

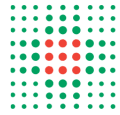


# **Isolamento e assistenza domiciliare delle forme bacillifere MDR : considerazioni da un'esperienza sul campo**

***Laura Sighinolfi***

**U.O.Malattie Infettive**

***Ferrara, 21 settembre 2013***



Formazione ex legge 135/90 – XIV CORSO AIDS

**LA GESTIONE ATTUALE DELLA MALATTIA TUBERCOLARE**  
**SPUNTI DI DISCUSSIONE**

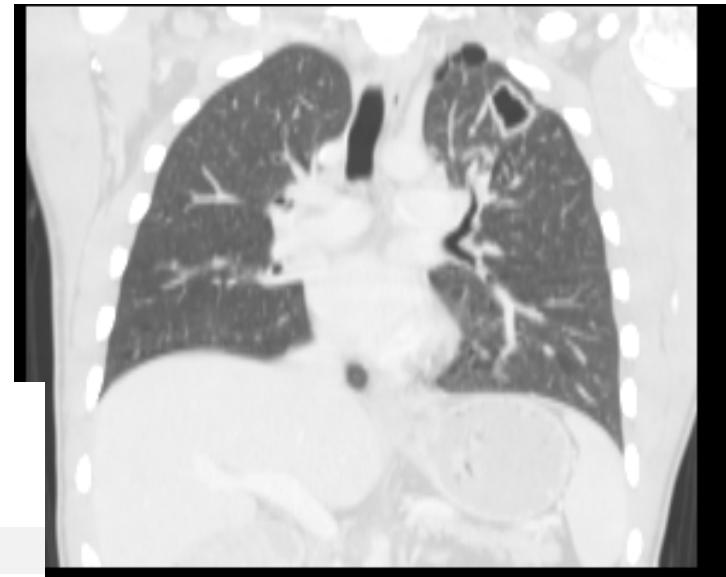
**Rimini, 15-23 maggio 2012**

**Relatore: M.L.Moro – Agenzia Sanitaria RER**

**CRITICITA'**

- Emergenza di ceppi MDR (In RER 200-250 casi/anno con un tasso <5%)
- Casi in cittadini nati all'estero : 19% nel 1996- 65% nel 2012
- Esito del trattamento : 72% esito favorevole
- **Trattamento insoddisfacente per interruzione e perdita al follow-up: 13%**  
**18% nati all'estero – 4% nati in Italia**
- **Determinanti sociali** sono fondamentali come gli interventi sanitari per controllare la malattia.
- **Gli interventi ancora carenti sono prevalentemente di tipo sociale**

- Paziente maschio di 33 anni, rumeno, in Italia da 5 anni
- **2010** : lesione cavitaria lobo sup. sx.
- Escreato negativo
- Colturale BAL: positivo
- ***TB polmonare MDR***



BAL  
COLTURALE MICOBATTERI :

Positivo

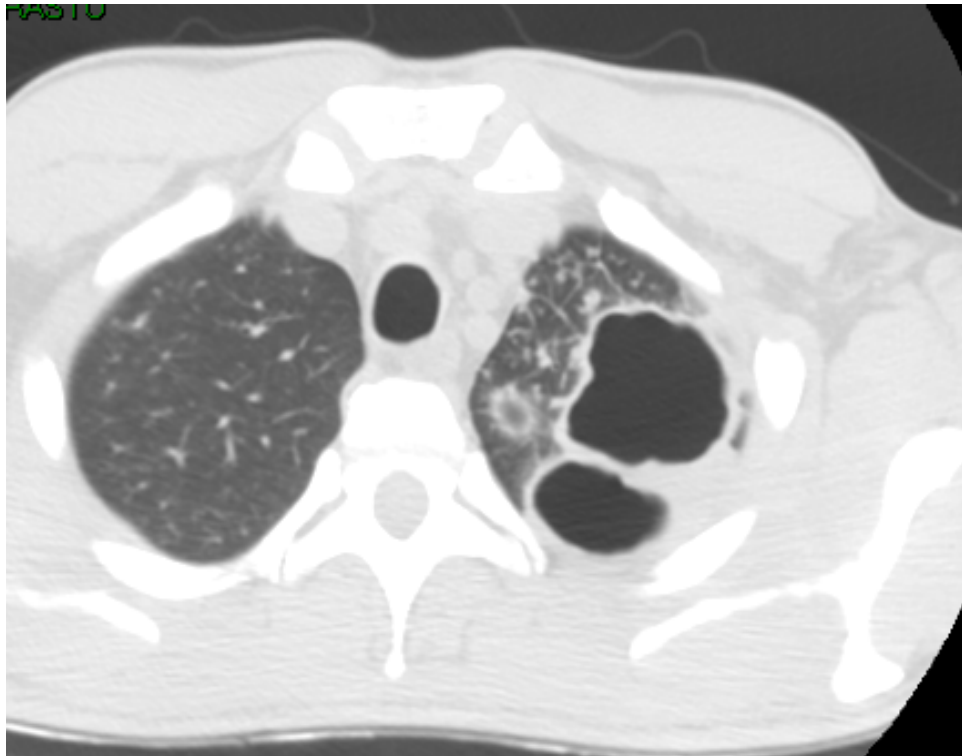
Ceppo 1 *Mycobacterium tuberculosis*

Antibiogramma

ANTIBIOTICI	MIC	ceppo 1				
Etambutolo		S				
Isoniazide		R				
Streptomicina		R				
Rifampicina		R				

- Rifiuta ricovero ospedaliero.
- Scarsa aderenza alla terapia e al programma di monitoraggio territoriale
- Situazione di disagio sociale
- **2011** : peggioramento del quadro radiologico con incremento volumetrico e numerico delle lesioni a sx ed interessamento del polmone dx.
- Escreato negativo

- **Luglio 2012** : peggioramento condizioni generali: febbre, perdita di peso, astenia, tosse produttiva

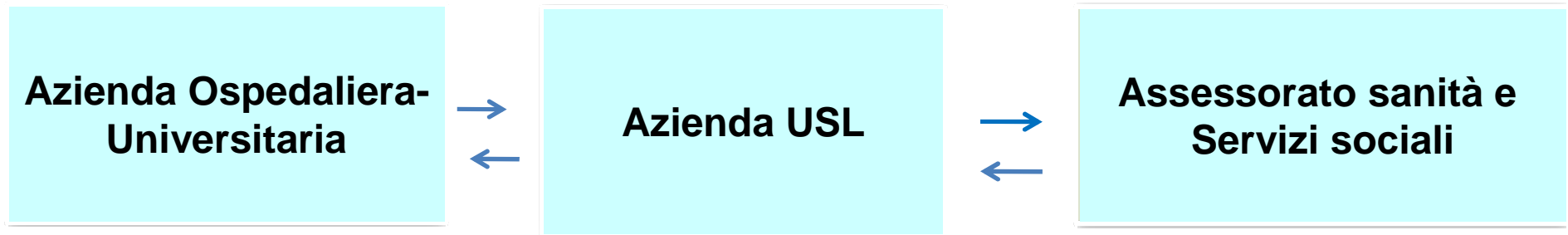




- **TC torace: lesione cavitaria apicale sx (7 cm.), lesioni nodulari multiple sia a sx. che a dx e lesione cavitaria apicale dx**
- **Escreato positivo: forma bacillifera MDR**

- Forma bacillifera: necessità di ISOLAMENTO in ambiente ospedaliero
- **Il paziente rifiuta**

**Cosa fare?**



### Aspetti clinici

- Stato salute del paziente
- Necessità di monitoraggio sanitario
- Necessità di completa adesione alla terapia

### Aspetti sanità pubblica

- Necessità di assicurare l'isolamento
- Difficoltà di applicazione di misure coercitive
- Necessità di ottenere la collaborazione del paziente

## “Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale”

**Ministero della Salute**

**Anno 2009**

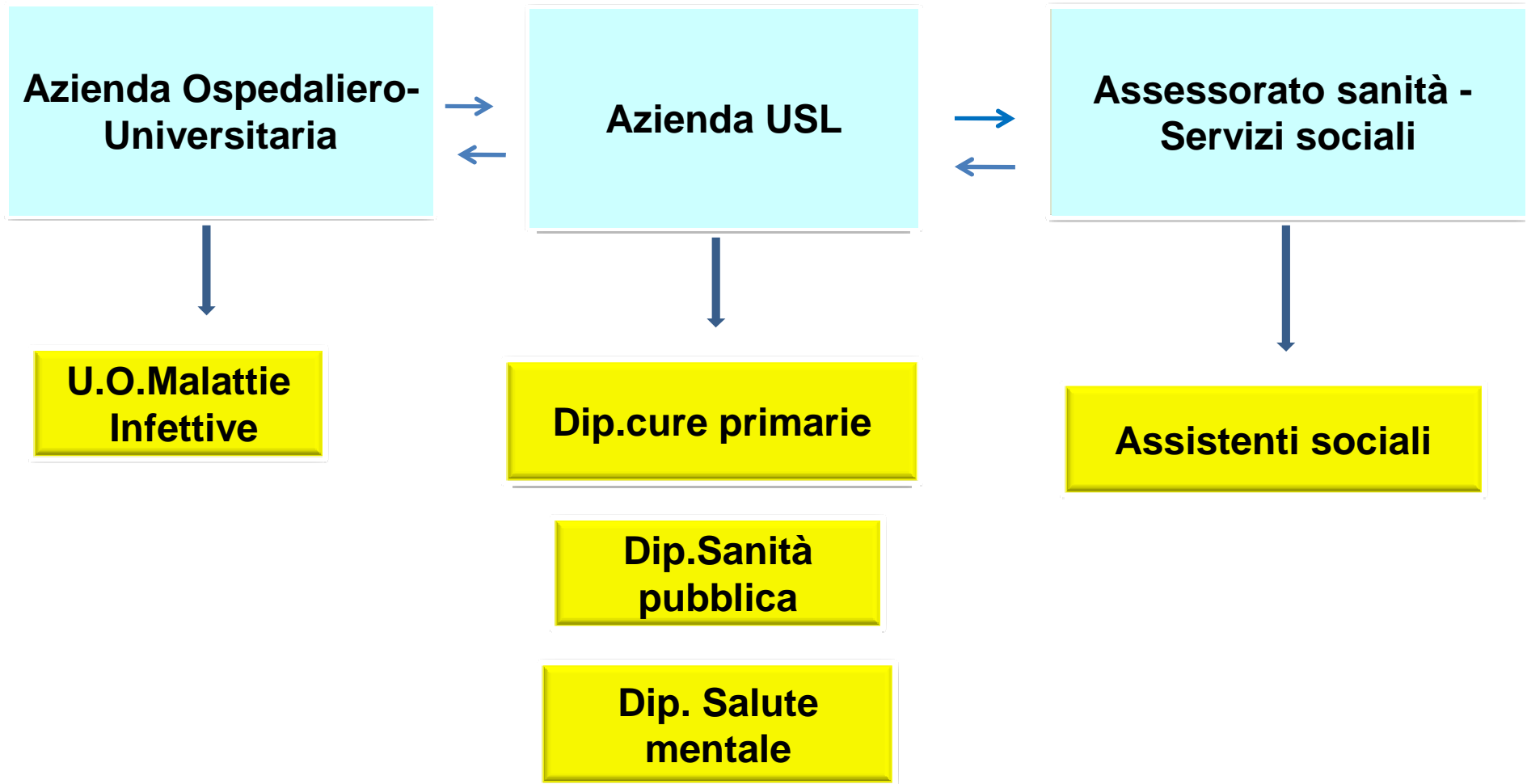
H 3.2 I pazienti con nota o sospetta TB MDR vanno generalmente ricoverati in Ospedale. Qualora non sussistano criteri clinici che motivino il ricovero, può essere valutato se sussistano i criteri per l'isolamento domiciliare (il paziente vive da solo, è in grado di assumere la terapia, accetta l'isolamento domiciliare e sono disponibili servizi territoriali in grado di garantire la prosecuzione della cura e l'isolamento stesso).

**D**

**Vive con la moglie**

**Abitazione isolata in contesto extraurbano**

**Progetto di case management con integrazione ospedale-territorio.**



## **Progetto assistenziale socio-sanitario**

- **Visita domiciliare quotidiana per verifica stato di salute e assunzione terapia**
- **Divieto di allontanarsi dal cortile di casa (controllo effettuato dai vigili urbani )**
- **Fornitura dei pasti a domicilio dal Servizio Sociale**
- **Predisposizione della lista delle criticità (di ogni specie ) per tentare alcune possibili soluzioni – supporto del mediatore culturale**

**Il paziente accetta il programma e firma il contratto, di cui tiene una copia.**

# Terapia antitubercolare

pirazinamide, moxifloxacina, terizidione,  
etambutolo, PAS

Espectorato  
COLTURALE MICOBATTERI :

Positivo

Capreomicina : S , PAS : S

Ceppo 1 *Mycobacterium tuberculosis*

Antibiogramma

ANTIBIOTICI	MIC	ceppo 1				
Etambutolo		S				
Isoniazide		R				
Streptomicina		R				
Rifampicina		R				
Amikacina		S				
Etonamide		R				
Kanamicina		S				
Moxifloxacina		S				
Pirazinamide		S				

S=Sensibile, R=Resistente, I=Intermedio

## **Progetto assistenziale socio – sanitario**

- **Case-manager e un team operativo in grado di costruire relazioni con persone in situazione di disagio complesso.**
- **Visita domiciliare quotidiana: verifica delle condizioni di salute, assunzione della terapia, effetti collaterali, prelievi ematici ed escreato**
- **Educazione sanitaria del paziente e della convivente**
- **Visita dell' infettivologo ogni 2 settimane o al bisogno.**
- **Coinvolgimento medico di medicina generale**
- **Supporto sociale (cibo, affitto, bollette, ecc.)**

## **Il paziente si attiene al “contratto”**

- **Dopo 2 mesi** sospesa verifica vigili urbani
- Sospesa distribuzione pasti
- Concordato programma gestione economica (inizia a pagare i debiti)

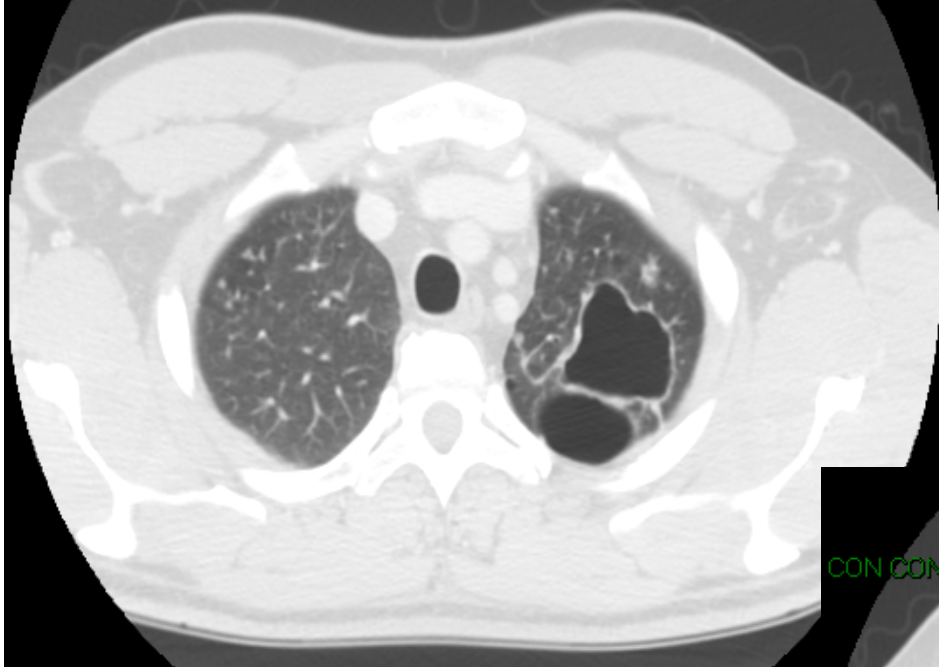
**Dopo 3 mesi escreato negativo**



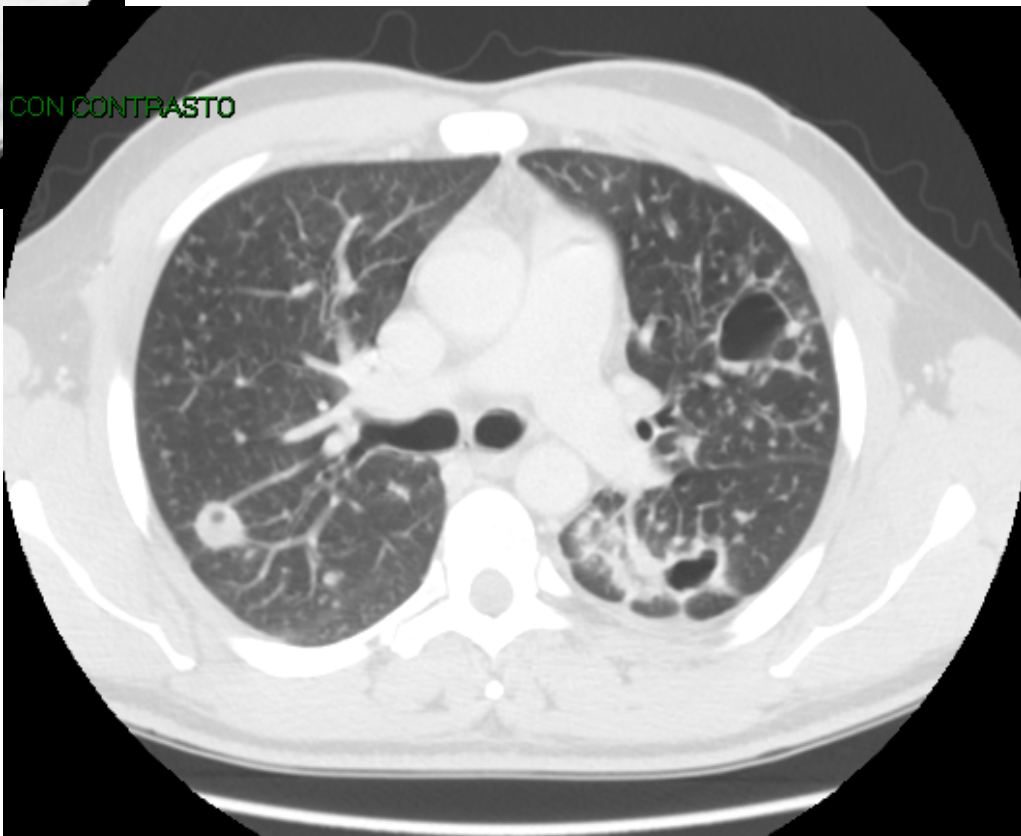
## Il paziente si attiene al “contratto”

- Dopo 6 mesi: 4 visite/settimana
- Dopo 9 mesi 3 visite/sett.
- Ad 1 anno dall’inizio del progetto netto miglioramento condizioni generali
- Peso corporeo da 60 a 82 kg
- **Esame batterioscopico e colturale escreato persistentemente negativi**
- Miglioramento TC polmonare

CON CONTRASTO



CON CONTRASTO



## **Criticità sociali e personali**

- **Rapporto di fiducia con il case manager e con il team**
- **Permangono aspetti di sospettosità e di manipolazione**
- **Il paziente ha colto i vantaggi secondari della sua condizione di malattia**
- **fatica a tollerare di essere, almeno in parte, gestito e controllato**

## “Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale”

Anno 2009

### Aderenza al trattamento e follow up

**C 4.11** I seguenti interventi possono essere presi in considerazione per migliorare l'aderenza al trattamento:

- materiale informativo in linguaggio appropriato
- *counselling* per l'educazione alla salute
- visite a domicilio
- adozione di strumenti per la valutazione dell'aderenza: diario del paziente, o altri tipi di monitoraggio (esame urine random per la ricerca di metaboliti di antimicobatterici)
- supporto sociale, compresi eventuali incentivi **B**

**C 4.12** E' auspicabile che i servizi che svolgono attività di sorveglianza siano dotati di mediatori culturali. **D**

- **Nella gestione della TB MDR sono necessari approcci paziente-centrati**
- **Gestione integrata fra i servizi**
- **Individuazione di un Case manager**
- **Supporto sociale : per i pazienti in situazioni sociali difficili il solo approccio sanitario può non essere sufficiente a garantire l'efficacia del trattamento**

Responsabile Medico AUSL Dott. Sandro Bartalotta

**Case Manager Dott. Fabio Ferraresi**

**Personale sanitario:**

- Bertasi Raffaella
- Berlese Maura
- Bianconi Giovanna
- Bueno de A. Rosangela
- Cristofori Luciano
- Fedeli Franco
- Guzzinati Rosetta
- Mazzini Elisa
- Montanari Caterina
- Nicolini Patrizia

**Assessorato Sanità**

- Dott.ssa Chiara Sapigni

**Assistente Sociale**

- Vincenza Fichera
- Bessegato Raffaella

**Dip.Sanità Pubblica**

- Dott.ssa Marisa Cova
- Dott. Aldo De Togni

**Mediatrice culturale**

- Golup Marianna

**Azienda Ospedaliero Universitaria**

- U.O.Malattie Infettive