



La gestione della tubercolosi in carcere

Dr. Vittorio Laviola
Area Salute nelle Carceri
Servizio Assistenza Territoriale RER

Perché parlare di TBC in carcere?

- Carcere = contesto ad alto rischio di trasmissione
- Carcere: incidenza fino a 10–20 volte superiore
- Sovraffollamento e spazi chiusi → diffusione facilitata
- Popolazione con vulnerabilità (HIV, tossicodipendenze, malnutrizione)
- Mobilità (ingressi, trasferimenti, scarcerazioni) = rischio per comunità esterna
- Provenienza da paesi endemici

👉 **La gestione della TBC in carcere è una priorità di salute pubblica**

La TBC in Italia

- Incidenza: 6–7 casi per 100.000 abitanti
- Casi soprattutto in persone nate all'estero
- 50% dei casi legato ad immigrati da paesi ad alta endemia (nord Africa, Africa sub sahariana, est Europa, Asia)

Fonte: Ministero della Salute – Piano nazionale di contrasto della TBC 2017–2022

Dimensione del problema

- Emilia-Romagna: ~3600 detenuti, turnover 8000/anno
- CC Modena: ~470 detenuti (100/anno turnover)
- CC Castelfranco: ~80 detenuti (150/anno turnover)
- TBC trasmessa per via aerea, forme bacillifere contagiose

Provenienza detenuti stranieri e prevalenza TBC



Detenuti stranieri in Emilia Romagna (valori assoluti e %)

- Marocco: 901 (23% dei detenuti stranieri)
- Tunisia: 660 (17%)
- Nigeria: 246 (6%)
- Albania: 556 (14%)
- Altri paesi extra-UE (esclusa Albania): 20,5%



Prevalenza TBC:

- Maghreb (Marocco, Tunisia): 5–15 volte superiore all’Italia
- Nigeria (Africa subsahariana): tra le incidenze più alte a livello globale
- Albania (Europa sud-est): incidenza superiore all’Italia, rischio MDR-TB
- Italia: ~6–7 casi/100.000

👉 **Molti detenuti provengono da aree a elevata prevalenza di TBC → aumento rischio in carcere**

Attività di screening in carcere TBC

- **Raccordo anamnestico** (difficoltà lingua, difficoltà a porre e far comprendere domande tecniche)
- In alcuni carceri, **Mantoux**
- In altri, **Quantiferon** (con tempistiche diverse fra i diversi istituti)
- In caso di positività al test Quantiferon: rx torace e visita infettivologica
- Se sospetto TBC polmonare, invio in PS
- Se conferma di ITBL, eventuale proposta di terapia eradicante con valutazione della posizione giuridica e/o durata della pena

Nuovi ingressi

- Prima visita: valutazione sintomi e fattori di rischio (TB pregressa, contatti, paese endemico)
- Sintomatici → isolamento + esami espettatorato/RX → invio a infettivologo
- Asintomatici → Quantiferon entro 1–2 mesi (eccetto già positivo documentato)
- Rifiuto test → controlli periodici programmati

Detenuti già presenti

- Sintomatici → 3 esami espettorato + PCR MTB + RX torace → invio a infettivologo
- Asintomatici → screening Quantiferon (priorità: immigrati da paesi endemici, immunodepressi, tossicodipendenti)
- Positivi → RX torace + visita infettivologica

TB attiva e TB latente

- TB attiva: ricovero in Malattie Infettive/Respiratorie; terapia sempre 'a vista'
- TB latente: valutazione infettivologo; terapia avviata se possibile
- Se rifiuto o controindicazioni → controlli periodici programmati
- Sempre garantita continuità terapeutica a trasferimento/scarcerazione

Isolamento e trasporto

- Isolamento immediato dei bacilliferi sospetti/accertati in cella con aerazione naturale, bagno e porta
- Detenuto con mascherina chirurgica, operatori con DPI FFP2
- Trasporto: cabina guida isolata, ventilazione non ricircolante, DPI obbligatori

Segnalazione

- 
- TBC = malattia soggetta a segnalazione
rapida entro 12 ore
 - Segnalazione tramite scheda (compilata e
firmata)

Criticità della segnalazione in carcere

- Sovraffollamento: molti contatti in spazi ristretti
- Trasferimenti e scarcerazioni complicano il tracciamento
- Scarsa collaborazione (sfiducia, stigma)
- Risorse sanitarie limitate e ritardi organizzativi

👉 **Contact tracing spesso incompleto → rischio per detenuti e comunità**

Criticità: isolamento in carcere

- ⚠️ Isolare un detenuto con TBC può richiedere l'isolamento di intere sezioni
 - ➡️ Strutture carcerarie spesso non progettate per isolamento respiratorio
 - ⚠️ Rischio di compromissione della sicurezza e gestione quotidiana dell'istituto
- 👉 **Isolamento difficile da applicare senza impatti organizzativi rilevanti**

Criticità: tracciamento del personale

- 👮 Il personale penitenziario è a stretto contatto con i detenuti
- 📋 Necessario valutare e tracciare i contatti anche tra agenti, educatori, operatori sanitari
- ⌚ Complessità nel garantire screening e follow-up per tutto il personale
- 🌐 Rischio di trasmissione dall'ambiente carcerario alla comunità esterna

👉 **La gestione della TBC in carcere coinvolge anche la tutela della salute dei lavoratori**

Caso clinico – Anamnesi e screening

 Paziente di nazionalità cinese,
ingresso in carcere il 1° agosto u.s.

Anamnesi positiva per diabete e
ipertensione

Screening TBC con IGRA (16
agosto): POSITIVO

Rx torace e visita infettivologica
richiesti (paziente asintomatico)

Caso clinico – Trasferimento e diagnosi

19 agosto: trasferimento in altro istituto

Avviso medico del carcere destinatario → paziente positivo ad IGRA

All'arrivo: tosse + saturazione 91%

Inviato in PS → ricoverato in Malattie Infettive

Allarme generale (tracciamento dei contatti esterni, a Parma, a Reggio, tra gli operatori del carcere? isolamento sezione?)

Diagnosi finale: TBC polmonare chiusa

Caso clinico – Criticità emerse

 Documentazione sanitaria incompleta: mancava storia precedente di TBC

 Pregressa carcerazione in altra regione, non segnalata

 Durante periodo libero abitava a Parma, ma si rivolgeva a Reggio Emilia per ricevere assistenza da un centro per stranieri

 Ritardi e mancanza di continuità informativa tra istituti e servizi territoriali (esigenze giudiziarie, esigenze di sicurezza, esigenze sanitarie----con quale ordine di priorità)

 **Esempio concreto delle difficoltà di gestione e tracciamento della TBC in carcere**

Caso clinico – Lesson learned

 Importanza di una documentazione sanitaria completa e condivisa

 Necessità di continuità assistenziale tra Istituti Penitenziari e territorio

 Screening sistematico e follow-up per evitare diagnosi tardive

 La mobilità del detenuto rende più difficile il contact tracing

Conclusioni

- In carcere fattori ambientali e sociali amplificano i rischi
- Segnalazione e tracciamento più complessi rispetto alla popolazione generale
- Serve coordinamento tra sistema penitenziario e sanitario

👉 **La salute in carcere è salute pubblica**