, dei ruoli e delle responsabilità stabiliti nella presente strategia. Si stima che l'attuazione della strategia comporterà una diminuzione dei compiti svolti attualmente dall'UFSP e affidati alla Lega polmonare svizzera e di conseguenza una diminuzione delle relative spese.

A livello **cantonale**, nel 2011 le spese (senza le spese di trattamento) hanno sfiorato **1,9 milioni di CHF**, per un costo medio per caso di 3244 CHF. Si stima che l'attuazione della strategia avrà presumibilmente poche o nessuna ripercussione finanziaria a livello cantonale, tranne per un piccolo numero di Cantoni che attualmente registrano un costo medio per caso di tubercolosi relativamente basso rispetto alla media nazionale.

Introduzione

In Svizzera, negli scorsi decenni il numero di casi di tubercolosi ha segnato una flessione importante. Negli ultimi quattro anni si rileva tuttavia un lieve aumento del numero di casi, dovuto all'arrivo di un numero crescente di persone provenienti dal Corno d'Africa. Ciononostante, con circa 7 casi per 100 000 abitanti, in Svizzera l'incidenza della tubercolosi resta bassa e nulla lascia presagire un incremento preoccupante del numero di nuovi casi. Perché allora l'UFSP ha investito sforzi nell'elaborazione di una strategia?

In primo luogo, come ogni strategia nazionale anche la presente mira principalmente a coordinare e gestire meglio le attività svolte dalla Confederazione e dai Cantoni nell'ambito della lotta contro la tubercolosi. In secondo luogo, in un contesto in cui i costi della salute continuano ad aumentare e le risorse restano limitate, una miglior definizione degli obiettivi nazionali consente di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili, la cooperazione tra i vari attori nonché la controllabilità dell'efficienza dell'azione dello Stato. L'elaborazione della presente strategia non è stata pensata per aumentare il volume delle misure, bensì per utilizzare le risorse in modo più efficiente. Sarà così possibile migliorare l'impatto delle misure utilizzando la stessa quantità di risorse o risparmiare senza rinunciare alla qualità delle misure, a seconda del settore d'intervento. Infine, per motivi storici, la tubercolosi resta una malattia pesantemente stigmatizzata che fa scattare una paura esagerata e che comporta una presa a carico da parte del sistema sanitario nettamente più verticale rispetto ad altri agenti patogeni. Di conseguenza, decisioni di sanità pubblica possono talvolta essere dettate da considerazioni politiche, oltre che da prove (*evidence-based*). È quindi apparso necessario chiarire le priorità di sanità pubblica e le azioni corrispondenti.

A livello operativo, vi sono vari motivi che hanno spinto l'UFSP a elaborare una strategia TB. Da un lato, l'UFSP deve puntualmente prendere decisioni nel quadro delle misure sanitarie di confine. Siccome tali misure riguardano essenzialmente la tubercolosi, è fondamentale che ogni decisione importante in questo contesto

sia guidata da una strategia TB. Dall'altro, nel 2010 la Divisione malattie trasmissibili dell'UFSP è stata sottoposta a una riorganizzazione allo scopo di migliorarne i processi e l'efficienza. L'elaborazione metodica e partecipativa di strategie rientra nelle nuove modalità di organizzazione. Infine, questo sforzo s'iscrive nel progetto di nuova legge sulle epidemie – attualmente all'esame in Parlamento – che prevede che il Consiglio federale definisca le strategie.

La presente strategia si rivolge a tutte le persone coinvolte nella lotta contro la tubercolosi e a quelle confrontate saltuariamente con la tubercolosi. Essa mira in particolare a guidare le persone a cui sono assegnati compiti di mantenimento della salute pubblica in ambito curativo, amministrativo o di altra natura.

La Strategia nazionale di lotta contro la tubercolosi 2012–2017 è stata elaborata in modo partecipativo. La fase di concezione è consistita essenzialmente in un'analisi del contesto nazionale attraverso 24 colloqui approfonditi con persone chiave della lotta contro la tubercolosi in Svizzera a livello di sanità pubblica. È inoltre stata effettuata un'analisi comparativa delle strategie nazionali di lotta contro la tubercolosi di altri 10 Paesi dell'OCSE. Durante la fase di sviluppo, nel giugno 2011 si sono tenuti due seminari di pianificazione strategica con 30 e 17 partecipanti rispettivamente. La fase di consolidamento è stata sottoposta a diverse tornate di revisione della bozza di strategia. Un pool di esperti ha apportato le prime modifiche. La seconda consultazione ha coinvolto 55 istituzioni distinte, 32 delle quali hanno apportato modifiche sostanziali.

La Divisione malattie trasmissibili dell'UFSP è grata per l'accoglienza favorevole riservata dai partner a questo progetto e ringrazia vivamente tutte le persone che hanno partecipato a questo lavoro comune. L'attuazione della strategia trarrà grande beneficio dalla sua elaborazione partecipativa.

1 La TB: dati fattuali

1.1 Modalità di trasmissione e caratteristiche della malattia

La tubercolosi è una malattia batterica trasmissibile, provocata dalle specie patogene del complesso *Mycobacterium tuberculosis*. Essa si trasmette principalmente **per via aerea** (*Mycobacterium tuberculosis*) e più raramente per ingestione (*Mycobacterium bovis*). Le principali fonti di trasmissione sono le tubercolosi polmonari, che si manifestano con sintomi respiratori – con rilevazione dell'agente patogeno nelle espettorazioni. In genere è necessario un contatto ravvicinato e prolungato (varie ore) con una persona contagiosa per contrarre l'infezione.

È importante distinguere l'**infezione tubercolare e la tubercolosi (malattia)**. Le persone con un'infezione tubercolare latente (ITBL) non presentano sintomi e nella maggior parte dei casi non si ammalano. I batteri possono però moltiplicarsi fino a provocare i sintomi tipici della tubercolosi, soprattutto se il sistema immunitario di queste persone s'indebolisce – anche vari anni dopo l'infezione. L'infezione entra allora nella sua fase attiva o di malattia conclamata.

Una particolarità della malattia è che il suo **trattamento** richiede una combinazione prolungata di **vari farmaci** antitubercolari da assumere ininterrottamente per vari mesi. I trattamenti inadeguati, incompleti o interrotti possono provocare una selezione di ceppi resistenti a uno o più antitubercolari. È quindi importante **favorire l'aderenza terapeutica (compliance)**, tra l'altro grazie alla responsabilizzazione dei servizi di sanità pubblica in modo da coordinare la presa a carico, a una relazione di fiducia curante/curato, a un approccio educativo e partecipativo, a un'informazione di buona qualità, alla responsabilizzazione del personale curante nonché a incentivi e facilitazioni, come buoni pasto o biglietti per i trasporti pubblici.

1.2 Situazione epidemiologica

Nel complesso, l'incidenza stimata della tubercolosi diminuisce dell'1,3 per cento circa all'anno dal 2002 (OMS, 2011). In alcuni Paesi dell'Asia, dell'Africa e dell'Europa dell'Est, la flessione è tuttavia molto più lenta.

In Svizzera, fino al 2007 l'incidenza della tubercolosi è diminuita e negli ultimi quattro anni ha segnato un lieve aumento. Resta tuttavia bassa (578 casi dichiarati in Svizzera nel 2011). La maggior parte dei casi registrati riguarda persone provenienti da Paesi ad alta e media endemia: nel 2011, il 74 per cento dei casi riguardava persone nate all'estero e/o di nazionalità straniera. I richiedenti l'asilo e i rifugiati – la maggior parte dei quali è in Svizzera da vari anni – rappresentavano il 22 per cento dei casi di tubercolosi, ossia 127 persone. La tubercolosi si manifesta più spesso nelle persone giovani e migranti. Ciò non determina tuttavia un aumento dell'incidenza nella popolazione autoctona, poiché il numero di casi secondari è basso. Nella popolazione autoctona, si osserva un aumento progressivo dell'età mediana dei pazienti nei quali è diagnosticata una tubercolosi, che attualmente è di 67 anni. Si tratta di persone infettate in gioventù (infezione latente), in un'epoca in cui la malattia registrava ancora una forte prevalenza in Svizzera.

In futuro è prevedibile che il numero di casi nella popolazione nata in Svizzera continuerà a diminuire. Non è per contro possibile prevedere l'evoluzione del numero di casi che si manifestano in persone nate fuori dalla Svizzera, né l'importazione di ceppi di tubercolosi resistenti. Questi ceppi resistenti, o addirittura multiresistenti (MDR-TB), definiti come resistenti almeno all'isoniazide (H) e alla rifampicina (R), richiedono farmaci supplementari, un trattamento prolungato, costoso e con un rischio elevato di effetti collaterali e di decesso. In Svizzera sono diagnosticati in media sette casi di tubercolosi multiresistente all'anno.

1.3 Sfide di sanità pubblica

La tubercolosi resta un problema di sanità pubblica a causa di vari fattori. Da un lato vi è la trasmissibilità da uomo a uomo per via aerea. Dall'altro essa comporta un rischio di conseguenze mediche gravi e quindi costose. Il costo diretto di una TB ordinaria (sensibile ai farmaci) si aggira infatti sui 18 000 CHF, mentre quello di una TB multiresistente sfiora i 100 000 CHF¹. Infine resta considerevole il rischio di sviluppare e propagare resistenze ai farmaci – favorito dalla prescrizione di trattamenti inadeguati o da una aderenza terapeutica (*compliance*) insufficiente.

Il controllo e la prevenzione della tubercolosi pongono varie sfide.

- **La diagnosi precoce della tubercolosi è spesso difficile** a causa della mancanza di specificità dei segni e dei sintomi. Lo sviluppo tipicamente lento, talvolta addirittura subdolo, della tubercolosi rende ancora più difficile lo screening.
- La diminuzione dei casi in Svizzera va di pari passo con una **riduzione della sensibilità e dell'esperienza** dei medici e degli altri professionisti della sanità.
- Nei Paesi ad alto reddito, le persone colpite sono principalmente migranti **provenienti da Paesi ad alta e media prevalenza**, il che solleva problemi di accesso alla diagnosi precoce e al trattamento adeguato e completo. Ciò è dovuto perlopiù a problemi di lingua e cultura differente, a una situazione sociale ed economica precaria, a un'assenza di status legale e di assicurazione malattie e a una grande mobilità. Spesso la tubercolosi rappresenta uno stigma molto negativo nel Paese d'origine, il che può ritardare il ricorso a un aiuto specializzato a causa di una vergogna ingiustificata.

- Il **trattamento** richiede una combinazione di vari antibiotici per **vari mesi** e una buona aderenza terapeutica (*compliance*). In caso contrario, la malattia può non guarire, recidivare e/o diventare **resistente al trattamento**. Quando la tubercolosi è resistente ai trattamenti abituali, la presa a carico diventa difficile, comporta più farmaci, più costosi, per periodi più lunghi, con un potenziale elevato di effetti collaterali e una disponibilità non sempre garantita.
- **La aderenza terapeutica (*compliance*)** rappresenta una sfida soprattutto per le persone in condizioni precarie. Per assicurare l'aderenza terapeutica è raccomandato un **trattamento direttamente osservato** (*Directly Observed Treatment o DOT*) conformemente agli standard internazionali: il malato segue il trattamento in presenza di un professionista della sanità o di un operatore sociosanitario. È importante che questo professionista crei un buon rapporto interpersonale con il paziente.
- Quando è diagnosticato un caso di tubercolosi contagiosa, è esaminato l'ambiente circostante allo scopo di identificare altri casi o persone infettate di recente che rischiano di sviluppare manifestazioni cliniche. Queste **indagini ambientali** possono rivelarsi delicate e richiedere conoscenze e un'esperienza specifiche. Esse devono inoltre essere condotte conformemente alle raccomandazioni nazionali.²

¹ Il costo di una TB ordinaria è in media di 17 914 CHF. Tale importo comprende 16 002 CHF (89 %) di spese di ospedalizzazione, 640 CHF (4 %) di prestazioni mediche, 717 CHF (4 %) di prestazioni tecniche e di laboratorio e 555 CHF (3 %) di farmaci (fonte: UST 2011 e valori calcolati nel software TARMED, comunicazione J-P Zellweger, 2012). Il costo di una TB multiresistente è in media di 95 572 CHF e comprende 90 400 CHF di spese di ospedalizzazione e farmaci (95 %, dispersione 22 000 – 391 000 CHF), 3022 CHF (3 %) di prestazioni mediche, 2150 CHF (2 %) di prestazioni tecniche e di laboratorio (fonte: Gimmi et al., 2003 e comunicazioni G Ebersbach, J-P Janssens, L Nicod e J-P Zellweger, gennaio 2012).

² La compliance al trattamento dell'ITBL è spesso insoddisfacente (Langenskiold et al, 2008; Bodenmann et al, 2009). Le indagini ambientali devono quindi limitarsi alle persone esposte che presentano un rischio elevato di progressione della malattia (parenti stretti, in particolare i figli e i soggetti immunodepressi).

1.4 Gruppi target della strategia

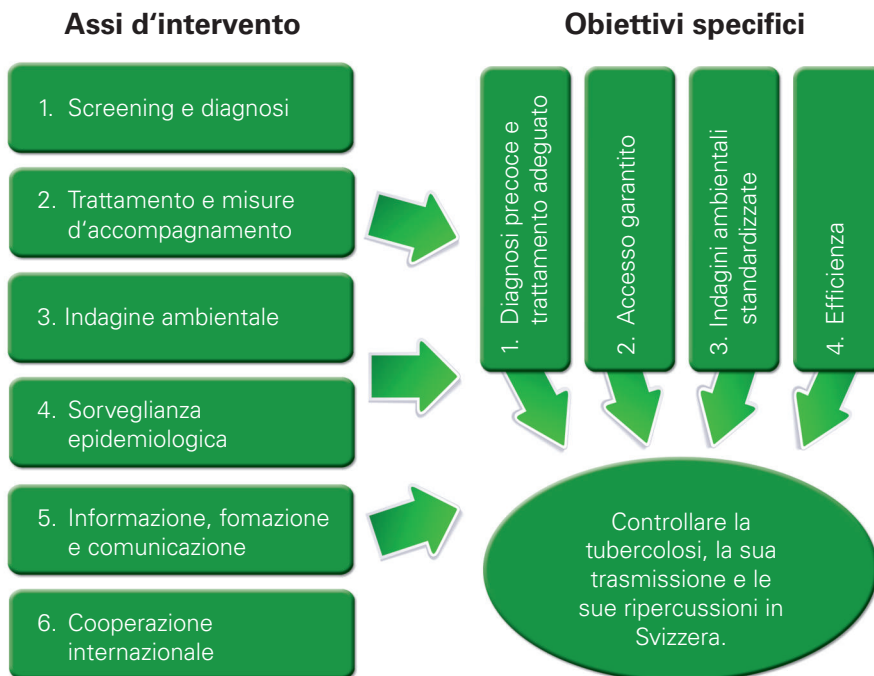
I gruppi a rischio comprendono le persone provenienti da Paesi ad alta prevalenza, le persone a maggior rischio di sviluppare la malattia in caso d'infezione, le persone a maggior rischio di essere infettate da ceppi resistenti nonché quelle il cui accesso alla diagnosi e al trattamento è limitato per motivi socioeconomici. La presente strategia mette l'accento sulla presa a carico di queste ultime e in particolare:

- delle persone senza un'assicurazione malattie,
- delle persone che soggiornano in Svizzera senza statuto legale e temono quindi di essere espulse se consultano le strutture sanitarie,
- delle persone che non parlano bene la lingua ufficiale del Cantone di residenza o che hanno un approccio culturale nei confronti del corpo e della malattia differente da quello veicolato dal sistema sanitario svizzero,
- delle persone instabili, a livello di residenza o a livello personale (tossicomania e altre dipendenze, disturbi della personalità) e senza una rete sociale.

2 Elementi principali della strategia

La strategia comprende un obiettivo generale, quattro obiettivi specifici e sei assi d'intervento prioritari.

La figura 1 ne riassume i punti principali.



3 Obiettivi e condizioni quadro

3.1 Obiettivo generale

Controllare la tubercolosi, la sua trasmissione e le sue ripercussioni in Svizzera.

Più di due terzi dei casi di tubercolosi in Svizzera sono diagnosticati su migranti. Non essendo possibile influenzare direttamente l'evoluzione della tubercolosi tra i migranti che entrano in Svizzera, se non in misura minima, l'obiettivo generale è imperniato sulla prevenzione della trasmissione della tubercolosi e sulle sue conseguenze mediche e sociali. Lo scopo principale è quindi di controllare la sua trasmissione in Svizzera.

Risultato perseguito:

Il numero di nuovi casi riscontrati tra le persone originarie della Svizzera (nazionalità e luogo di nascita) di meno di 18 anni è in costante diminuzione.

3.2 Obiettivi specifici

3.2.1 Diagnosi precoce e trattamento adeguato

Individuare precocemente e trattare adeguatamente e completamente le persone affette da tubercolosi che consultano il sistema medico svizzero.

Questo obiettivo riguarda in modo specifico l'individuazione passiva dei casi di malattia conclamata, e cioè la diagnosi in individui che si rivolgono spontaneamente al sistema sanitario.

Si tratta di attività prioritarie, che presuppongono il mantenimento o il miglioramento del know-how dei medici in materia di diagnosi e trattamento.

Risultati perseguiti:

La percentuale di pazienti affetti da tubercolosi polmonare conclamata sui quali il trattamento ha avuto un esito sfavorevole (fallimento o abbandono) o sui quali non sono disponibili informazioni sull'esito del trattamento a causa di un trasferimento per proseguire il trattamento altrove è inferiore al 10 per cento.

L'esistenza delle raccomandazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche è nota. Le raccomandazioni sono seguite.

Risultati perseguiti (indicatori secondari):

Il ritardo diagnostico attribuibile al personale sanitario (*provider delay*), ossia l'intervallo tra la prima consultazione e l'inizio del trattamento, è ridotto.

Almeno il 75 per cento dei pazienti affetti da tubercolosi multi-resistente è trattato con successo (guarigione documentata o trattamento concluso).

3.2.2 Accesso garantito

Garantire alle popolazioni a rischio, in particolare ai migranti senza statuto legale e/o senza assicurazione malattie, l'accesso all'informazione, alla diagnosi precoce e al trattamento adeguato e completo.

I gruppi a rischio richiedono un'attenzione particolare, per motivi di sanità pubblica e di equità (pari opportunità):

- Per migliorare l'accesso dei migranti all'informazione – in particolare durante le consultazioni – devono essere prese in considerazione varie misure, come ad esempio il ricorso a interpreti interculturali competenti³ e mediatori interculturali. In questo contesto assumono grande importanza la sensibilizzazione, la formazione di base e la formazione continua del personale specializzato sulle questioni migratorie (come le competenze transculturali).

³ Cfr. Strategia Migrazione e salute dell'UFSP.

- L'accesso alla diagnosi precoce è particolarmente importante per queste persone – migranti o in condizioni economiche precarie – proprio perché spesso vivono in molti in uno spazio esiguo e hanno quindi una maggior probabilità di trasmettere i batteri. Per prevenire i ritardi nella diagnosi, i professionisti in contatto con le persone a rischio devono essere sensibilizzati e informati sulla tubercolosi. Inoltre la fiducia nel dispositivo di cura, particolarmente a livello di riservatezza, contribuisce a migliorare la sua utilizzazione.
- Infine, l'accesso a un trattamento completo è difficile da garantire per i pazienti socialmente instabili (migranti senza statuto legale, ecc.), personalmente instabili (politossicomania, disturbi della personalità, ecc.) o che cambiano spesso luogo di residenza. Le strutture di sanità pubblica e di cura devono adattarsi per garantire una presa a carico adeguata di queste persone, ad esempio attraverso un trattamento supervisionato (DOT) adatto, garanzie di riservatezza o un accompagnamento psicosociale.

Risultati perseguiti:

Il ritardo diagnostico attribuibile al paziente (*patient delay*) è ridotto. Per valutare le barriere dovute a determinanti sociali, il ritardo nella diagnosi è analizzato in funzione dello statuto di soggiorno del paziente, dell'affiliazione a un'assicurazione malattie, del Cantone di residenza, del Paese di origine, dell'età e del sesso.

I risultati di trattamento sono analizzati secondo i criteri enumerati sopra e non evidenziano differenze significative tra i vari gruppi.

3.2.3 Indagini ambientali standard

Assicurare indagini ambientali legate ai casi contagiosi e una presa a carico delle infezioni tubercolari standardizzate, uniformi ed efficienti.

Nell'ambito delle indagini ambientali sono ricercate infezioni tubercolari legate ai casi contagiosi, in particolare tra i parenti stretti. Capita che si scopra un altro caso di tubercolosi attivo. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, l'indagine ambientale permette di identificare infezioni latenti, che richiedono un trattamento.

Nel *Manuale della tubercolosi* (LPS e UFSP, 2011) sono definiti standard a livello nazionale, che è importante rispettare nella scelta delle persone di contatto da sottoporre al test. L'indagine deve concentrarsi sulle persone con un alto rischio di essere state infettate e di progredire verso la malattia, e cioè le persone che recentemente hanno avuto un contatto sufficientemente prolungato, in particolare i bambini e le persone immunodepresse. Le autorità sanitarie cantonali incaricano i servizi competenti a livello cantonale o regionale di svolgere e coordinare le indagini ambientali.

Risultati perseguiti:

Tutti i Cantoni hanno adottato una procedura che garantisca che le indagini ambientali si concentrino sulle persone identificate conformemente al *Manuale della tubercolosi*.

Tutti i Cantoni assicurano il finanziamento dei test di screening nell'ambito delle indagini ambientali conformemente al *Manuale della tubercolosi*, eccettuati gli screening sul posto di lavoro.

3.2.4 Efficienza

Lottare contro la tubercolosi in Svizzera in modo efficace, adeguato ed economico.

Per migliorare costantemente l'efficacia e l'efficienza della lotta contro la tubercolosi, il presente documento e il piano d'azione che ne scaturirà descrivono i dati necessari per consentire un monitoraggio permanente dell'impatto delle misure sul raggiungimento degli obiettivi.

In questo contesto, i termini *efficace ed economico* sono utilizzati per qualificare gli interventi o le misure con un buon rendimento, e cioè che sfociano in buoni risultati con un buon rapporto costi-benefici. Il rispetto degli standard così stabiliti è la misura principale per migliorare l'efficienza.

Risultato perseguito:

In seguito all'analisi degli indicatori degli obiettivi da 3.2.1 a 3.2.3 è stato valutato l'impatto delle misure descritte nel piano d'azione nazionale durante il periodo 2012–2017 e, se del caso, le misure sono state adattate allo scopo di rendere gli interventi più efficaci e adeguati.

3.3 Condizioni quadro: unificazione, standardizzazione e coordinamento

Per migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'equità delle misure di lotta contro la tubercolosi è fondamentale unificare, standardizzare e coordinare le prassi e le attività (ovviamente tenendo conto delle differenze socioculturali dei pazienti). Queste tre condizioni quadro sono quindi state integrate – se del caso – nelle misure elencate nel capitolo seguente.

4 Misure secondo l'asse d'intervento prioritario

4.1 Screening e diagnosi

I Cantoni provvedono affinché **sia garantito l'accesso⁴ alla diagnosi senza discriminazioni dovute all'appartenenza a un gruppo sociale** (ad esempio facendo ricorso a un interprete interculturale), in modo da evitare **ritardi diagnostici attribuibili al paziente** (*patient delay*). A tal fine sono elaborate soluzioni adatte per le persone senza statuto legale di soggiorno in collaborazione con le organizzazioni attive in questo settore.

I medici di base, in particolare quelli che tra i loro pazienti annoverano molte persone appartenenti a popolazioni a rischio, sono sensibilizzati sulla tubercolosi allo scopo di ridurre i **ritardi diagnostici attribuibili al personale sanitario** (*provider delay*). Inoltre, il personale delle strutture che sostengono popolazioni migranti o in condizioni precarie è sensibilizzato sulla tubercolosi ed è in grado di riconoscerne i sintomi.

La diagnosi finale si basa sull'analisi batteriologica, nel **rispetto degli standard** descritti nel manuale di riferimento nazionale.

Le autorità competenti della Confederazione e i Cantoni sono tenuti a fornire un accesso equo e non discriminatorio alla diagnosi precoce e alla diagnosi a tutte le persone che rientrano nella loro giurisdizione e nella loro sfera di responsabilità, in particolare ai **richiedenti l'asilo**. L'UFSP sostiene l'UFM e i Cantoni attraverso prestazioni di consulenza sui requisiti tecnici e giuridici che consentono di fornire sufficienti cure mediche di base alle persone che rientrano nel settore dell'asilo.

⁴ Secondo l'art. 3 LAMal «Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. (...) [Il Consiglio federale] può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che: a. esercitano un'attività in Svizzera o vi hanno la propria dimora abituale. (...)»

Per garantire **diagnosi di laboratorio di alta qualità**, l'UFSP incarica il centro nazionale di riferimento per i micobatteri di proporre uno standard di qualità per la microscopia nonché la determinazione della specie nel complesso *Mycobacterium tuberculosis* e della resistenza agli altri laboratori di diagnosi microbiologica.

4.2 Trattamento e misure di accompagnamento

Il **trattamento è standardizzato** conformemente alle raccomandazioni internazionali ed è descritto nel **manuale di riferimento nazionale**. Le autorità sanitarie cantonali, direttamente o attraverso un centro di competenza cantonale, vigilano sul rispetto delle procedure di attuazione e monitoraggio del trattamento fino al suo completamento.

Il centro nazionale di riferimento per i micobatteri propone test di resistenza standard e presta consulenza sul trattamento dei micobatteri resistenti, in collaborazione con il centro nazionale di competenza per la tubercolosi.

Le autorità sanitarie cantonali si assicurano che i **rischi di abbandono del trattamento** siano valutati e che, se del caso, sia istituito un trattamento supervisionato (DOT) o siano predisposte modalità di trattamento corrispondenti. La disponibilità di un centro di competenza cantonale o regionale permette di garantire la disponibilità e il coordinamento di personale sanitario formato in modo adeguato per assicurare questo tipo di monitoraggio su mandato dell'autorità sanitaria competente.

Un paziente può essere isolato in ambito ospedaliero se la sorveglianza medica e il confinamento a domicilio si rivelano insufficienti per impedire efficacemente la propagazione della malattia (ad esempio alloggio in un centro per richiedenti l'asilo o presenza di persone immunosopresse nell'ambiente sociale). Spetta al medico cantonale ordinare tale isolamento.

In caso di **trasferimento di un paziente** verso un altro luogo, il medico curante assicura la continuità dei trattamenti, sotto la responsabilità delle autorità sanitarie cantonali, con l'aiuto dell'UFSP per i trasferimenti all'estero. Ciò è effettuato grazie allo scambio di informazioni tra le istituzioni, le autorità sanitarie cantonali, le autorità sanitarie dei Paesi di destinazione e le autorità migratorie.

Per le persone nel settore dell'asilo, l'UFSP cerca di mantenere accordi con l'UFM affinché le persone sottoposte a trattamento **non siano espulse prima della fine del trattamento** (UFSP e UFM, 2009). Tali accordi comprendono anche i detenuti. Sono per contro escluse le persone che hanno raggiunto il termine di allontanamento secondo il trattato di Dublino⁵ durante il trattamento. In questi casi, l'UFM si assicura che un medico nel Paese di destinazione si dichiari disposto a garantire la continuazione del trattamento.

Misure di accompagnamento (*enablers and incentives*), come ad esempio un sistema di *outreach* (che cerca di raggiungere le persone sul luogo di vita invece di aspettare che si facciano avanti per la continuazione del trattamento) e l'assunzione delle spese di trasporto o la concessione di buoni per l'alimentazione o buoni pasto, consentono una miglior *compliance* al trattamento da parte delle popolazioni più sfavorite o più a rischio di abbandono del trattamento. I Cantoni dovrebbero anche prevedere soluzioni adeguate per la presa a carico dei migranti senza statuto legale.

⁵ Si tratta dei richiedenti d'asilo già registrati in un altro Paese dello spazio Schengen.

4.3 Indagini ambientali

Le autorità sanitarie cantonali provvedono affinché le indagini ambientali siano effettuate conformemente agli **standard del manuale di riferimento nazionale**. Esse organizzano le indagini legate ai casi contagiosi in base alle raccomandazioni nazionali e includendo la prassi attiva (outreach). Le indagini concernenti bambini di meno di cinque anni devono essere svolte da pediatri appositamente formati (pneumologi pediatrici o infettivologi pediatrici).

Secondo il manuale di riferimento nazionale, le indagini ambientali devono limitarsi alle persone esposte che presentano un **alto rischio di progressione verso la malattia** e nelle quali la progressione può essere evitata mediante un trattamento preventivo. La cerchia delle persone esposte da controllare può essere più o meno estesa a seconda della contagiosità. Nei Cantoni in cui la media delle persone controllate per caso di tubercolosi è **nettamente inferiore o superiore alla media nazionale**, le autorità sanitarie cantonali ne ricercano le cause.

Le spese delle indagini ambientali sono assunte **dal Cantone** se sono svolte in modo standardizzato secondo l'algoritmo del *Manuale della tubercolosi* e su suo mandato, sempre che non vi siano altre parti a cui spetta assumersi tali spese.

Alle persone infettate deve essere raccomandato un trattamento preventivo. Le informazioni fornite includono la storia naturale dell'infezione tubercolare nonché le modalità, la durata e gli effetti collaterali del trattamento preventivo. Il trattamento può iniziare non appena la persona infettata acconsente a seguire un trattamento completo.

Dopo la rilevazione di un'infezione tubercolare latente (ITBL), l'assicurazione malattie assume le spese delle analisi mediche, di screening (per escludere una tubercolosi attiva) e di trattamento, a meno che non si tratti di una contaminazione professionale.

4.4 Sorveglianza epidemiologica

La tubercolosi è una malattia **soggetta all'obbligo di dichiarazione** da parte dei laboratori (direttamente all'UFSP e ai medici cantonali) e da parte dei medici (ai medici cantonali). Il medico cantonale riceve le dichiarazioni, ne verifica il contenuto in modo da completarle e adottare le misure necessarie per assicurare il trattamento e successivamente le trasmette all'UFSP. Spetta al medico cantonale richiedere le informazioni complete al medico curante e ai laboratori quando le dichiarazioni sono incomplete.

In base ai formulari di dichiarazione obbligatoria ricevuti, l'UFSP **raccoglie, centralizza, aggiorna e pubblica i dati epidemiologici**. L'UFSP valuta la situazione epidemiologica e, se del caso, reagisce. I dati cantonali sono messi a disposizione dei Cantoni.

Il centro nazionale di riferimento per i micobatteri esamina tutti i ceppi resistenti alla rifampicina e **identifica i casi raggruppati** (genotipizzazione mirata) di ceppi di **micobatteri multiresistenti**, allo scopo di monitorare la trasmissione e migliorare la presa a carico.

Gli **esiti del trattamento** (cfr. Glossario) sono raccolti mano mano sotto la responsabilità dei Cantoni, allo scopo di determinare l'efficacia degli sforzi nazionali di lotta contro la tubercolosi.

Al di là della sorveglianza epidemiologica, possono rivelarsi necessari altri studi per valutare l'evoluzione delle caratteristiche sociali dei casi di tubercolosi in Svizzera. Essi possono riguardare ad esempio il ritardo diagnostico attribuibile al paziente (*patient delay*) o il rapporto costi-benefici delle misure di sanità pubblica contro la tubercolosi.

4.5 Informazione, formazione e comunicazione

Si raccomanda ai Cantoni, o a gruppi di Cantoni di una regione, di elaborare un **piano d'azione** conformemente alla strategia e alle raccomandazioni nazionali. La funzione principale del piano d'azione è di descrivere brevemente il dispositivo cantonale di lotta contro la tubercolosi e definire chiaramente i ruoli e le responsabilità nonché le condizioni di finanziamento all'interno del Cantone. Oltre a incanalare gli sforzi verso obiettivi comuni e prioritari, questo documento consentirà anche di migliorare il coordinamento intercantonale e nazionale. In base a questi documenti, l'UFSP elaborerà e diffonderà un file di sintesi delle modalità cantonali di presa a carico, che permetterà di migliorare il coordinamento nazionale e la presa a carico intercantonale. La strategia non deve tuttavia sfociare in un sovraccarico amministrativo per le autorità responsabili. Al contrario, i piani d'azione possono servire innanzitutto a facilitare un processo di ottimizzazione delle misure.

L'UFSP è responsabile di produrre, diffondere e aggiornare le procedure di sanità pubblica legate alla tubercolosi in un «**Manuale della tubercolosi**». Definendo gli **standard** (unità di dottrina), tale manuale di riferimento nazionale favorisce una presa a carico unitaria sull'intero territorio nazionale, adatta non solo alle raccomandazioni internazionali, ma anche al contesto nazionale. La produzione e la diffusione del manuale potrà essere affidata a terzi.

I fornitori di cure di base e gli specialisti beneficiano **della sensibilizzazione sulla tubercolosi e di una formazione continua**. Le società svizzere di malattie infettive, medicina tropicale e parassitologia, pneumologia e pneumologia pediatrica sono responsabili della formazione continua degli specialisti. I Cantoni e l'UFSP sono responsabili della sensibilizzazione dei fornitori di cure di base, ad esempio mediante schede informative (*fact sheet*), articoli pubblicati sul Bollettino dell'UFSP o altri mezzi di comunicazione. La sensibilizzazione e la formazione continua dei fornitori di cure avvengono nel modo più efficiente possibile, e cioè in modo mirato tra i fornitori di cure a cui fa capo una quota consistente di pazienti a rischio.⁶

⁶ Per i servizi a maggior rischio, cfr. la guida della Suva (Jost M et al, 2010) pp. 33, 34, 61 e 62 e il Glossario.

Le strutture volte a depistare la malattia e a trattare i migranti si procurano i mezzi per **comunicare** adeguatamente con le persone di varie lingue, culture e ambienti sociali. Nei limiti del possibile dovrebbe essere garantita la presenza di un interprete interculturale competente nonché di un mediatore interculturale. Si raccomanda inoltre ai Cantoni di prevedere strategie d'informazione dei gruppi target, come i detenuti, i richiedenti l'asilo o altri. È raccomandata anche la trasmissione di informazioni complementari, sintetiche, adatte, in varie lingue e stampate su carta, allo scopo di facilitare l'informazione e un accesso equo al trattamento. A tal fine, i Cantoni collaborano con le organizzazioni attive nei settori carcerario e migratorio. L'UFSP facilita gli scambi tra i professionisti della sanità, in modo da garantire un trattamento adeguato dei casi di MDR-TB.⁷

4.6 Cooperazione internazionale

L'UFSP ha un ruolo fondamentale a livello dei contatti internazionali nell'ambito del Regolamento sanitario internazionale (RSI). Esso sostiene infatti le autorità cantonali nella presa di contatto con le autorità estere in caso di trasferimento all'estero di persone sottoposte a trattamento o sospettate di tubercolosi. Se del caso, esso facilita anche i contatti durante le indagini ambientali con una componente internazionale.

⁷ La piattaforma è disponibile al seguente indirizzo: <http://www.tbinfo.ch/de/login-cug/loginlogout.html>.

L'UFSP contribuisce alla nascita di un consenso tra i Paesi a bassa incidenza (come ad esempio l'unificazione dei dati epidemiologici e degli standard delle misure da adottare). Armonizza le proprie attività di lotta contro la tubercolosi con le raccomandazioni, le direttive e i criteri di qualità delle organizzazioni internazionali, segnatamente quelli formulati dall'OMS.

L'UFSP coopera con le istituzioni nazionali e internazionali, tra cui l'OMS, ad esempio a livello di messa a disposizione dei dati epidemiologici ed elaborazione di raccomandazioni internazionali.

5 Ruoli e responsabilità degli attori principali

5.1 UFSP

Sorveglianza epidemiologica: in base ai formulari di dichiarazione ricevuti dai medici e dai laboratori e alle informazioni supplementari fornite dai Cantoni, l'UFSP raccoglie, centralizza, analizza, aggiorna e pubblica i dati epidemiologici. Esso reagisce in funzione della situazione epidemiologica. La raccolta e l'analisi dei dati relativi alle indagini ambientali, ai trattamenti supervisionati (DOT) e ai risultati di trattamento possono essere delegate al centro di competenza nazionale.

L'UFSP garantisce la possibilità di registrare le informazioni sul medico curante, sul follow-up e sull'esito del trattamento nel sistema di dichiarazione obbligatoria.

Leadership: il capo del Dipartimento federale dell'interno (DFI) definisce la strategia nazionale e l'UFSP ne coordina lo sviluppo e l'attuazione. Quest'ultimo è incaricato anche di valutare la strategia e, se del caso, di adattarla.

Unificazione e comunicazione: l'UFSP assicura o commissiona l'elaborazione e la diffusione di un manuale di riferimento nazionale contenente gli standard, principalmente in materia di screening, diagnosi, procedura di dichiarazione, trattamento e indagini ambientali.

Coordinamento: in base ai piani d'azione cantonali o regionali, l'UFSP è responsabile della produzione e della divulgazione di un file di sintesi della presa a carico cantonale, che consenta di migliorare il coordinamento nazionale e la presa a carico intercantonale.

5.2 Autorità sanitarie cantonali

Il medico cantonale (MC) è responsabile della raccolta dei dati per la sorveglianza epidemiologica (coordinamento, verifica e trasmissione delle dichiarazioni all'UFSP), della ricerca di possibili legami tra i casi e del coordinamento delle misure di lotta contro la tubercolosi (misure di trattamento come la DOT, indagini ambientali, ecc.) e si assicura che ciò avvenga conformemente agli standard. Assicura inoltre la formazione continua del personale incaricato di attuare le misure di lotta contro la tubercolosi (DOT, indagini ambientali).

Il MC è responsabile del monitoraggio del trattamento: adotta le misure di autorità individuali per la diagnosi e l'isolamento e si assicura che il trattamento sia seguito correttamente, se necessario mediante osservazione diretta (DOT). Il rispetto dei piani di trattamento è delegato ai medici curanti, mentre le autorità sanitarie cantonali garantiscono che il trattamento sia proseguito fino in fondo e raccolgono gli esiti del trattamento. Se del caso, il MC adotta decisioni sull'applicazione di opportune misure coercitive nei confronti di persone o istituzioni.

Il MC può delegare questi compiti a istituzioni specializzate, come le leghe polmonari cantonali o altri centri di competenza.

Il MC assicura che la formazione dei medici dei centri di accoglienza cantonali per richiedenti l'asilo sia adeguata per quanto riguarda lo screening e il trattamento della tubercolosi nonché le competenze transculturali e, se del caso, incarica terzi di assicurare tale formazione. Il MC può designare uno o più pneumologi e infettivologi di riferimento. Prevede inoltre strategie d'informazione del personale di queste istituzioni. Nell'ambito delle indagini ambientali è raccomandata anche la trasmissione ai pazienti e ai contatti di informazioni complementari, sintetiche, adatte e stampate su carta.

Il servizio sanitario cantonale decide in merito all'accesso alle cure e il Cantone (servizi sociali inclusi) copre le spese di trattamento se il paziente o la comunità non possono assumerle. Si assicura che le spese di screening nell'ambito delle indagini ambientali siano assunte dal Cantone laddove tali spese non siano a carico di un'altra parte.

5.3 Centro di competenza tubercolosi a livello nazionale

Il centro di competenza nazionale sostiene i ruoli e le responsabilità dell'UFSP nella lotta contro la tubercolosi in Svizzera. Esso può anche essere incaricato dai Cantoni di svolgere compiti specifici, come la formazione continua del personale sanitario nei servizi a rischio. I compiti sono precisati in un mandato.

5.4 Leghe polmonari o altri centri di competenza cantonali o regionali

I centri di competenza cantonali o regionali sono nella maggior parte dei casi le leghe polmonari cantonali. Questi centri ricevono mandati dai medici cantonali.

5.5 Medici ospedalieri, generici e specialisti

Spetta ai medici formulare una diagnosi corretta e rapida e, se del caso, indirizzare il paziente a un altro servizio. A tal fine, i medici seguono gli standard del manuale di riferimento nazionale e interagiscono con gli altri livelli e attori.

Essi si assicurano che il malato segua il trattamento prescritto fino a completa guarigione. In caso di problemi di controllo e proseguimento del trattamento (arresto, scomparsa del paziente), tentano di localizzare il paziente e riprendere il trattamento, nei limiti delle loro possibilità e se necessario in collaborazione con le autorità cantonali responsabili politicamente della *compliance* ai trattamenti e con le istituzioni incaricate da queste ultime (come le leghe cantonali).

I medici verificano la parte clinica della guarigione dalla tubercolosi effettuando o facendo effettuare gli esami di controllo dei casi contagiosi. Comunicano l'esito del trattamento al medico cantonale.

I medici sono responsabili di completare e trasmettere le dichiarazioni iniziali, complementari e finali al medico cantonale.

I medici specialisti, principalmente ospedalieri, forniscono informazioni ai medici di base. Prima di dimettere i pazienti predispongono la continuazione del trattamento ambulatoriale contattando i partner coinvolti (medici di base, lega polmonare cantonale, eventualmente medico cantonale).

5.6 Laboratori

I laboratori assicurano la diagnosi dei casi di tubercolosi e analizzano il profilo di resistenza dei ceppi. Nei casi in cui ciò non è possibile, inviano il materiale da analizzare a laboratori con competenze più estese. Sono tenuti a dichiarare i risultati delle analisi alle autorità sanitarie. Inviano i ceppi resistenti alla rifampicina al centro nazionale di riferimento per i micobatteri.

Il centro nazionale di riferimento per i micobatteri riceve tutti i ceppi resistenti alla rifampicina ed effettua una tipizzazione molecolare (impronta del DNA) su mandato dell'UFSP. Su richiesta dei Cantoni, effettua tipizzazioni supplementari in caso di sospetto di casi raggruppati. Sostiene gli altri laboratori proponendo loro un circolo di qualità per la microscopia e la determinazione della specie nel complesso *Mycobacterium tuberculosis* e della resistenza. Infine, in caso di tubercolosi resistente procede alla determinazione standardizzata della sensibilità ai farmaci di prima e di seconda linea.

5.7 Università, accademie

Le facoltà di medicina e le scuole per il personale curante includono la tubercolosi nel programma accademico destinato agli studenti.

5.8 Associazioni mantello

Le società svizzere di malattie infettive, medicina tropicale e parassitologia, pneumologia e pneumologia pediatrica sono responsabili della formazione continua degli specialisti sulla tubercolosi.

5.9 Servizi a maggior rischio (centri di accoglienza per richiedenti l'asilo, carceri, ecc.)

I servizi a rischio sensibilizzano il loro personale sulla tubercolosi, sui sintomi e sulle misure da adottare per evitare la trasmissione.

Le strutture volte a depistare la malattia e a trattare i migranti si assicurano i mezzi per comunicare adeguatamente con le persone di varie lingue, culture e ambienti sociali. Nei limiti del possibile dovrebbero essere garantite la presenza di un interprete interculturale competente e una mediazione interculturale.

In caso di trasferimenti di pazienti, la continuità dei trattamenti è assicurata grazie allo scambio di informazioni tra le istituzioni, le autorità sanitarie cantonali, le autorità sanitarie dei Paesi di destinazione e le autorità migratorie.

6 Ripercussioni finanziarie della strategia

Nel 2011, **l'UFSP ha speso** per la tubercolosi **886 800 CHF**. Questo importo è costituito dall'attribuzione di vari mandati per un totale di 665 000 CHF e da 221 800 CHF di spese per il personale necessario per adempiere i compiti permanenti in materia di tubercolosi in seno all'UFSP (1,4 posti). Tra l'altro, oggi la lotta contro la tubercolosi rappresenta l'attività principale delle misure sanitarie di confine, a cui l'UFSP destina attualmente 850 000 CHF.

Durante il periodo di attuazione della strategia (2012–2017), si prevede che sia le spese di sorveglianza epidemiologica che i contributi stanziati al centro nazionale di riferimento per i micobatteri resteranno stabili. Per quanto riguarda il contratto dell'UFSP con la Lega polmonare svizzera, gli importi stanziati saranno corretti in base alle misure nonché ai ruoli e alle responsabilità previsti nella strategia ed è prevedibile una diminuzione di tali importi durante il periodo in rassegna. Infine, le spese dell'UFSP dipenderanno anche dal mantenimento o meno delle misure sanitarie di confine nella loro forma attuale. Il processo di elaborazione strategica ha infatti evidenziato uno scarto tra la priorità relativamente bassa di tale attività e il suo peso finanziario elevato. La questione è trattata in un altro documento strategico – attualmente in elaborazione – concernente le misure sanitarie di confine.

A livello dei Cantoni, nel 2011 le spese destinate alla lotta contro la tubercolosi sono state di circa **1 875 000 CHF**, per un costo medio di 3244 CHF per caso. Queste stime si basano da un lato sui calcoli forniti da dieci Cantoni nel dicembre 2011 nell'ambito di un'indagine nazionale e dall'altro su dati comunicati dalla Lega polmonare svizzera tenendo conto dei test e delle ore di lavoro effettuate nel 2009 e nel 2010 dalle leghe cantonali.

In occasione dell'indagine nazionale menzionata sopra, i Cantoni sono stati invitati anche a stimare l'evoluzione delle loro spese annue per l'attuazione della strategia dal 2012 al 2017. Sei Cantoni hanno fornito dati completi. Di questi, cinque Cantoni – corrispondenti al 48 per cento dei casi – prevedono che l'attuazione della strategia comporterà un aumento delle spese dell'1,77 per cento in media (dispersione da - 8 % a + 33 %) per il periodo 2012–2014 e una diminuzione dell'1,21 per cento (dispersione da - 8 % a + 19 %) per il periodo 2015–2017. L'aumento in quattro Cantoni è dovuto principalmente all'elaborazione di un piano d'azione cantonale e la diminuzione è dovuta ai costi di uno studio terminato nel 2011. Il sesto Cantone che ha fornito dati completi stima che l'attuazione della strategia comporterà un aumento delle sue spese di un fattore pari a 8.

Nel complesso, è quindi prevedibile che non vi sarà un aumento sostanziale delle spese dei Cantoni e che questi ultimi adegueranno le loro spese a seconda del budget disponibile, tendendo verso una stabilità. Probabilmente, alcuni Cantoni che attualmente registrano un costo medio per caso relativamente basso rispetto alla media nazionale si vedranno però costretti ad aumentare gli investimenti nell'ambito dell'attuazione della strategia.

Bibliografia

Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, Favrat B, de Tribolet F, Masserey E, Zellweger JP. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. *BMC Infect Dis*, 2009; 9:34.

Dara M, Kluge H, Consolidated Action Plan to Prevent and Combat M/XDR-TB in WHO European Region 2011–2015, WHO Regional Office for Europe, ottobre 2011. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/147832/wd15E_TB_ActionPlan_111388.pdf

Gimmi R, Pfyffer GE, Brändli O. Tuberculose multirésistante – guérissable en Suisse. *Forum Medical Suisse*, 2003, 4 :90–90. http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2003/2003-04/2003-04-283.PDF

Jost M, Ruegger M, Zellweger JP, Shang H, Cartier B, Gutzwiller A. Tuberculose dans le cadre professionnel. Risques et prévention. 3a edizione, SuvaPro, maggio 2010. http://www.tbinfo.ch/uploads/media/TB_am_Arbeitsplatz_2010_franz.pdf

Langenskiold E, Herrmann FR, Luong BL, Rochat T, Janssens JP. Contact tracing for tuberculosis and treatment for latent infection in a low incidence country. *SwissMed Wkly*, 2008;138(5-6):78–84.

Lega polmonare svizzera e Ufficio federale della sanità pubblica. Manuale della tubercolosi. Berna, luglio 2011. http://www.tbinfo.ch/uploads/media/Handbuch_Tuberkulose_2012_it.pdf

Lega polmonare svizzera e Ufficio federale della sanità pubblica. Algoritmo dell'indagine ambientale. Complemento al «Manuale della tubercolosi». Berna, luglio 2011. http://www.tbinfo.ch/uploads/media/Algoritmo_IA_2011_01.pdf

Ufficio federale della sanità pubblica. Stratégie migration et santé (phase II : 2008–2013). Berna, giugno 2007. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=it>

Ufficio federale della sanità pubblica e Ufficio federale della migrazione. Verwaltungsinterne Vereinbarung zwischen BAG und BFM betreffend Zusammenarbeit im Bereich der grenzsanitätsdienstlichen Massnahmen bei Personen aus dem Asylbereich. Berna, dicembre 2009.

Organizzazione mondiale della sanità. Treatment of tuberculosis: Guidelines. 4a edizione, WHO/HTM/TB/2009.420, Ginevra, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf

Organizzazione mondiale della sanità. Rapport 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. OMS/HTM/TB/2011.16, Ginevra, 2011. http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html

Raviglione MC, Uplekar MW. WHO's new Stop TB Strategy. *Lancet*, 2006;18;367:952–5.

Glossario

Competenza transculturale	Capacità di comunicare e interagire tenendo conto delle differenze di mentalità e percezione. È importante promuovere lo sviluppo di questa capacità tra i professionisti della sanità allo scopo di garantire una presa a carico di alto livello e cure di qualità per le persone migranti. ⁸
DOT	<i>Directly Observed Treatment</i> . Modalità di trattamento raccomandata dall'OMS per tutti i pazienti in fase iniziale, in caso di multiresistenza e in presenza di problemi di comunicazione con il paziente. Per garantire l'assunzione corretta di tutti i farmaci, ogni dose è assunta sotto l'osservazione di una persona terza, preferibilmente un professionista della sanità.
DOTS	Nome attribuito alla strategia di lotta contro la tubercolosi dell'OMS, costituita da un impegno del governo, da una diagnosi basata principalmente sull'esame microscopico dell'espettorazione, da farmaci di buona qualità e gratuiti per il paziente, da una supervisione diretta della terapia e dal monitoraggio dell'efficacia delle attività di controllo. Il nome della strategia si riferisce alla supervisione diretta della terapia DOT (OMS, 2010).
Indagine ambientale	Ricerca di persone che sono state in contatto con un caso fonte e potrebbero essere state infettate o che sono a loro volta affette da tubercolosi. L'indagine ambientale è in primo luogo di competenza del medico cantonale, che può tuttavia delegare tale compito ad altri servizi o istituzioni.
Multiresistenza	La tubercolosi multiresistente (MDR-TB) è una forma particolarmente pericolosa di tubercolosi resistente, essendo dovuta a bacilli resistenti almeno all'isoniazide e alla rifampicina, i due principali farmaci di prima linea utilizzati nel trattamento della tubercolosi.
<i>Outreach</i>	Programmi o interventi volti a raggiungere le persone bisognose di aiuto o di consulenza invece di aspettare che queste persone vengano a chiedere aiuto. Nel contesto del trattamento (e delle indagini ambientali) della tubercolosi, si tratta di conoscere le condizioni di vita dei casi per adattare le misure allo scopo di garantirne il successo.
<i>Patient delay</i>	Il ritardo diagnostico attribuibile al paziente (o <i>patient delay</i>) è il tempo (in giorni) che intercorre tra la comparsa dei primi sintomi tipici della tubercolosi e la prima consultazione medica.
<i>Provider delay</i>	Il ritardo diagnostico attribuibile al personale sanitario (o <i>provider delay</i>) è il tempo (in giorni) che intercorre tra la prima consultazione medica e l'inizio del trattamento.

⁸ Cfr. Strategia Migrazione e salute dell'UFSP.

Esito del trattamento	<p>L'esito del trattamento è valutato in base alle categorie definite dall'OMS (adattate alla Svizzera senza compromettere la comparabilità internazionale):</p> <p>1. guarigione (trattamento completato e documentato con negativizzazione dell'esame batteriologico nei casi inizialmente positivi), 2. terapia conclusa (trattamento completato senza documentazione di una negativizzazione dell'esame batteriologico nei casi inizialmente positivi), 3. terapia interrotta (interruzione del trattamento per almeno due mesi o trattamento non completato entro nove mesi – per una durata prevista di sei mesi – o assunzione di <80 % delle dosi dei farmaci), 4. fallimento terapeutico (persistenza o ricomparsa di colture positive di M. tuberculosis dopo ≥5 mesi di trattamento), 5. decesso per tubercolosi (prima o durante il trattamento), 6. decesso per un'altra causa (prima o durante il trattamento), 7. trasferimento (paziente trasferito a un altro servizio e per il quale il luogo di trattamento iniziale ignora l'esito del trattamento), 8. altro risultato (p. es. continuazione del trattamento di un caso di MDR-TB).</p>
Servizi a rischio	<p>1. Stabilimenti sanitari che: prendono a carico pazienti affetti da tubercolosi infettiva; non escludono contatti non protetti con persone contagiose o permanenza in locali non abbastanza ventilati contemporaneamente a questi pazienti; dispensano procedure diagnostiche e terapeutiche che inducono la tosse o la formazione di aerosol infettivi (broncoscopie, aspirazione di secrezioni che provocano la tosse, cure a pazienti sotto ventilazione assistita o trattamenti con aerosol, endoscopie e laboratori di microbiologia) a pazienti tubercolotici contagiosi.</p> <p>2. Stabilimenti con una forte concentrazione di popolazioni che registrano una prevalenza di tubercolosi elevata, come i centri di registrazione e di procedura della Confederazione (CEP) e i centri di accoglienza cantonali per richiedenti l'asilo, i centri sociali destinati a senzatetto, tossicomani o alcolisti, i penitenziari e le case per anziani.</p>
Trattamento preventivo	<p>Farmaci antitubercolari somministrati alle persone con una tubercolosi latente (rivelata dal test tubercolinico e confermata negli adulti dal test IGRA) allo scopo di prevenire lo sviluppo della forma attiva della malattia.</p>

Colophon

© Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Editore: Ufficio federale della sanità pubblica, aprile 2012

Informazioni: Sezione strategie, basi e pianificazione, UFSP, 3003 Berna
E-Mail: epi@bag.admin.ch
<http://www.bundespublikationen.admin.ch>

La presente pubblicazione è disponibile anche in francese e tedesco.
Essa può anche essere scaricata nel formato PDF.

Direzione del progetto: Hans C. Matter, responsabile della Sezione strategie, basi e pianificazione (UFSP)
Responsabile del progetto e redazione: Sylvie Olifson (UFSP)
Team di progetto: Sylvie Olifson, Ekkehardt Altpeter, Svend Capol, Stefan Enggist, Peter Helbling, Philippe Sudre

Pool di esperti esterni: Jürg Barben, Patrick Bodenmann, Michel Cheseaux, Jean-Marie Egger, Sébastien Gagneux, Jean-Paul Janssens, Jessica Mazza-Stalder, Laurent Nicod, Hans Rieder, Hans Wolff, Sonja Zahner, Jean-Pierre Zellweger

Grafica: 2C Communication, 8127 Forch

Numero di pubblicazione UFSP: OeG 04.12 1000 d 500 f 200 i 20EXT1220

Ordinazioni:
UFCL, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna
www.publicationsfederales.admin.ch
Numero di ordinazione: 311.241.i

Riproduzione autorizzata con indicazione della fonte (anche sotto forma di estratti)

Stampato su carta sbiancata senza cloro

