



# Ministero della Salute

EX DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE  
EX DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA  
Ufficio V – Malattie Infettive e Profilassi Internazionale

## TELEFAX

Prot.DGPREV.V/P/

**A:**

ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI  
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE  
LORO SEDI

**e, per conoscenza**  
UFFICI DI SANITA' MARITTIMA, AEREA  
E DI FRONTIERA

LORO SEDI

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE  
AUTONOME TRENTO E BOLZANO  
LORO SEDI

ALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'  
ROMA

**Oggetto: Misure di prevenzione e controllo della tubercolosi.**

In relazione alle notizie, divulgate anche a mezzo stampa negli ultimi giorni e riguardanti un caso di tubercolosi a trasmissione nosocomiale, è opportuno ribadire quanto segue.

La riemergenza della tubercolosi (TB), indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come grave problema di sanità pubblica a livello mondiale già dal 1993, non accenna a diminuire. E' stato stimato che circa un terzo della popolazione mondiale ospita il Micobatterio tubercolare (MTB) allo stato di latenza (infezione tubercolare latente o ITL). Nei soggetti immuno-competenti con ITL il rischio di sviluppare una malattia attiva è circa il 10% nel corso dell'intera vita, evenienza che nella metà dei casi si verifica nei primi 2-5 anni dall'esposizione/infezione.

Nella Regione Europea dell'OMS, nel 2009, sono stati segnalati circa 400.000 casi di TB, l'86% dei quali notificati da 18 Paesi della regione orientale e centrale.

In Italia, come in molti altri paesi industrializzati, la tubercolosi è una patologia relativamente rara. L'incidenza negli ultimi anni è stata inferiore a 10 casi di malattia/100.000 abitanti (nel 2009 il dato è di 7 casi di malattia/100.000 abitanti, corrispondenti, in termini assoluti, a poco più di 4.200 casi di malattia) a fronte di una prevalenza di infezioni latenti pari – secondo stime OMS – al 12% (corrispondenti, in termini assoluti, a poco più di 7.200.000 infezioni latenti). Tuttavia, negli ultimi anni sono emersi numerosi motivi di allarme: nelle grandi città metropolitane l'incidenza di TB è fino a 4 volte maggiore rispetto alla media nazionale, la tubercolosi multiresistente è in lento ma progressivo aumento e la proporzione di persone che completano il trattamento antitubercolare è inferiore agli standard definiti dall'OMS.

I casi di tubercolosi sono soggetti a notifica obbligatoria secondo quanto indicato nel DM 15/12/90, con scheda di sorveglianza ad hoc, aggiornata nel 1999, in occasione dell'emanazione di linee guida per il controllo della tubercolosi (Gazzetta Ufficiale n. 40 del 18-02-1999), mirate a promuovere la standardizzazione della terapia antitubercolare ed il follow-up dei pazienti trattati, la

prevenzione e controllo della TB in pazienti ad alto rischio, tra i quali soprattutto i contatti dei casi e il miglioramento dell'accesso ai servizi.

Una indagine condotta a livello nazionale nel 2002 ha messo in evidenza una situazione molto differenziata, tra le diverse regioni, per modalità e grado di implementazione delle linee guida e, in generale, l'assenza in molte aree del paese di programmi di controllo della TB solidamente strutturati.

Nel 2004, inoltre, è stato redatto un manuale tecnico per la diagnosi microbiologica della TB, al fine di standardizzare anche la sorveglianza di laboratorio per l'individuazione dei casi.

Nel 2007 il documento "Stop alla tubercolosi in Italia" ha individuato dieci obiettivi prioritari e altrettante azioni strategiche per promuovere un miglior controllo della tubercolosi nel nostro Paese, proponendo l'armonizzazione degli interventi a livello regionale. In conseguenza di questo impegno sottoscritto in Conferenza Stato/Regioni, è stato elaborato un documento che fornisce nuove raccomandazioni nazionali per il controllo della TB, basate su evidenze scientifiche, e, nel 2009, è stata organizzata una Consensus Conference per rivedere le strategie più efficaci per il controllo della tubercolosi nella popolazione immigrata. Gli obiettivi prioritari del documento, da perseguire nel periodo 2011-2013, sono infatti:

1. Miglioramento del **sistema nazionale di sorveglianza della tubercolosi**, con particolare riguardo alla notifica da parte del laboratorio, alla sorveglianza della farmacoresistenza e del monitoraggio dell'esito del trattamento.
2. Programmi di **implementazione delle nuove linee guida** predisposte nel 2010, relative alla gestione dei contatti di caso, alla gestione assistenziale della TB ed al controllo della TB nelle persone immigrate da paesi ad elevata prevalenza. Le nuove linee guida devono essere tradotte a livello regionale in linee guida tecniche ed operative sulle attività di controllo della TB.
3. Attivazione di un **programma "straordinario" di educazione sanitaria e di formazione** degli operatori ai diversi livelli.

In merito al punto 2, sono state aggiornate le raccomandazioni nazionali sul controllo della tubercolosi (attualmente in iter di approvazione in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano), concernenti in particolare:

- a. la gestione dei contatti di casi di TB attiva;
- b. gli interventi di terapia preventiva con particolare riguardo ai pazienti con infezione da HIV;
- c. la gestione e controllo della TB in ambito assistenziale. La trasmissione di *M. tuberculosis* rappresenta, infatti, un rischio negli ambiti assistenziali, che varia con il tipo di ambiente, la prevalenza dell'infezione nella comunità e l'efficacia delle misure di controllo dell'infezione. La probabilità di essere affetto da malattia tubercolare è più alta in quelle persone che hanno già avuto malattia o sono stati esposti a *M. tuberculosis*, che appartengono a un gruppo a rischio, che hanno un test cutaneo/immunologico positivo. E' fortemente sospettabile una TB in presenza di segni o sintomi compatibili con malattia tubercolare.

Tutto ciò premesso, è opportuno ribadire che:

1. Il controllo della malattia tubercolare nei contesti epidemiologici a bassa incidenza, quale l'Italia, avviene principalmente tramite la prevenzione della trasmissione di *M. tuberculosis* da parte dei soggetti contagiosi e la prevenzione della progressione dell'infezione tubercolare latente (ITL) a TB attiva; è quindi fondamentale implementare sistemi di sorveglianza efficaci.
2. La rilevazione e la notifica in tempi rapidi dei casi sospetti di TB è un'attività cruciale nei programmi di controllo della TB, in quanto il trattamento farmacologico adeguato dei casi di TB attiva interrompe la catena di trasmissione della malattia. La notifica dei nuovi casi di TB è fondamentale per dare inizio a quelle attività di sanità pubblica volte alla ricerca dei contatti di TB contagiosa e alla sorveglianza degli esiti del trattamento nei casi di TB attiva e latente.
3. La valutazione dei contatti dei casi di TB contagiosa rappresenta il metodo più produttivo per l'identificazione di quelle persone, adulte o meno, che abbiano contratto l'infezione e siano a rischio di progressione della malattia.
4. **I programmi di sorveglianza per gli operatori sanitari si basano oltre che sulla valutazione all'inizio dell'attività lavorativa e la rivalutazione periodica per infezione tubercolare, anche su una continua valutazione del rischio di trasmissione della TB a pazienti particolarmente suscettibili, mediante un attento monitoraggio dei segni e sintomi clinici compatibili con TB attiva. Quest'ultima sorveglianza è particolarmente importante in strutture che assistono pazienti a rischio.**

I programmi di sorveglianza devono comunque riguardare anche i soggetti vaccinati (la vaccinazione antitubercolare con BCG è obbligatoria per le categorie individuate dal DPR 7-11-2001 n. 465), considerato che i dati ad oggi disponibili indicano una limitata efficacia del vaccino BCG.

Nel raccomandare, quindi, di voler porre particolare attenzione alla messa in atto delle attività raccomandate e al rafforzamento della sorveglianza e controllo della tubercolosi in ambito assistenziale e in contesti di aumentato rischio, si prega di voler dare la massima diffusione della presente nota ai servizi competenti e di sensibilizzare gli operatori sanitari a tale problematica.

 MGP / GF

IL CAPO DIPARTIMENTO  
Dr. Fabrizio OLEARI

