

Analisi delle schede individuali di notifica della Tuberculosis in Italia nel triennio 1992-1994.

(Squarcione S., Carbini R., D'amato S., Troiano T.)

Ministero della Sanità
Dipartimento della Prevenzione

Riassunto

Gli Autori tracciano il quadro epidemiologico della tubercolosi in Italia come risulta dall'analisi di 13.639 schede di notifica individuale pervenute al Ministero della Sanità nel triennio 1992-1994.

Per la prima volta è possibile presentare l'elaborazione dei dati scaturenti dal sistema nazionale di notifica delle malattie infettive avviato dal 1991.

E' stato altresì effettuato un confronto tra la TB nella popolazione generale e la TB in AIDS e viene offerto un tentativo di determinazione dell'incidenza di TB nei cittadini stranieri presenti sul territorio italiano.

L'andamento indica una ripresa della malattia negli ultimi anni, in particolare delle forme combinate ed extrapolmonari, con maggior interessamento delle età comprese tra 25-39 anni e 60-75 anni nei maschi, 20-35 anni e 60-80 anni nelle femmine (rapporto maschi/femmine 2/1).

INTRODUZIONE

In quest'ultimo decennio la situazione epidemiologica della tubercolosi nei Paesi industrializzati è caratterizzata da un aumento dei casi che ha interrotto il trend negativo iniziato negli anni '60.

Le cause che hanno prodotto questa inversione di tendenza sono molteplici e, probabilmente, connesse anche ad una sottovalutazione del "rischio tubercolosi" , con conseguente decadimento delle misure di controllo della malattia. Anche la comparsa ed il diffondersi di ceppi farmacoresistenti di *M. tuberculosis* in conseguenza di una non sempre corretta somministrazione dei farmaci antitubercolari costituisce una delle cause principali dell'attuale andamento epidemiologico. Inoltre, un ruolo sicuramente importante è stato giocato dal rapido incremento demografico nei Paesi tradizionalmente ad alta endemia nei quali, peraltro, il frequente deterioramento delle condizioni socio-politiche interne ha dirottato verso altri settori gran parte delle risorse economiche prima destinate alla sanità pubblica.

Da ultimo, ma non certo per importanza, la pandemia da HIV ha contribuito fortemente al diffondersi della tubercolosi ed ha influito sulla frequenza della comparsa di malattia da micobatteri atipici oltrecchè alla selezione di numerosi ceppi farmacoresistenti.

Attualmente l'OMS stima che ogni anno 8 milioni di persone sviluppino la malattia e questo numero sembra destinato ad aumentare; si calcola che nell'ultimo decennio ci siano stati oltre 30 milioni di morti per TB (8).

Anche in Italia la TB ha registrato un lento declino tra gli anni '60 e gli anni '80, ma nell'ultimo decennio si è verificata un'inversione di tendenza con un aumento dell'incidenza che è passata dal 5,8 per 100.000 ab. del 1980 al 9,6 per 100.000 ab. del 1994. (5,7).

La patologia infettiva dell'apparato respiratorio sostenuta da micobatteri, quindi, viene nuovamente a costituire un problema di sanità pubblica sia per la rilevanza epidemiologica che per quella clinica e per tale motivo la tubercolosi è stata inclusa nella classe III del sistema italiano di notifica delle malattie infettive e diffuse, oggi regolamentato dal D.M. 15/12/90.

Il flusso informativo per questa classe prevede l'invio delle schede di notifica dal medico che fa diagnosi alla U.S.L. in cui questa è stata posta, dalla U.S.L. segue la trasmissione alla Regione e, infine, dalla Regione contemporaneamente al Ministero della Sanità, e all'ISTAT.(4)

Il Ministero della Sanità, oltrechè le schede di notifica, riceve anche le richieste indagini epidemiologiche, che vengono condotte a livello locale al fine di attuare tutti gli interventi di prevenzione e controllo di competenza delle Organizzazioni Sanitarie territoriali.

In questo lavoro vengono presentati i dati relativi ai casi di TB polmonare ed extrapolmonare notificati al Ministero della Sanità negli anni 1992/94.

MATERIALI E METODI

Sono stati esaminati i dati derivanti dall'analisi di n° 13.639 schede individuali di notifica utilizzate per le malattie di classe III. La scheda, diversa per ciascuna delle 4 malattie inserite in questa classe, si compone di due sezioni. La prima è specificamente anagrafica e contiene dati rilevanti per gli interventi di sanità pubblica, mentre la seconda parte della scheda comprende informazioni circa l'agente eziologico, i criteri diagnostici, la sede anatomica della manifestazione tubercolare.

Per le localizzazioni extrapolmonari è stata utilizzata la classificazione internazionale delle malattie IX revisione ICD - IX.

Poichè alcune Regioni italiane hanno aderito tardivamente o in modo parziale all'attuale sistema di notifica delle malattie infettive, entrato in vigore nel 1991, al fine di eliminare possibili fattori di confondimento, non sono state utilizzate, in questo studio, le informazioni relative alle regioni Lazio, Campania, Calabria per quanto riguarda le sole caratteristiche anagrafiche dei malati di TB.

Abbiamo ritenuto opportuno determinare una linea di tendenza dell'incidenza dei casi di TB polmonare ed extrapolmonare a partire dell'anno 1978 fino all'anno '90. E' stata utilizzata la tecnica della regressione lineare, considerando come valori della variabile

indipendente, gli anni che vanno dal '78 all'90; sono quindi state estrapolate le incidenze attese per gli ultimi quattro anni.(6)

L'elaborazione dei record è stata eseguita utilizzando il pacchetto di software statistico Epi-Info, specifico per le analisi di tipo epidemiologico, ed il pacchetto statistico SPSS per Windows r.6.0

RISULTATI

L'andamento della TB in Italia dal 1978 al 1994 indica un tendenziale decremento dell'incidenza fino all'anno 1987 seguito da un fenomeno di ripresa della malattia perdurante fino al 1994.

Nel quinquennio 1990-1994 sono stati notificati 3.602 casi in eccesso rispetto alla retta di regressione lineare riferita agli anni 1978-'90. L'incidenza minima si è verificata nell'anno 1983 (4.9x100.000 ab.) e la massima nel 1994 con 9.6x100.000 ab. ([Fig. 1](#))

L'analisi della distribuzione dei casi notificati nelle diverse aree geografiche italiane fa rilevare che il maggior numero dei casi è stato notificato, nel periodo in esame, dalle regioni Piemonte, Veneto, Lombardia, Friuli V. Giulia e Trentino con un valore compreso tra 10 e 20 x 100.000 ab. Nelle Regioni dell'Italia centrale è stato registrato un valore compreso tra 6 e 9 X 100.000 ab., mentre nelle Regioni meridionali tale valore è inferiore a 5 x 100.000 ab. Pertanto, l'incidenza stimabile della TB nel nostro Paese passa dall'8,2 per 100.000 ab. del 1992 al 9,6 per 100.000 ab. del 1994, con un incremento complessivo della morbosità del 17% nel periodo considerato ([Tab. 1](#)).

Un dato a nostro avviso rilevante è quello della osservazione che le varie forme di tubercolosi non mostrano un incremento simile, ma fortemente differenziato. Infatti, nel periodo considerato, l'incremento di tubercolosi polmonare è pari al 13%, mentre le forme extrapulmonari sono aumentate del 35% e le forme associate crescono del 45% ([Tab. 2](#)).

Per quanto riguarda età, sesso, cittadinanza e localizzazioni, i dati provenienti dalle Regioni considerate nel triennio 92-94 mostrano che i maschi costituiscono circa i 2/3 del totale dei casi ([Tab. 3](#)). La distribuzione dei casi per età evidenzia, per ciascun anno considerato, un maggior interessamento delle età comprese tra 25-39 e 60-75 anni per i maschi, mentre per le femmine quelle comprese tra 20-35 e 60-80 anni ([Fig. 2](#)).

Un dato che riteniamo utile sottolineare è costituito dall'evidenza della sostanziale sovrapposibilità delle distribuzioni dei casi per sesso ed età, nelle classi dei giovani adulti, tra i casi di tubercolosi rilevati attraverso il sistema di notifica generale ed i casi di tubercolosi in AIDS ([Fig. 3](#)).

E' possibile effettuare questo confronto solo sulle notifiche relative al periodo che parte dal II semestre del 1993, momento in cui, in Italia, fu inclusa la tubercolosi polmonare tra i criteri per la definizione di caso di AIDS (2).

Per quanto riguarda i casi di TB extrapulmonare, questi hanno interessato prevalentemente le fasce di età giovanili e più avanzate e si sono manifestati soprattutto a carico di pleura, ossa e articolazioni, rene, linfonodi periferici ([Tab. 4](#)).

L'analisi dei dati ricavati dalle schede di notifica ha consentito, inoltre, di rilevare la composizione per cittadinanza dei soggetti notificati come affetti da una forma di tubercolosi.

Questa informazione, nel triennio 1992-1994 è divenuta sempre più affidabile poiché la sua mancata indicazione è passata dal 4,12% del 1992 all'1,42% del 1994. ([Fig. 4](#)).

Dai dati in nostro possesso, quindi, risulta che, facendo riferimento alle sole notifiche del 1994, i casi di tubercolosi polmonare ed extrapolmonare, nel loro complesso, sono stati nell' 89,37% a carico di cittadini italiani e in poco più del 9% a carico di stranieri; tra questi ultimi, il 58% dei casi è rappresentato da africani, il 15% da asiatici, l'11% da cittadini europei extracomunitari, il 10% da cittadini prevalentemente sud-americani ([Tab. 5](#)).

Abbiamo tentato di effettuare una stima della incidenza della tubercolosi negli stranieri utilizzando, come denominatore, il dato certo fornito dal Ministero dell'Interno circa il numero dei regolari che, per l'anno 1994, è di 922.706 soggetti (2); questo dato è stato integrato col numero stimato degli immigrati irregolari che, nello stesso anno e secondo fonti Caritas, ammonterebbe a circa 350.000 soggetti (3).

Pertanto, nell'anno 1994 l'incidenza della tubercolosi notificata a carico di stranieri presenti sul territorio italiano è stimabile intorno al 34 x 100.000.

Non viene offerto alcun confronto tra la popolazione italiana e quella immigrata essendo quest'ultima costituita, nella sua generalità e per i motivi che caratterizzano il fenomeno migratorio, prevalentemente da giovani maschi.(1)

DISCUSSIONE

Dall'esame dei dati in nostro possesso emerge che in Italia l'andamento della tubercolosi, protagonista di numerose epidemie del passato, sta subendo una inversione di tendenza, con una incidenza che aumenta nell'ultimo decennio al pari di altri Paesi Europei quali Svezia, Danimarca, Regno Unito e Portogallo. (5)

L'andamento per fasce di età, comunque, è compatibile con una ridotta circolazione ambientale del microrganismo testimoniata dalla pressochè nulla TB infantile, dalla comparsa della malattia in età giovanile, in particolare nella seconda e terza decade di vita, ed infine dalla sua recrudescenza in età avanzata.

La maggiore incidenza registrata nell'età giovanile, a nostro avviso, potrebbe essere legata alla infezione da HIV; mentre la recrudescenza di casi di tubercolosi nelle fasce di età più avanzate potrebbe essere dovuta a molteplici fattori tra cui la diminuzione delle difese immunitarie, la riattivazione di infezioni primarie ed il manifestarsi di altre patologie favorevoli l'insorgenza della malattia.

Inoltre, la recrudescenza dei casi di TB nelle fasce di età più avanzate suggerisce la necessità di condurre indagini epidemiologiche sul territorio per verificare le reali dimensioni sociali del problema tubercolare.

La suscettibilità alla tubercolosi è infatti correlata a due condizioni: il rischio di contrarre l'infezione e quello di sviluppare successivamente la malattia. Il primo è proporzionale alla frequenza dell'infezione attiva nella popolazione, all'affollamento, al degrado ambientale, alle scadenti condizioni socio-economiche. Il secondo dipende, in parte, dallo squilibrio dietetico, dallo stato immunitario, da altre malattie coesistenti oltre che da fattori individuali di resistenza dell'ospite.

L'urbanizzazione, i flussi migratori da Paesi in via di sviluppo hanno ricreato, in poco tempo, fasce di popolazione che condividono condizioni socio-economiche precarie e quindi maggiormente suscettibili alle infezioni sostenute da micobatteri, indipendentemente dal fattore cittadinanza.

La rilevata maggiore incidenza della tubercolosi notificata nelle Regioni settentrionali del Paese, a nostro avviso, è fortemente influenzata da una loro storica maggior attenzione verso tale malattia, tant'è che nelle stesse Regioni sono da tempo attivi sistemi ad hoc per la sua rilevazione.

D'altra parte, è altrettanto vero che nelle medesime Regioni il fenomeno tossicodipendenza ed il numero dei casi di AIDS segue un andamento parallelo alla notifica di malattia tubercolare.

I calcolati casi in eccesso indicano che la Sanità Pubblica italiana deve impegnarsi per sostenere un ulteriore sforzo in senso preventivo e terapeutico, ridisegnando - nel caso - anche l'attuale strategia per il controllo della tubercolosi ed approntando, altresì, norme che operino una netta separazione tra gli interventi sanitari e le competenze di polizia: solo così sarà, tra l'altro, possibile controllare la tubercolosi nella popolazione dei migranti.

Bibliografia:

- 1) Bonifazi C. I flussi migratori in Italia. Ann Ig 1995; 7: 147-156.
- 2) Circolare Ministeriale 29 aprile 1994, n° 9. Revisione della definizione di caso di AIDS ai fini della sorveglianza epidemiologica. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale 13/5/94, 110.
- 3) Caritas di Roma. Immigrazione dossier statistico '95: Anterem, 1995.
- 4) Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990. Sistema informativo delle malattie infettive. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale 08/1/91, 6.
- 5) Raviglione MC, Sudre P, Rieder HL, et al. Secular trends of tuberculosis in Western Europe. Bulletin of the WHO 1993; 71 (3/4): 297-306.
- 6) Santon A. Glantz. Statistica per discipline bio-mediche: Mc Graw-Hill, 1988.
- 7) Sudre P, ten Dam G, Kochi A. Tuberculosis: a global overview of the situation today.

Bulletin of the WHO 1992; 70 (2): 149-159.

8) WHO - Framework for effective tuberculosis control 1994; 179.

RINGRAZIAMENTI:

Gli Autori ringraziano la Dr.ssa Loredana Vellucci per la collaborazione fornita e il Dr. Giovanni Rezza, Direttore del Centro Operativo AIDS per aver fornito i dati della TBC in AIDS.

Nota

Chi fosse interessato al lavoro integrale (completo di figure e tabelle) può rivolgersi a:

Ministero della Sanità

Dipartimento della Prevenzione

Ufficio III - Malattie infettive e profilassi internazionale

Via Sierra Nevada, 60 - 00144 Roma