

## Tubercolosi in Regione: Ritardo diagnostico nei soggetti con tubercolosi polmonare

Un programma di controllo efficace della tubercolosi deve porsi tra i principali obiettivi la diagnosi e il trattamento tempestivo della tubercolosi; alcuni autori suggeriscono come ritardo diagnostico accettabile un tempo inferiore ai 30 giorni dall'insorgenza dei sintomi all'inizio del trattamento antitubercolare. L'analisi dei dati correntemente raccolti dal nostro sistema di sorveglianza permette di descrivere il ritardo totale di diagnosi non tenendo conto delle componenti principali di tale ritardo e cioè dell'accessibilità ai servizi da parte del paziente (impropriamente detto ritardo legato al paziente) e della capacità diagnostica del servizio sanitario (ritardo legato al sistema sanitario). L'obiettivo dello studio era di quantificare l'entità del ritardo con cui vengono diagnosticati i casi di tubercolosi polmonare e di individuare i fattori associati a tale ritardo. In particolare, individuare i fattori associati al tempo trascorso fra comparsa dei sintomi relativi a tubercolosi e momento di richiesta di assistenza sanitaria (ritardo legato al paziente) e individuare i fattori associati al tempo trascorso fra richiesta di assistenza e l'inizio del trattamento antitubercolare (Ritardo legato al servizio sanitario). Lo studio condotto tra il febbraio e il dicembre 2003 prevedeva la raccolta dei dati attraverso un'intervista ai pazienti da parte degli assistenti sanitari dei SISP tramite un questionario adattato dalla scheda di sorveglianza clinica ed epidemiologica del sistema di sorveglianza regionale delle tubercolosi e delle micobatteriosi.

Nel corso del 2003 sono stati riportati 314 casi di tubercolosi polmonare in soggetti con età superiore a 14 anni. L'85% dei casi di tubercolosi polmonare riporta di aver contattato il medico per i sintomi legati alla tubercolosi; il 2,2% dei soggetti sono stati diagnosticati durante l'indagine sui contatti, il 4,5% casualmente durante controlli per altre patologie concomitanti. La tabella sottostante riporta i risultati in termini di ritardo diagnostico. Il 50% dei soggetti inclusi nello studio ha un ritardo totale superiore ai due mesi. Il 25% dei pazienti attende più di un mese prima di rivolgersi ad un medico.

Ritardo diagnostico per anni di residenza in Italia: mediana (IQR)			
Residenza	Ritardo (giorni)		
	Totale	Paziente	Servizio Sanitario
Immigrati da 0-3 anni	62 (30-102)	16 (0-56)	18 (7-58)
Immigrati da più di 3 anni	42,5 (17,5-101)	4,5 (0-37,5)	27,5 (11,5-58)
Nati in Italia	71,5 (44-144)	3 (0-30)	60 (26-120)
<b>Totale</b>	<b>65 (32-120)</b>	<b>7 (0-31)</b>	<b>36 (12-86)</b>

Per quel che riguarda il ritardo del paziente tra i soggetti residenti da meno di 4 anni in Italia si riscontra una maggior frequenza di "ritardatari" rispetto agli immigrati da più di 3 anni e ai soggetti nati in Italia. Le variabili associate al ritardo del servizio sanitario sono: cittadinanza, tipo di contatto sanitario, tosse al primo contatto sanitario. I risultati dello studio inducono due considerazioni, in primo luogo gli immigrati da pochi anni hanno più frequentemente problemi di accessibilità ai servizi (elevato ritardo e accesso frequente al pronto soccorso) in secondo luogo i percorsi innescati a livello delle cure primarie comportano lunghi tempi diagnostici (elevata la percentuale di richieste di esami radiografici ma tempi diagnostici lunghi). Aumentare la visibilità dei servizi, educare alcune comunità specifiche, delineare percorsi diagnostici specifici e garantire un'adeguata formazione agli operatori sanitari territoriali sono interventi che potrebbero determinare una riduzione del ritardo osservato.

**Tubercolosi in Regione: Le resistenze ai farmaci antitubercolari, anno 2003.**

In relazione al progetto di sorveglianza delle resistenze ai farmaci antitubercolari di prima linea, vengono riportati i dati relativi all'anno 2003 ricavati dai risultati dei test di sensibilità eseguiti sui primi isolati di 410 pazienti.

La tabella riporta i risultati. La prevalenza di resistenze ad uno o più farmaci è del 9%, tra i soggetti precedentemente trattati la frequenza sale al 23,1% (7,3% nei soggetti mai trattati). Gli isolati multiresistenti sono l'1,5% del totale (7,7 e 0,7% nei precedentemente trattati e nei non trattati rispettivamente). Le variabili risultate associate alla resistenza sono precedente trattamento e età. I pazienti precedentemente trattati (OR 5.9; 95% CI 1.9-18) e i più giovani hanno più frequentemente tubercolosi resistente rispetto agli altri pazienti.

Resistenza ai farmaci antitubercolari e precedenti trattamenti.				
Tipo R	Anamnesi tubercolare			Totale (n=410)
	Nuovi casi (n=302)	Prec. trattati (n=26)	Non nota (n=82)	
	% R (IC 95%)	% R (IC 95%)	% R	% R (IC 95%)
Qualsiasi	7,3 (4,6-10,8)	23,1 (9-43,6)	11	9 (6,4-12,2)
Mono R	5,3 (3,1-8,5)	11,5 (2,4-30,2)	6,1	5,9 (3,8-8,6)
MDR	0,7 (0,08-2,4)	7,7 (0,9-25,1)	2,4	1,5 (0,5-3,2)
INH	4,3	15,4	7,3	5,6
RMP	2	7,7	2,4	2,4
EMB	0,3	7,7	2,4	1,2
SM	2,7	11,5	3,7	3,4

La resistenza all'isoniazide (INH) è pari al 5,6% in generale e sale al 15,4% tra i soggetti precedentemente trattati (4,3% nei soggetti mai trattati). Nelle forme polmonari la resistenza all'INH è risultata pari al 7% in generale e al 18,2% nei soggetti precedentemente trattati. La conoscenza dei dati sulla resistenza all'INH nelle forme polmonari è un dato utile per la gestione del trattamento dell'infezione latente nei contatti per il quale l'INH rappresenta il farmaco di prima scelta.

**Tubercolosi in Regione: Riunione dei Gruppi Aziendali per il controllo della tubercolosi.**

Il 23 novembre scorso, a Bologna, i Gruppi aziendali per il controllo della tubercolosi si sono riuniti per fare il punto della situazione dopo dieci anni di attività nel controllo della tubercolosi. Durante la riunione sono stati presentati i risultati delle indagini condotte nell'ambito del progetto tubercolosi dell'Agenzia Sanitaria Regionale-Area di programma Rischio Infettivo. Durante la riunione sono stati presentati i dossier "La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti", e quello "La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002". Sono stati illustrati i risultati relativi al sistema di sorveglianza delle resistenze (vedi box in questa pagina) e i risultati dello studio regionale sul ritardo diagnostico (vedi box pagina precedente).

Si è discusso sulle prospettive del sistema di controllo in termini organizzativi, si è discusso sull'opportunità di aumentare la visibilità del sistema e di garantire una adeguata formazione del personale interno ed esterno al sistema. Parte del materiale presentato durante la riunione e le diapositive delle relazioni sono scaricabili dal sito dell'agenzia sanitaria regionale. Si è presentato il software "RER-TBC Epi" che permette una analisi rapida dei dati di notifica e di sorveglianza dell'esito del trattamento (scaricabile all'indirizzo [http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/rischio\\_inf/bollettino\\_rer-tbc/index.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/rischio_inf/bollettino_rer-tbc/index.htm)).