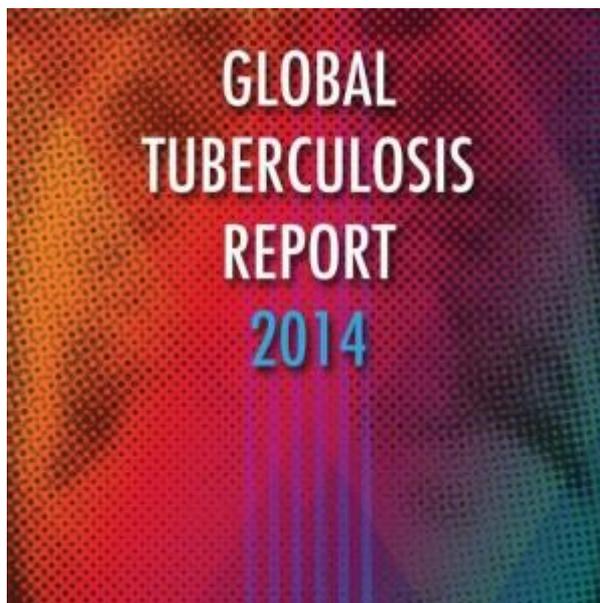


La sfida del Global TB Report 2014. Reaching the Unreached



Federica Pozzi

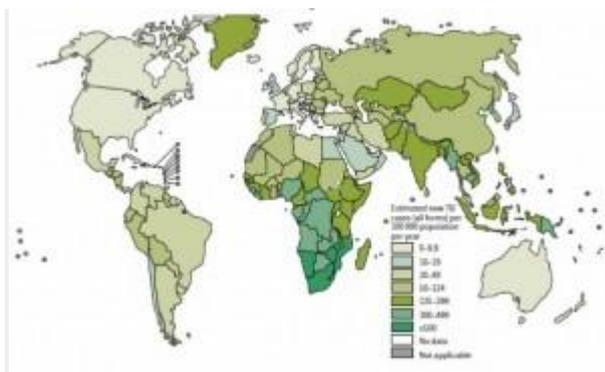
Nel mondo sono circa 3,3 milioni i missed cases di TB, i casi non diagnosticati o diagnosticati ma non notificati. Le cause: emarginazione, scarsa consapevolezza della malattia, barriere economiche di accesso dei sistemi sanitari, personale sanitario scarsamente formato e sovraccarico di lavoro che porta ad una scarsa attenzione ai sintomi, scarso numero e distribuzione delle infrastrutture sanitarie sul territorio, assenza o inefficacia delle attività di sensibilizzazione a livello comunitario.

Presentato recentemente a Ginevra insieme ad uno specifico Rapporto sulla tubercolosi multiresistente (Mdr-Tb e Xdr-Tb), il **Global TB report 2014 dell'Oms [1]**, offre nuovi spunti di riflessione sulla seconda

singola patologia, dopo l'HIV, con la più alta mortalità a livello mondiale, tuttora un'emergenza di salute pubblica globale.

Grazie a uno sforzo coordinato tra Oms, 201 Paesi e molte altre agenzie, sono aumentati di recente gli investimenti negli studi nazionali di prevalenza e di sorveglianza di base. I nuovi dati emersi ci permettono di stimare meglio il problema Tbc nel mondo, avvicinandoci sempre di più alla comprensione della realtà. La revisione dei dati in cinque nuovi Paesi (Gambia, Laos, Nigeria, Pakistan e Rwanda) ha reso ancor più attendibili le stime di **9 milioni di nuovi casi** (1.1 milioni, circa il 13%, in HIV positivi) e **1,5 milioni di morti** l'anno (360.000 HIV positivi). Il 56% dei casi si localizza nel Sud Est Asiatico (di questi il 24% solo in India). L'Africa rappresenta un quarto di tutti i casi ed ha la più alta mortalità in relazione ai casi. La Nigeria, con la sua prima survey nazionale sui 174 milioni di abitanti, ha causato lo spostamento più significativo rispetto alle stime precedenti, con un incremento del 200% dell'incidenza, del 100% della prevalenza e del 400% della mortalità, contribuendo all'aumento della mortalità della intera regione africana del 44%. (Figura 1)

Figura 1. Tassi di incidenza della Tbc, 2013

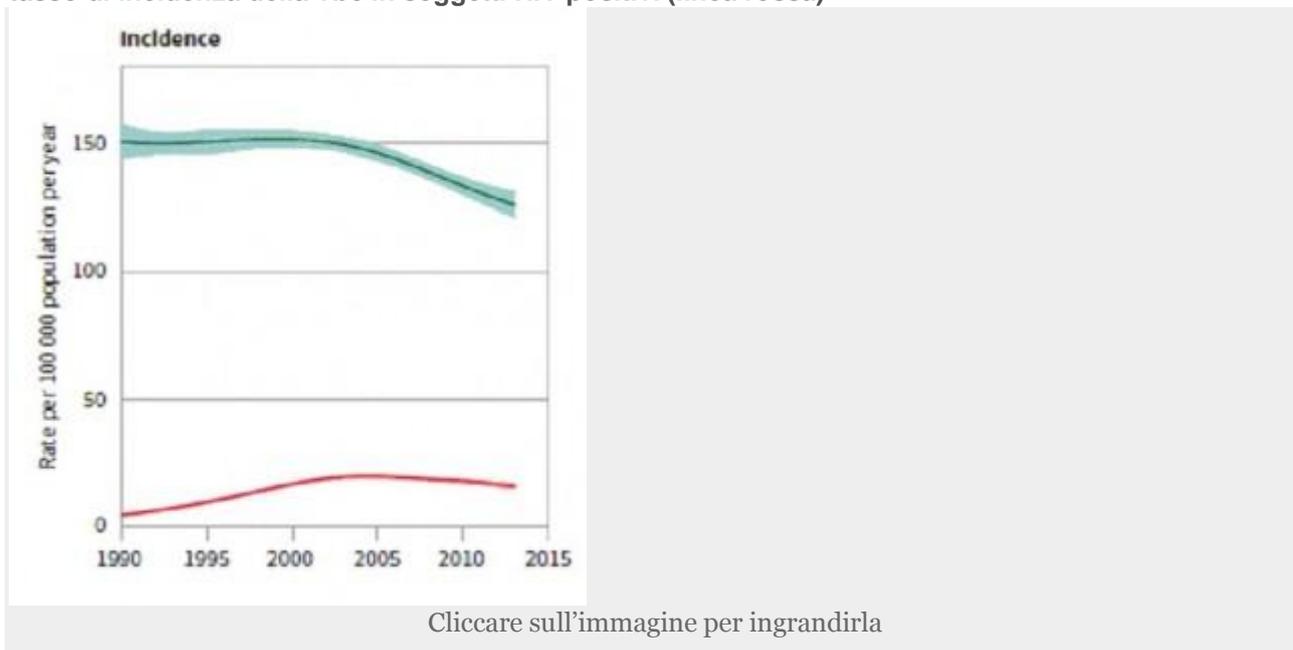


Cliccare sull'immagine per ingrandirla



A livello mondiale si registra un calo di incidenza dell'1,5% l'anno dal 2000. Questo ha permesso di raggiungere l'obiettivo del Millennio 2015 di inversione dell'incidenza della Tbc globalmente in tutte le sei regioni dell'Oms e nella maggior parte dei 22 paesi ad alta incidenza (HBCs High Burden Countries). (Figura 2)

Figura 2. Andamento mondiale del tasso stimato di incidenza globale della Tbc (linea verde) e del tasso di incidenza della Tbc in soggetti HIV positivi (linea rossa)

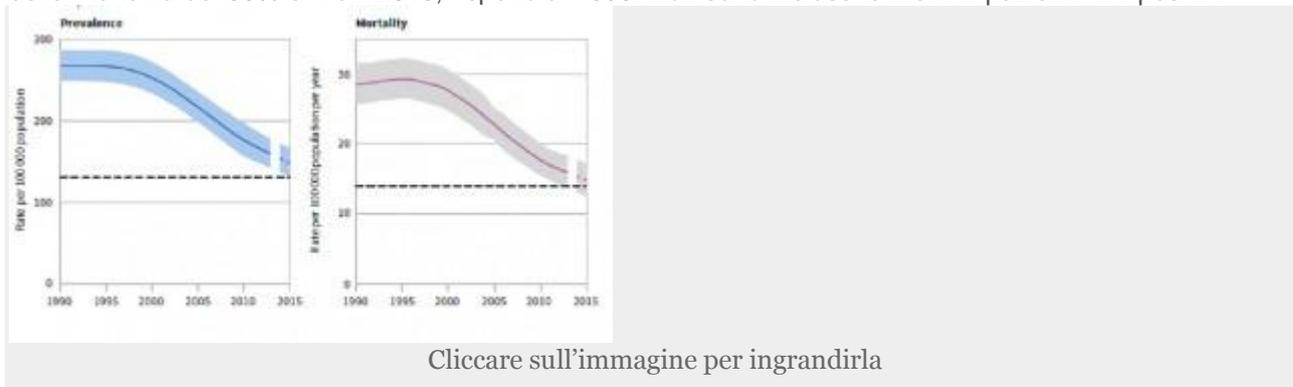


[Cliccare sull'immagine per ingrandirla](#)

Anche la mortalità si è ridotta del 45% e la prevalenza del 41% dal 1990, ma occorrono progressi ulteriori per raggiungere il target definito dalla *Stop TB Partnership* di riduzione del 50% di entrambi gli indicatori, entro il 2015. (Figura 3)

In generale solo due delle sei regioni Oms hanno raggiunto tutti i tre target di riduzione degli indicatori attesi per il 2015 (incidenza, prevalenza e mortalità): la regione delle Americhe e del Pacifico Occidentale.

Figura 3. Andamento del tasso di prevalenza e mortalità della Tbc 1990–2013 e proiezione per il 2014–2015. La linea tratteggiata orizzontale rappresenta l'obiettivo della *Stop TB Partnership* di riduzione della mortalità del 50% entro il 2015, rispetto al 1990. Non sono incluse le morti in pazienti HIV positivi.



[Cliccare sull'immagine per ingrandirla](#)

Positivo il dato di successo dei trattamenti delle nuove diagnosi, pari globalmente all'86% (sebbene nel Mdr-Tb si arrivi solo al 46% di successi e per la Xdr-Tb solo al 27%). In Europa, in particolare nell'Est, nonostante un miglioramento dal 2011, si è confermata la media del 75% di successo, raggiunta nel 2012.

Missed cases

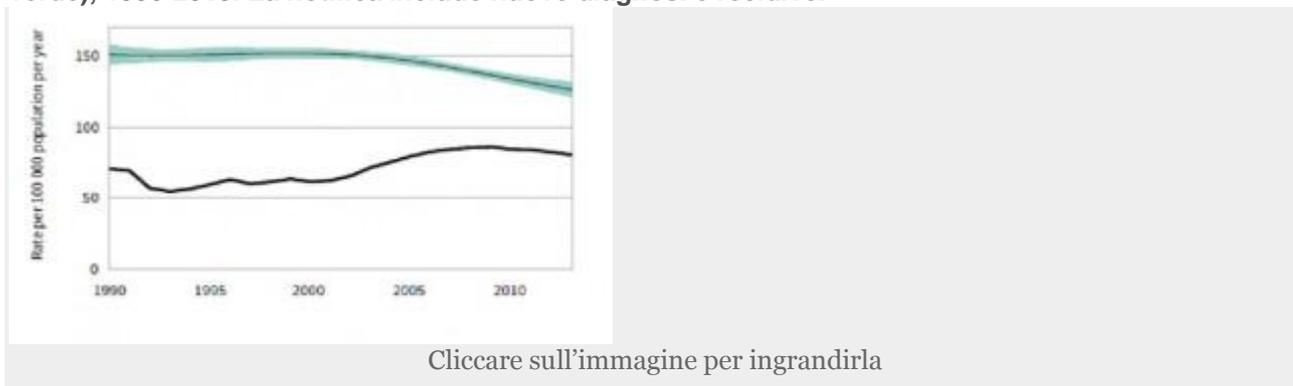
Tuttavia i numeri del Report 2014 aprono nuovi scenari e evidenziano i forti limiti che ancora occorre superare, in previsione della strategia post 2015.

Se infatti da un lato migliora il tasso di notifica dei nuovi casi che raggiunge il 64%, questo significa anche che nel 2013 dei 9 milioni di casi stimati, ne sono stati notificati all'Oms solo 6,1 milioni: 5,7 milioni di nuove diagnosi e 0,4 già in trattamento.



La differenza fra il numero stimato di persone che si ammalano di Tbc in un anno e il numero effettivo di casi notificati ai programmi nazionali, rappresenta i *missed cases*, che si stimano essere oggi circa 3,3 milioni di casi, non diagnosticati o diagnosticati ma non notificati. (Figura 4). Sebbene la proporzione di questi “casi persi” sia rimasta stabile nel corso degli ultimi sette anni, il numero totale si accumula progressivamente ogni anno.

Fig 4. Andamento del tasso di notifiche (linea nera) e del tasso di incidenza stimata della Tbc (linea verde), 1990-2013. La notifica include nuove diagnosi e recidive.



Le cause di questo enorme *gap* sono molteplici ma possono essere raggruppate in tre gruppi principali:

- **Personne affette da Tbc che non hanno accesso al sistema sanitario:** emarginazione, scarsa consapevolezza della malattia, barriere economiche di accesso dei sistemi sanitari (user fees), scarso numero e distribuzione delle infrastrutture sanitarie sul territorio, assenza o inefficacia delle attività di sensibilizzazione a livello comunitario
- **Personne affette da Tbc che hanno accesso al sistema sanitario ma non vengono diagnosticate:** personale sanitario scarsamente formato e sovraccarico di lavoro che porta ad una scarsa attenzione ai sintomi, test diagnostici richiesti non sempre appropriati ed accurati, attese o distanze da percorrere che limitano la possibilità di ricevere i risultati dei test effettuati.
- **Personne affette da Tbc che vengono diagnosticate ma non sono notificate:** inefficienza del sistema di compilazione dei registri nelle strutture pubbliche, inesistente o scarsa interazione fra le strutture private (cliniche, laboratori, organizzazioni non governative..) e i programmi di Tbc nazionali, scarsa regolamentazione sulla necessità di notifica obbligatoria nelle strutture sanitarie

Circa la metà dei *missed cases* sono in Asia; si tratta per la maggior parte di malati che a causa del sovraffollamento e delle barriere economiche all'accesso dei servizi pubblici, si rivolgono al settore privato, scarsamente allineato con i protocolli nazionali e estraneo al sistema ufficiale di notifiche. Occorre poi considerare l'impatto delle “*hard to reach population*” popolazioni notoriamente difficili da raggiungere, in particolare i bambini e gli HIV positivi.

Nel 2013 i bambini (< 15 anni) hanno rappresentato solo il 6% di tutti i casi notificati, sebbene rappresentino la metà dei nuovi casi di Tbc ogni anno e rendono conto di 74.000 morti. La tubercolosi nei bambini è spesso misdiagnosticata a causa della sintomatologia non specifica e della limitatezza degli strumenti diagnostici. Per questo nel 2013 è stata lanciata una *Road Map-Towards Zero Deaths*, per migliorare la prevenzione, la diagnosi e la terapia nei bambini con Tbc o che vivono in famiglie con Tbc.

La seconda popolazione difficile da raggiungere è rappresentata dai malati con coinfezione HIV-Tbc. Nel 2012 solo il 50% del 1.1 milione di nuovi casi stimati di Tbc in pazienti sieropositivi è stato diagnosticato. Anche questo dato è estremamente preoccupante, se si considera che la Tbc è la causa principale di morte nei pazienti HIV positivi. Anche in questo caso si tratta di forme difficile diagnosi a cui si aggiunge la doppia stigmatizzazione dei malati che limita ulteriormente l'accesso ai sistemi sanitari di popolazioni ad alto rischio.

La fine del 2015 segnerà una transizione dagli obiettivi di sviluppo del millennio (MDGs) ai programmi di sviluppo post 2015. In questo ampio contesto l'Oms ha sviluppato una strategia globale per la Tbc post 2015 (End TB Strategy) che è stata approvata da tutti gli stati membri nell'assemblea del maggio 2014. L'obiettivo principale della strategia è di porre fine all'epidemia globale di TB entro il 2035, raggiungendo una riduzione del 95% della mortalità e del 90% dell'incidenza, rispetto ai dati del 2015. Tre le strade da percorrere ritenute oggi efficaci e sostenibili

1. **Espandere l'accesso alla cura**

La tubercolosi è notoriamente una malattia infettiva curabile. Fin dal 1994 la strategia DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-Course*) si è dimostrata un intervento standard efficace e semplice per promuovere gli elementi basilari della cura e del controllo della Tbc anche in paesi a basso reddito. Occorre oggi continuare a lavorare in questa direzione, identificando le popolazioni vulnerabili,



migliorando la consapevolezza e l'educazione, potenziando i programmi di cura a base comunitaria, assicurando l'accesso gratuito universale alla sanità e potenziando la qualità dei servizi offerti dai sistemi sanitari pubblici e privati nelle comunità meno servite.

2. **Migliorare il sistema di screening e i test diagnostici**

Una delle chiavi per affrontare l'epidemia è nei laboratori per la conferma dei test. Nel 2013 il 58% dei 4.9 milioni di casi di Tbc polmonare sono stati confermati da un test di laboratorio centralizzato, incluso il test rapido Xpert. Nel 2014 sono i 108 paesi che hanno avuto accesso alle nuove tecnologie a prezzi concordati per i laboratori. Occorre tuttavia continuare a potenziare le competenze degli operatori sanitari nell'individuazione dei sintomi, effettuare screening sistematici nelle popolazioni ad alto rischio e nei contatti delle persone affette.

3. **Migliorare il flusso delle informazioni nel percorso di cura**

In sistemi sanitari fragili, deregolamentati e frammentati occorre potenziare le possibilità di comunicazione fra i diversi attori, per garantire ai malati un percorso univoco e unidirezionale dallo screening, alla diagnosi, alla cura. Bisogna rafforzare a livello nazionale i sistemi di raccolta dati attraverso l'utilizzo di registri comuni al settore pubblico e privato e implementare l'obbligo di notifica dei casi diagnosticati, anche attraverso meccanismi di incentivi, sia a livello ospedaliero che nelle strutture decentralizzate sul territorio.

Occorre tuttavia agire fin da subito. Le conseguenze di ulteriori ritardi sono oggi inaccettabili sia sul piano sanitario che economico: la persistenza di un altissimo numero di morti completamente prevenibili, il rischio di amplificazione della trasmissione (ogni anno un malato non curato infetta mediamente altre 10 persone), il sovraccarico per i sistemi sanitari e l'economia dei paesi colpiti, l'aumento del rischio di multirresistenza, con conseguente incremento dei costi della terapia (il costo complessivo di farmaci e strutture per singolo paziente Tbc varia tra i 100 e i 500 dollari per l'intero trattamento, ma nella Mdr-Tb può variare dai 9235 dollari ai 48.553 dollari).

Imprescindibile l'aspetto economico: ogni anno servirebbero 8 miliardi di dollari, dei quali 2 miliardi da destinare alla ricerca. Ci sono oggi 6,3 miliardi con un gap di quasi due miliardi. I Paesi Bric (Brasile, Russia, India, Cina) che rappresentano circa il 50% dei casi di Tbc possono affrontare con fondi interni quasi totalmente o in larga parte il peso economico, ma la maggior parte degli altri paesi dipendono da donatori internazionali, anche al 90%. Nuove modalità di finanziamento del Global Fund vanno nella direzione di aiutare questi paesi nell'implementazione di nuovi piani strategici nazionali in linea con gli obiettivi post 2015.

Chiudere il gap dei casi persi, *Reaching the Unreached*, raggiungere i non raggiunti, con i programmi di cura per la Tbc deve essere oggi il cuore degli sforzi mondiali, dal 2015 in poi.

Come affermato da Mario Raviglione, Direttore del Global TB Program dell'OMS in merito ai 3 milioni di casi che non arrivano ai sistemi sanitari nazionali: **“Occorre comprendere dove sono per comprendere perchè muoiono”.** Di nuovo la strada da percorrere, anche per la Tbc, passa attraverso il progresso verso l'accesso universale alla cura.

Federica Pozzi, Specialista in Medicina Interna, cooperante in Haiti.

Bibliografia

1. [Global TB Report 2014](#). GENEVA: WHO, 2014

