

Diagnosi, prevenzione e controllo della  
tubercolosi.  
Il ruolo del Medico di famiglia

Marco Cambielli

## Competenze specifiche della Medicina generale

- Gestione delle cure primarie
- Cure centrate sulla persona
- Abilità specifiche nel processo decisionale
- Approccio integrato
- Orientamento alla comunità
- Modello di intervento olistico

## Le competenze specifiche vanno implementate in:

- Compiti clinici
- Comunicazione coi pazienti
- Gestione dell'ambulatorio

# Le caratteristiche della medicina generale

1. *Luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto agli utenti, per tutti i problemi di salute.*
2. Utilizza in maniera efficiente le risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, agendo da interfaccia , se del caso, con altre specialità.
3. *Sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia, alla sua comunità*
4. Processo di consultazione unico fondato su una relazione protratta, attraverso una efficace comunicazione medico-paziente
5. Erega cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente

6. Prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza di malattia in quella precisa comunità
7. Gestisce contemporaneamente i problemi sia acuti che cronici dei singoli pazienti
8. Si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico ed a uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente
9. *Ha una responsabilità specifica della salute della comunità*
10. *Si occupa dei problemi di salute in tutte le sue dimensioni*

## **Evitare il ritardo diagnostico.**

E' opportuno prendere in considerazione la possibilità di Tubercolosi polmonare in pazienti con tosse che dura da più di 2-3 settimane, febbre per 3 o più settimane, perdita del peso di più del 10%, con fattori di rischio epidemiologico.

**Vicki Krause Australian Family Physician 2009; 38(8): 578-85**

## The main factors associated with diagnostic delay included :

- human immunodeficiency virus;
- coexistence of chronic cough and/or other lung diseases;
- negative sputum smear;
- extrapulmonary TB;
- rural residence;
- low access (geographical or sociopsychological barriers);
- old age;
- poverty;
- female sex;
- alcoholism and substance abuse;
- history of immigration;
- low educational level;
- low awareness of TB;
- incomprehensive beliefs;
- self-treatment;
- stigma.

*BMC Public Health* 2008, **8**:15 doi:10.1186/1471-2458-8-15

## Azioni da compiere per una diagnosi tempestiva.

- Ricerca microscopica BK nell'escreato oltre all'esame culturale standard
- Migliorare la possibilità diagnostica chiedendo l'esame dell'escreato mattutino su 2-3 campioni
- Follow-up assiduo della radiografia del torace

Un reperto negativo non esclude la diagnosi di tubercolosi: in caso di sospetto clinico suffragato da dati epidemiologici, inviare il paziente dallo specialista, indipendentemente dal reperto di laboratorio

## L'obbligo di notifica

*“Il medico che nell'esercizio della sua professione venga a conoscenza di un caso di qualunque malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, deve comunque notificarla all'autorità sanitaria competente”.*

*“La segnalazione.. di tutti i casi di tubercolosi sospetti o accertati al servizio di igiene pubblica della A.S.L. in cui viene posta la diagnosi deve avvenire entro tre giorni ....”*

Circolare ministeriale 27 marzo 1995, integrazione del DM 15.12.90

## La ricerca ed identificazione dei contatti

Sono considerati “contatti“ i conviventi, i familiari, gli amici abituali, i compagni di ambiente scolastico e di lavoro e anche soggetti con rapporti più saltuari qualora appartenenti a gruppi a rischio.

## Collaborazione con lo specialista di 2° livello

- Avviare il paziente dallo specialista assicurandosi dell'avvenuto contatto in tempi brevi in casi accertati o sospetti
- Fornire allo specialista gli elementi conoscitivi personali e sociali dei pazienti
- Sostenere l'adesione ai controlli ed al follow-up

## Controllo dell'infezione

Fornire adeguate informazioni e raccomandazioni per un comportamento precauzionale in caso di infezione sospetta o confermata sia a livello familiare che di comunità.

Adattare procedure precauzionali anche per le visite ambulatoriali.

## Esercitare farmacovigilanza

La rifampicina è un potente inibitore degli isoenzimi del citocromo P450, specialmente il CYP3A4 e CYP2C8/9: considerare il dato in caso di co-trattamento con anticonvulsivanti, contraccettivi orali, warfarin ed altri farmaci con minor significato clinico

## Curare la nutrizione

La malnutrizione contribuisce al rischio di infezione tubercolare e complica la TBC attiva.

Specifici micronutrienti con proprietà immunologiche come la vitamina D possono essere utili, anche se non vi sono evidenze definitive.

Occorre comunque una nutrizione varia, normocalorica/leggermente ipercalorica secondo le raccomandazioni dell'OMS

# Abolire il fumo

Il fumo attivo e passivo incrementano il rischio di infezione tubercolare e peggiorano l'esito delle infezioni in atto.

La raccomandazione della cessazione del fumo è un'importante iniziativa educativa, anche se l'impatto sulla cessazione del fumo per il singolo paziente rimane ancora non completamente determinato

# Supporto psicologico ed aiuto all'aderenza terapeutica

Il supporto pratico e psicologico rappresenta un aspetto fondamentale nel trattamento della TBC.

La tubercolosi rappresenta ancora uno stigma e l'isolamento può essere traumatizzante.

La diagnosi richiede il trattamento dei risvolti negativi psicologici ed il prolungamento della terapia richiede misure che promuovano la continua aderenza.

Al di là del DOTS (directly observed therapy-short course) proposta dall'OMS, la presenza costante del MMG deve essere evidente nella prescrizione e nel controllo dell'assunzione, soprattutto nei confronti dei migranti.