

Analiză de situație ocazionată de celebrarea Zilei Mondiale de Luptă Împotriva Tuberculozei

24 martie 2018

În ultimul deceniu, tuberculoza reprezintă a 9-a cauză de deces pe plan mondial și este cea mai importantă boală determinată de un singur agent infecțios¹.

I. Date statistice la nivel internațional, european, național și județean

Raportul Global al OMS pentru Tuberculoză, elaborat în 2017 oferă o evaluare anuală completă și actualizată a epidemiei TBC și a progresului în domeniul îngrijirii și prevenirii acesteia la nivel global, regional și național¹. Datele statistice ale raportului au fost colectate din 194 state membre^{1,2,3}.

Tabelul 1. Raportarea datelor rezultate din colectarea datelor TBC la nivel mondial, - 2017

Regiunea OMS	Țări și teritorii		State membre OMS	
	Număr	Număr care au raportat date	Număr	Număr care au raportat date
Africa	47	47	47	47
Americile	46	45	35	34
Regiunea Mediteraneană de Est	22	21	21	21
Regiunea Europeană	54	46	53	45
Asia de Sud-Est	11	11	11	11
Pacificul de Vest	36	31	27	24
Global	216	201	194	182

Sursa: <http://www.who.int/tb/data>

Țările cu povara cea mai crescută a bolii (High Burden Countries) sunt: Angola, Bangladesh, Brazil, Cambodia, China, Congo, Central African Republic, DPR Korea, Ethiopia, India, Indonesia, Kenya, Lesotho, Liberia, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nigeria, Pakistan, Papua New Guinea, Philippines, Russian Federation, Sierra Leone, South Africa, Thailand, the United Republic of Tanzania, Viet Nam, Zambia și Zimbabwe.



Fig.1 Țările cu nivel crescut al poverii bolii⁴

¹ <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf?ua=1>

² http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_annex1.pdf?ua=1

³ http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_annex4.pdf?ua=1

⁴ http://www.who.int/tb/publications/global_report/en

O ilustrare schematică a poverii bolii TBC, inclusiv zonele de suprapunere, este prezentată în figura 1.

În total, cele trei liste cuprind 48 de țări și ilustrează în ce măsură acțiunea asupra tuberculozei și a coinfectiilor TB / HIV și TB-MDR trebuie să fie prioritizate în diferite părți ale lumii.

Au fost luate în considerație cele 20 de țări cu cel mai mare număr estimat de cazuri noi de TB, plus primele 10 țări cu cea mai mare rată estimată a incidenței tuberculozei, care nu se află între primele 20 ca număr absolut (prag, estimat peste 10.000 cazuri incidente pe an). Cele 20 de țări cu cel mai mare număr estimat de cazuri de TB incidente în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV, plus primele 10 țări cu cea mai mare rată de incidență a coinfecției TBC / HIV estimată care nu se află în top 20 ca număr absolut (prag, peste 1000 cazuri incidente estimate TB/HIV pe an).

■ În 2016, **6,3 milioane de cazuri noi de TBC** au fost raportate, reprezentând 61% din numărul cazurilor totale de TBC, de 10,4 milioane persoane^{1, 5,6,7}.dintre care **90% au fost adulți și 65% de sex masculin**¹.

Majoritatea cazurilor incidente din 2016 s-au înregistrat în Asia de Sud-Est (45%), regiunea africană OMS (25%) și a Pacificului de Vest (17%). S-au înregistrat mai puține cazuri în regiunea est-mediteraneană (7%), regiunea europeană a OMS (3%) și regiunea OMS din America (3%). Primele șapte țări, cu 64% din cazuri, au fost: India, Indonezia, China, Filipine, Pakistan, Nigeria și Africa de Sud. Se estimează o scădere anuală a incidenței TBC de aproximativ 2% pe an^{5,6}.

La nivel regional, cel mai rapid declin al incidenței tuberculozei este în regiunea europeană a OMS (de 4,6% între 2015 și 2016).

INCIDENȚA TBC în 2016 (Conform *Raportului Global pentru Tuberculoză din 2017 al OMS*)

este redată mai jos:

Tabelul 2. Cazuri TBC notificate, 2016

Țara/ Regiunea	Total cazuri notificate	Cazuri noi TB și recăderi				
		Notificate	% testate cu diagnostic rapid la timp	% cu status HIV cunoscut	% pulmonar	% confirmat bacteriologic la cazurile pulmonare
România	13.617	12.790	5.4	73	84	82
Europa	297.193	253.154	0	83	83	64
Global	6.666.898	6.347.925	0	57	85	57

Sursa: <http://www.who.int/tb/data>⁸

■ **RATA DE FATALITATE LA NIVEL GLOBAL a fost de 16% in 2016.**

⁵ <http://www.who.int/gho/tb/epidemic/diagnosis/en/>

⁶ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>

⁷ http://www.who.int/tb/publications/C2_2017GLOBAL_FACTSHEET.pdf?ua=1

⁸ <http://www.who.int/tb/data>

■ Milioane de oameni sunt diagnosticați și tratați cu succes pentru TBC în fiecare an, evitându-se astfel milioane de decese (53 milioane în perioada 2000-2016). **Majoritatea deceselor cauzate de tuberculoză ar putea fi prevenite prin diagnosticarea precoce și tratamentul adecvat.**

La nivel global, **RATA MORTALITĂȚII PRIN TBC** (la 100.000 de locuitori) a scăzut cu 37% între 2000 și 2016.

- În 2016, 40% din decesele prin HIV au fost cauzate de TBC^{5, 6}.
- Aproximativ 82% dintre decesele cauzate de TBC s-au înregistrat în rândul persoanelor HIV negative, și aproximativ 374000 decese în rândul persoanelor HIV-pozitive.

În anul 2016 în regiunea africană a OMS și regiunea Asia de Sud-Est s-au înregistrat 85% din totalul de decese cauzate de TBC la persoanele cu co-infecție HIV-TBC. India a reprezentat 33% din decesele globale ale tuberculozei în rândul persoanelor seropozitive și 26% din totalul de decese asociate TBC la persoanele HIV-negative și HIV-pozitive¹. La nivel global, mortalitatea prin TBC a scăzut cu 3% pe an.

La nivel regional, cea mai rapidă scădere a ratei mortalității TBC se înregistrează în regiunea europeană a OMS și în regiunea Pacificului de Vest (6,0% și respectiv 4,6% pe an, începând cu anul 2010). Țările care se confruntă cu rate de declin mai mari de 6% pe an începând cu 2010, includ Etiopia, Federația Rusă, Republica Tanzania, Vietnam și Zimbabwe.

Conform *Raportului Global pentru Tuberculoză din 2017 al OMS, mortalitatea prin TBC în 2016* este prezentată în tabelul de mai jos:

Tabelul 3. Mortalitatea estimată a TBC, în 2016

Țara/ Regiunea	Populație (milioane)	Mortalitate (HIV negativi)		Mortalitatea (HIV pozitivi)		Mortalitatea (HIV negativi+ pozitivi)	
		Nr. mii	Rată (la ‰00)	Nr. mii	Rată (la ‰00)	Nr. mii	Rată (la ‰00)
România	20	1,1 (1,0-1,0)	5,1 (5,0-5,1)	0,059 (0,043-0,079)	0,3 (0,22-0,40)	1,1 (1,0-1,1)	5,4 (5,3-5,5)
Europa	916	26 (25-27)	2,8 (2,8-2,9)	5,1 (3,9-6,4)	0,55 (0,43-0,69)	31 (30-33)	3,4 (3,3-3,6)
Global	7.440	1.300 (1.160- 1.440)	17 (16-19)	374 (325-427)	5 (4,4-5,7)	1.670 (1.530- 1.820)	22 (21-24)

Sursa: <http://www.who.int/tb/data>⁷

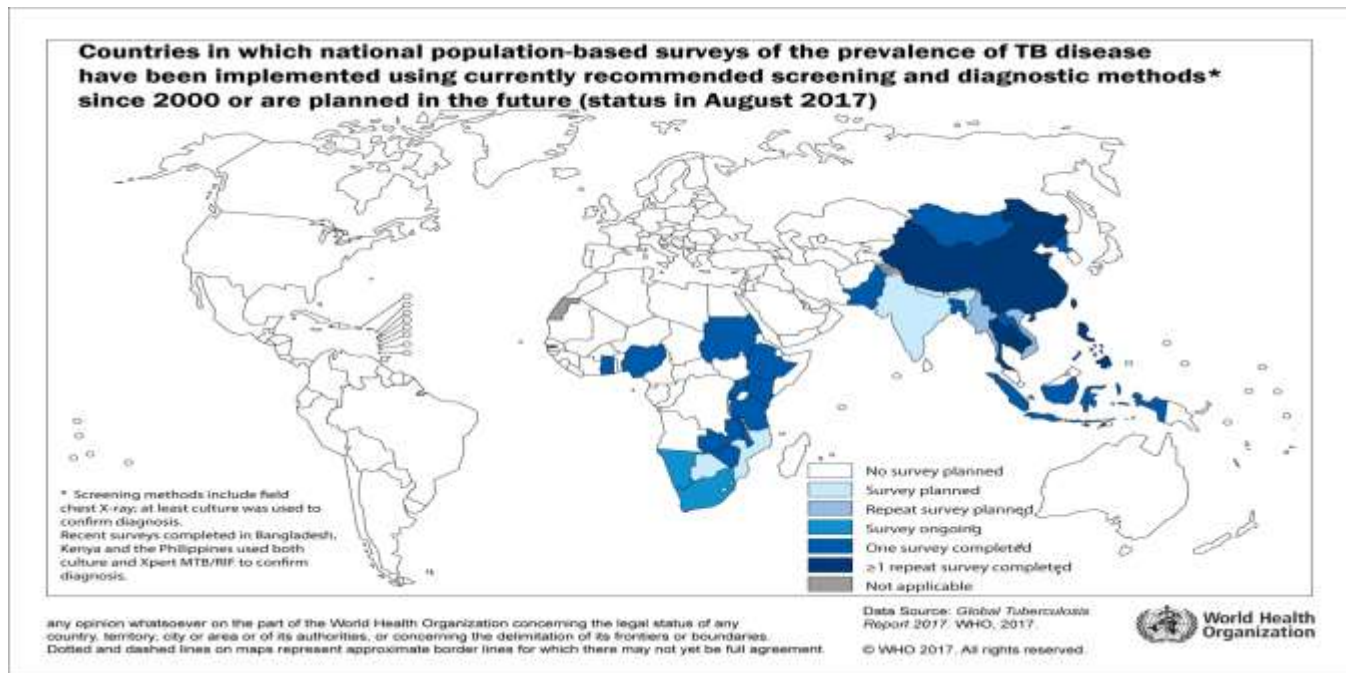
■ Rezistența la antibiotice rămâne o amenințare persistentă, cu 490000 milioane cazuri de TBC multidrog rezistentă (MDR-TB) apărute în 2016 și un număr de 110000 cazuri susceptibile la isoniazidă însă rezistente la rifampicin (RR-TB), cel mai eficient antibiotic antituberculos. Țările cu numărul cel mai crescut de cazuri de tuberculoză multirezistentă (MDR/RR-TB) (47% din totalul global) au fost China, India și Federația Rusă.^{1, 5, 6}

Tabelul 4. Măsurarea procentajului de cazuri TBC cu MDR/RR-TB din România (TB multidrog-rezistentă, inclusiv la rifampicină)

Țara	Cazuri noi TB				Cazuri TB tratate anterior			
	An	Sursă	Acoperire	Procentajul	An	Sursă	Acoperire	Procentajul
România	2016	Supraveghere	Națională	2,8 (2,4-3,3)	2016	Supraveghere	Națională	17 (16-19)

Sursa: <http://www.who.int/tb/data>⁷

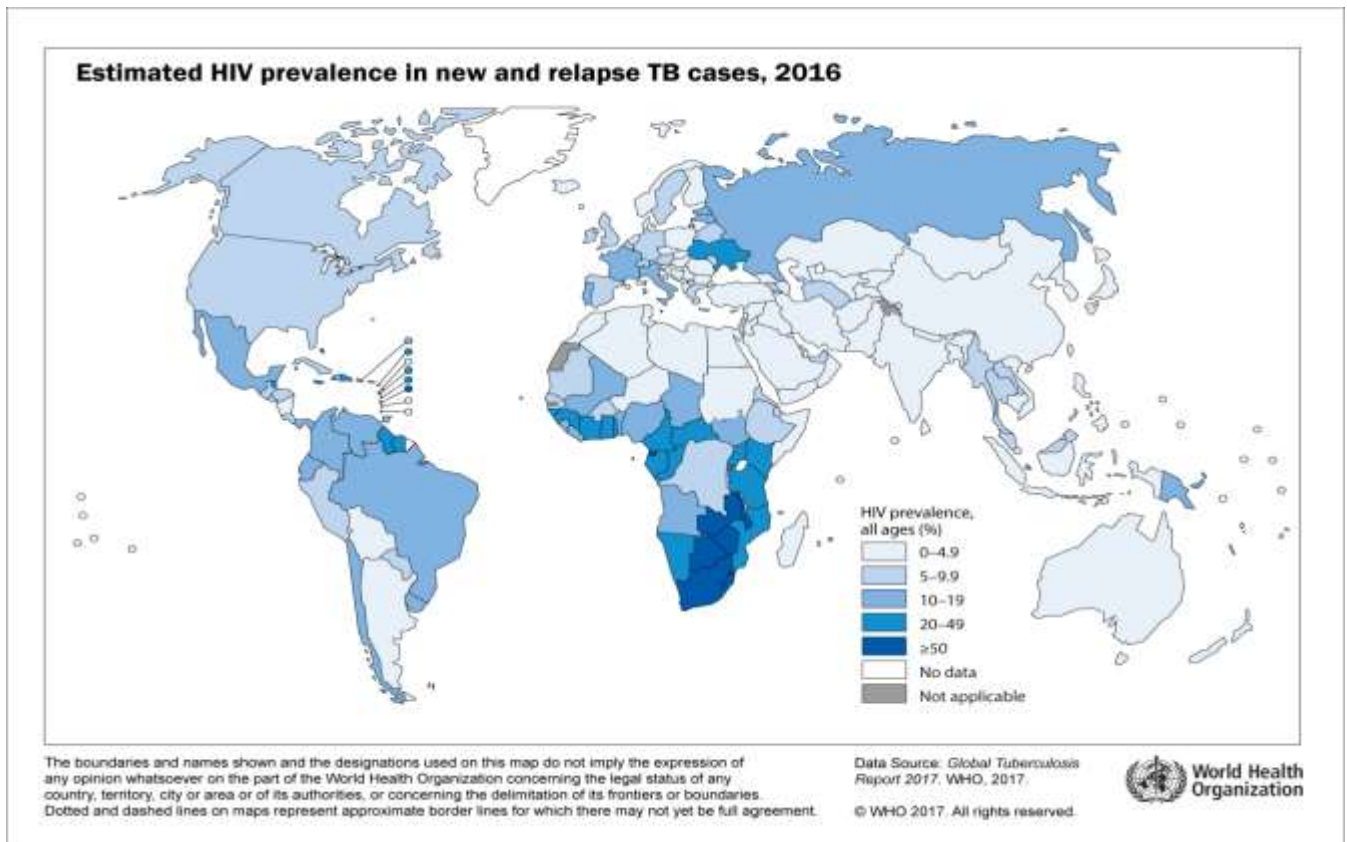
Graficul de mai jos prezintă țările în care s-au implementat studiile de prevalență a TBC₂ care s-au derulat folosind metodele recomandate de către OMS, de screening și diagnostic.



Source : WHO Global Tuberculosis Report 2017 (<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.asp>)⁹

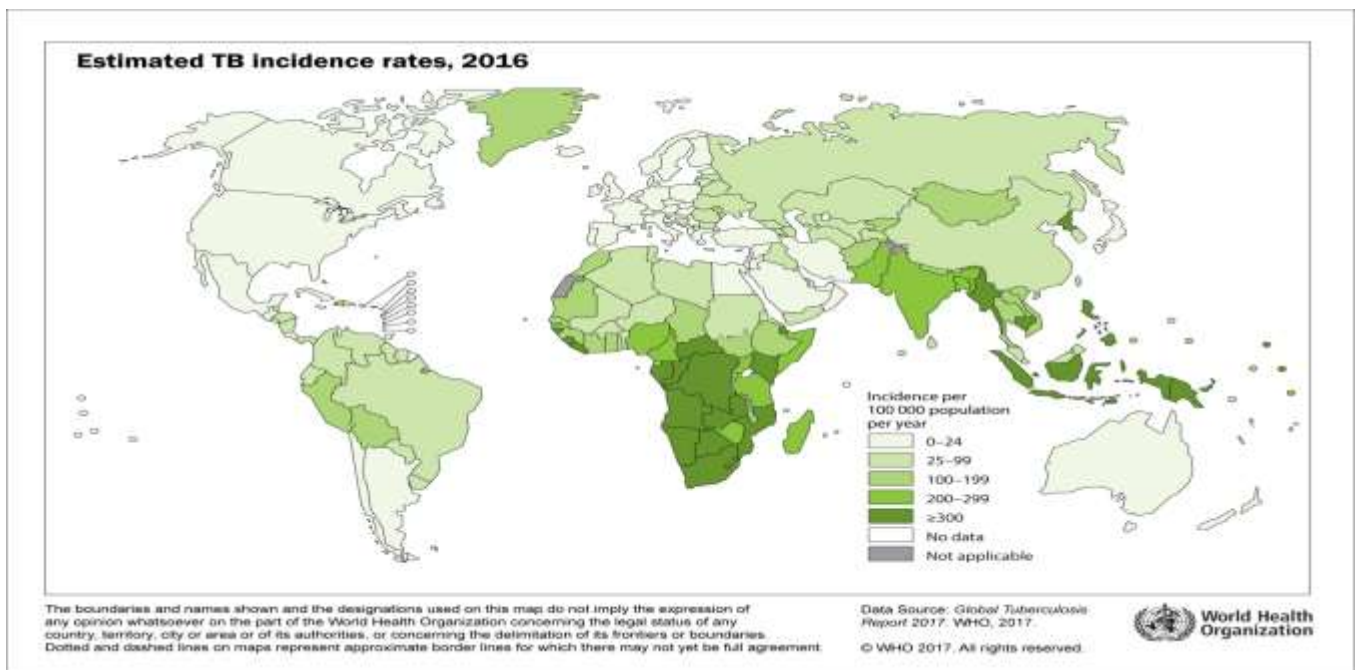
Fig. 2. Repartiția țărilor în care supravegherea prevalenței TBC a fost implementată

⁹ <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.asp>



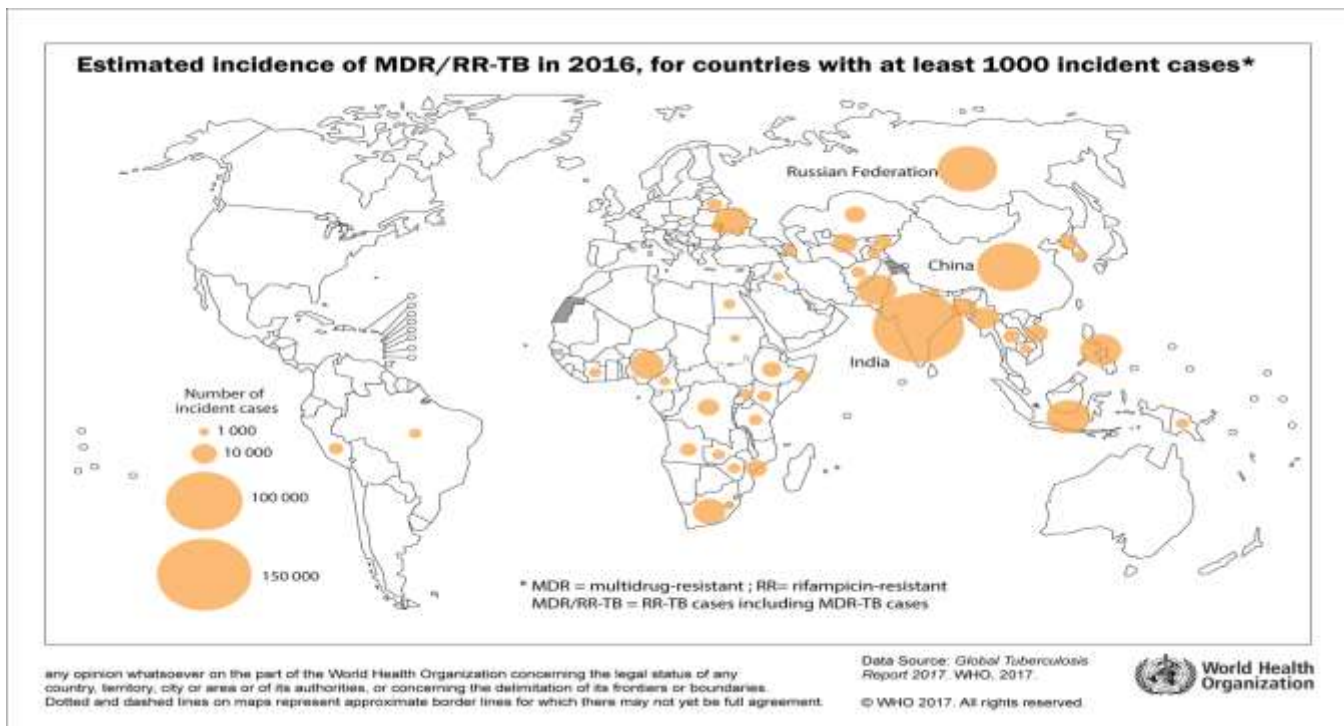
Source : WHO Global Tuberculosis Report 2017 (<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.asp>)⁸

Fig. 3. Prevalența estimată a bolii HIV la cazurile noi și recăderile TBC, pe grupe de vârstă



Source : WHO Global Tuberculosis Report 2017 (<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.asp>)⁸

Fig. 4. Incidența estimată a TBC, 2016



Source : WHO Global Tuberculosis Report 2017 (<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.asp>)⁸

Fig. 5. Incidența estimată a rezistenței la rifampicină în țările cu cel puțin 1000 cazuri noi.

- Raportului publicat in martie 2017 al ECDC prezintă situația TBC la nivel european în 2015, reprezentată de graficele de mai jos¹⁰. **Un procent de 66,9% din cazurile de TBC au fost confirmate de laborator.**



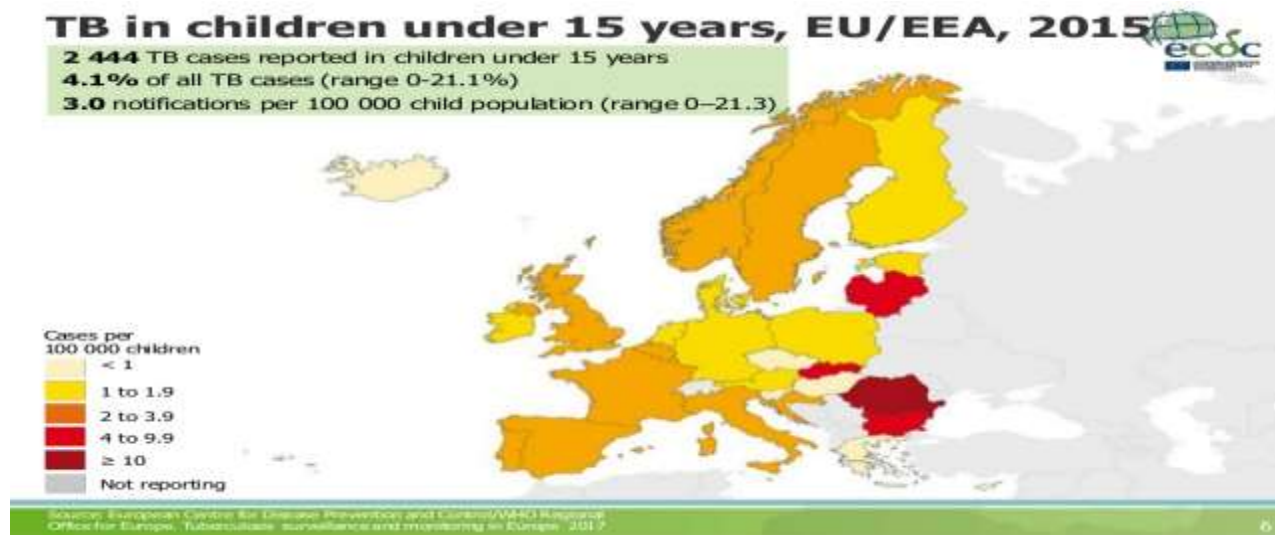
Sursa: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-findings-2017>¹¹

Fig. 6. Cazurile confirmate de TBC din UE/EEA, 2015

¹⁰ http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_annex3.pdf?ua=1

¹¹ <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-findings-2017>

Conform aceluiași raport ECDC, în cazul TBC la copii, în UE/EEA, în 2015, au fost înregistrate 2.444 cazuri la copii cu vârste mai mici de 15 ani, reprezentând 4,1% din toate cazurile de TBC și 3 cazuri la 100.000 de copii (Fig.6)



Sursa: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-findings-2017>¹⁰

Fig. 7. TBC la copiii sub 15 ani din UE/EEA, 2015

Din datele furnizate de către **Biroul Regional pentru Europa al OMS, România**, este o țară cu prioritate crescută în ceea ce privește tuberculoza. Conform Raportului Monitorizării și Supravegherii TB în Europa din 2017, în 2016, România s-a situat printre primele 18 țări prioritare în ceea ce privește lupta împotriva TBC și a avut incidența cea mai mare între țările din sud-estul Europei ^{12,13}:

¹² http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/335538/ROU_TB_Brief_0223-AM-edits-D1-18-03-17.pdf?ua=1

¹³ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2017/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-in-europe-2017>

Tabel 5. Estimarea poverii tuberculozei, 2016

Indicatori principali de impact, 2016	Număr	Rată la 100.000
Estimarea poverii tuberculozei		
Incidența (inclusiv HIV+TBC)	16.000	84.00
Mortalitatea (inclusiv HIV+TBC)	1.163	5.96
Incidența (HIV+ doar TBC)	420	2.20
Mortalitatea (HIV+ doar TBC)	63	0.32
Incidența (doar RR/MDR-TB ^a)	940	4.82

Sursa: European TB surveillance and monitoring report in Europe 2017

Tabel 7 Detectarea rezistenței la antibiotice și tratament, 2016

Detectarea MDR-TB și îngrijire, 2016	Număr	%
Estimare RR/MDR (TBC nou)		3.0
Estimare RR/MDR (TBC tratat anterior)		12.0
Estimare RR/MDR (TBC pulmonar)	670	
Testare pentru RR/MDR-TB	7.748	51.0
Detectare cu RR/MDR-TB din estimări	576	86.0
RR/MDR-TB cu începerea tratamentului	569	98.8
SLD ^b	206	35.9
Tratată cu succes (doar RR/MDR-TB)		

^a RR/MDR= TBC multidrug-rezistentă la rifampicină

^b SLD = medicamente de linia a doua

Sursa: European TB surveillance and monitoring report in Europe 2017

Tabel 6 Detectarea TBC și îngrijire, 2016

Detectarea TBC și îngrijire, 2016	Număr	%
Cazuri noi TBC și recăderi detectate	14.225	88.9
TBC pulmonara	11.791	82.9
Bacteriologie confirmată	9.970	78.2
TBC detectat cu diagnostic rapide	0	0
Tratată cu succes	12.304	84.7

Sursa: European TB surveillance and monitoring report in Europe 2017

Tabel 8 Detectarea TBC la cazurile cu HIV, 2016

Detectarea HIV/TBC și îngrijire, 2016	Număr	%
Cazuri TBC testate pentru HIV	10.605	74.6
Cazuri HIV/TBC detectate din estimări	273	65.0
Cazuri HIV/TBC pe ARV ^c	263	96.3
Tratate cu succes (doar HIV/TBC)	185	68.5
Diagnostic HIV și îngrijire		
Cazuri nou diagnosticate cu HIV	-	-
Cazuri de HIV care au început IPT ^d	-	-

^cARV= tratament antiretroviral, ^d IPT= terapie preventivă cu izoniazidă

Sursa: European TB surveillance and monitoring report in Europe 2017

Profilul TBC în România, în 2016, a fost ¹⁴:

14

https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCCountryProfile&ISO2=RO&LAN=EN&outtype=html

România

Profilul Tuberculozei

Populație 2016 20 milioane

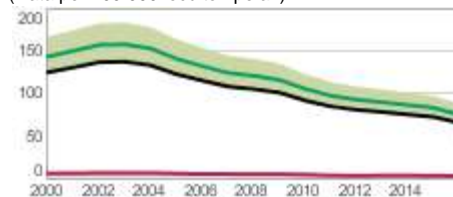
Estimare a poverii TBC, 2016	Număr (mii)	Rata (per 100 000 locuitori)
Mortalitate (fără HIV+TBC)	1 (1-1)	5.1 (5-5.1)
Mortalitate (HIV+ doar TBC)	0.059 (0.043-0.079)	0.3 (0.22-0.4)
Incidența (inclusiv HIV+TBC)	15 (13-17)	74 (64-86)
Incidența (HIV+ doar TBC)	0.37 (0.31-0.43)	1.9 (1.6-2.2)
Incidența (MDR/RR-TB)**	0.89 (0.75-1)	4.5 (3.8-5.2)

(Rata per 100 000 locuitori pe an)



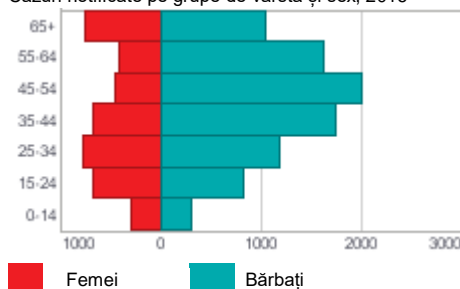
Mortalitatea (exclusiv HIV+TB)

(Rata per 100 000 locuitori pe an)



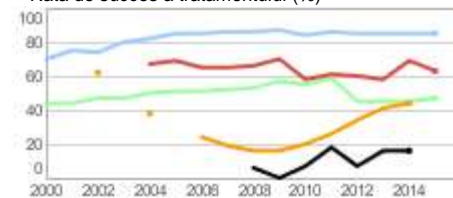
Incidența
Notificări (noi recăderi)
Incidența (HIV+doar TBC)

Cazuri notificate pe grupe de vârstă și sex, 2016



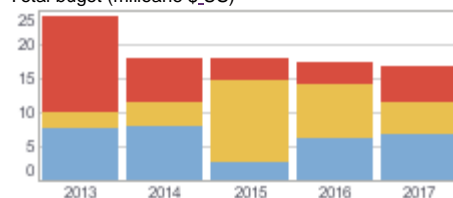
Femei Bărbați

Rata de succes a tratamentului (%)



Cazuri noi și recăderi
Retratamente, exclusiv recăderi
HIV-pozitivi
MDR/RR-TB
XDR-TB

Total buget (milioane \$US)



Nefinanțat
Finanțat internațional
Finanțat intern

Incidența estimată TBC pe vârstă și sex(mii), 2016			
	0-14 ani	> 14 ani	Total
Femei	0.77 (0.65-0.89)	4 (3.4-4.6)	4.8 (4.1-5.5)
Bărbați	0.87 (0.74-1)	9.1 (7.7-10)	9.9 (8.4-11)
Total	1.6 (1.4-1.9)	13 (11-15)	15 (13-17)

Cazuri TBC notificate, 2016	
Total cazuri notificate	13 617
Total recăderi noi	12 790
- % testate cu diagnostice rapide la data diagnosticului	5%
- % cu status HIV cunoscut	73%
- % pulmonar	84%
- % confirmare bacteriologică la tipul pulmonar	82%

Acoperire universală a protecției sănătății și sociale	
Acoperire tratament TBC(notificate/incidență estimată), 2016	87% (75-100)
Pacienți TBC care fac față unor costuri totale catastrofice	
Rata fatalității TBC (mortalitatea estimată/incidența estimată), 2016	0.07 (0.06-0.08)

Îngrijirea TBC/HIV la cazurile noi cu TBC și recăderi, 2016		Număr	(%)
Pacienți cu status HIV cunoscut care sunt HIV-pozitivi		254	3%
- aflați în tratament antiretroviral		254	100%

Îngrijire a TBC rezistentă, 2016		Cazuri noi	Cazuri tratate anterior	Număr total
Cazuri estimate MDR/RR-TB dintre cazurile notificate de TBC pulmonar				730 (670-790)
Cazuri estimate TBC % cu MDR/RR-TB	2.8% (2.4-3.3)	17%	(16-19)	
% notificate testate pentru rezistența la rifampicină	56%	73%	8 170	
Cazuri MDR/RR-TB testate pentru rezistența la linia a doua de medicamente			251	
Cazuri confirmate de laborator		MDR/RR-TB: 536, XDR-TB: 63		
Pacienți care au început tratamentul		MDR/RR-TB: 590, XDR-TB: 63		

Rata de succes a tratamentului și mărirea cohortei		Succes	Cohortă
Cazuri noi și recăderi înregistrate în 2015		85%	13 908
Cazuri tratate anterior, exclusiv recăderi, înregistrate în 2015		47%	682
Cazuri TBC+HIV înregistrate în 2015		63%	261
Cazuri MDR/RR-TB care au început tratamentul de linia a doua în 2014		44%	539
Cazuri XDR-TB care au început tratamentul de linia a doua în 2014		16%	57

Tratament TBC preventiv, 2016	
% din persoanele HIV-pozitive (noi introduși în îngrijire) cu tratament preventiv	
% contacti din familie la copii (sub 5_ani) cu bacteriologie confirmată	

Finanțare TBC, 2017	
Buget Național TBC (milioane \$US.)	17
Surse de finanțare: 40% intern, 29% internaționale, 30% nefinanțate	

Sursa: www.who.int/tb/data

- In România, pe județe, cele mai mari valori ale incidenței în 2016, s-au înregistrat în Tulcea, Giurgiu, Teleorman și Olt, iar cele mai mici în Harghita, Brașov, Sibiu, Covasna și Cluj (Conform datelor obținute de la CNSISP, INSP și Institutul de Pneumoftiziologie "Marius Nasta").

Tabel. 9 Incidența tuberculozei în 2016, pe județe.

Nr. crt.	Județ	Cazuri noi	Incidență (la 100.000 populație)	Nr. crt.	Județ	Cazuri noi	Incidență (la 100.000 populație)
1	Alba	113	34.0	22	Hunedoara	187	47.2
2	Arad	255	60.3	23	Ialomița	164	62.3
3	Argeș	302	50.9	24	Iași	531	67.3
4	Bacău	451	75.4	25	Ilfov	217	48.0
5	Bihor	243	42.8	26	Maramureș	261	55.9
6	Bistrița-N.	122	43.3	27	Mehedinți	140	55.7
7	Botoșani	258	65.7	28	Mureș	228	42.0
8	Brașov	145	26.3	29	Neamț	289	63.7
9	Brăila	195	64.7	30	Olt	328	80.0
10	Buzău	225	52.5	31	Prahova	383	52.0
11	Caraș-Sev.	192	68.4	32	Satu-Mare	245	72.6
12	Călărași	154	52.3	33	Sălaj	87	40.1
13	Cluj	212	30.2	34	Sibiu	105	26.3
14	Constanța	419	61.6	35	Suceava	302	48.0
15	Covasna	58	28.2	36	Teleorman	288	81.7
16	Dâmbovița	240	47.7	37	Timiș	405	58.1
17	Dolj	507	79.4	38	Tulcea	172	85.1
18	Galați	386	74.7	39	Vaslui	255	66.1
19	Giurgiu	227	82.7	40	Vâlcea	172	48.0
20	Gorj	205	62.9	41	Vrancea	210	63.7
21	Harghita	53	17.3	42	București	807	44.0
TOTAL		10738	54.5				

Sursa: Institutul de Pneumoftiziologie "Marius Nasta"

La copii, în 2016, s-au înregistrat cele mai mari valori ale incidenței TBC, în județele: Galați, Ilfov, Teleorman Bihor și Vaslui, iar cele mai mici în Sibiu, Covasna, Arad, Harghita și Alba.

Tabel.10 Incidența tuberculozei la copii, în 2016, pe județe.

Nr. crt.	Județ	Cazuri noi	Incidență (la 100.000 populație)	Nr. crt.	Județ	Cazuri noi	Incidență (la 100.000 populație)
1	Alba	2	10.6	22	Hunedoara	7	47.1
2	Arad	3	5.2	23	Ialomița	17	40.8
3	Argeș	16	14.6	24	Iași	32	53.9
4	Bacău	11	35.0	25	Ilfov	23	99.0
5	Bihor	20	81.7	26	Maramureș	33	79.2
6	Bistrița-N.	5	18.8	27	Mehedinți	4	32.2
7	Botoșani	8	34.0	28	Mureș	15	48.3
8	Brașov	13	26.1	29	Neamț	5	27.0
9	Brăila	29	24.7	30	Olt	5	55.1
10	Buzău	13	45.6	31	Prahova	23	34.9
11	Caraș-Sev.	8	39.2	32	Satu-Mare	21	38.2
12	Călărași	5	77.4	33	Sălaj	1	15.0
13	Cluj	18	40.1	34	Sibiu	3	4.0
14	Constanța	30	72.4	35	Suceava	26	33.0
15	Covasna	2	4.8	36	Teleorman	29	95.1

16	Dâmbovița	5	68.3	37	Timiș	20	77.1
17	Dolj	27	47.4	38	Tulcea	4	42.2
18	Galați	31	126.9	39	Vaslui	5	81.5
19	Giurgiu	16	62.3	40	Vâlcea	4	18.0
20	Gorj	5	28.4	41	Vrancea	3	20.8
21	Harghita	1	10.1	42	București	43	69.3
TOTAL		591	47.8				

Sursa: Institutul de Pneumofiziologie "Marius Nasta"

Cel mai mare număr de **DECESE** în 2016 s-a înregistrat în București, Galați, Timiș, Constanța, Argeș și Neamț, iar cele mai mici valori, în Harghita, Alba, Brașov, Gorj, Călărași, Covasna și Sălaj:

Tabel. 11 Numărul de decese prin tuberculoză, 2016, pe judete.

Nr. crt.	Județ	Număr decese	Nr. crt.	Județ	Număr decese
1	Alba	6	22	Hunedoara	23
2	Arad	17	23	Ialomița	15
3	Argeș	37	24	Iași	31
4	Bacău	43	25	Ilfov	20
5	Bihor	12	26	Maramureș	16
6	Bistrița-N.	15	27	Mehedinți	12
7	Botoșani	16	28	Mureș	30
8	Brașov	7	29	Neamț	37
9	Brăila	19	30	Olt	34
10	Buzău	12	31	Prahova	33
11	Caraș-Sev.	18	32	Satu-Mare	19
12	Călărași	8	33	Sălaj	9
13	Cluj	25	34	Sibiu	17
14	Constanța	39	35	Suceava	34
15	Covasna	8	36	Teleorman	29
16	Dâmbovița	17	37	Timiș	52
17	Dolj	39	38	Tulcea	15
18	Galați	52	39	Vaslui	24
19	Giurgiu	26	40	Vâlcea	13
20	Gorj	7	41	Vrancea	13
21	Harghita	4	42	București	66
TOTAL		969			

Sursa: INSSE

II. Rezultate relevante din studiile naționale, europene și internaționale

❑ **Conferința ministerială globală a OMS^{15,16}** din noiembrie 2017 privind eliminarea tuberculozei în cadrul SDG (Sustainable Development Goal = Obiectivelor de Dezvoltare Durabile) având tema "Încheierea tuberculozei în era dezvoltării durabile: un răspuns multisectorial" și

❑ **Prima reuniune la nivel înalt a Adunării Generale a ONU** în 2018 privind tuberculoza, vizează accelerarea punerii în aplicare a strategiei de combatere a tuberculozei în țara de origine, în vederea atingerii obiectivelor privind TBC, stabilit de Adunarea Mondială a Sănătății și de Organizația Națiunilor Unite, Obiectivele de Dezvoltare Durabile (SDG).



❑ 31 mai 2017 - **Planul de acțiune pentru tuberculoză pentru regiunea europeană a OMS 2016-2020**, stabilit la a 15-a Reuniune a Managerilor Programelor Naționale ale Regiunii Europene a OMS/ Wolfheze 2017¹⁷.

✚ Conform datelor OMS-Europa, în 2015:

- **323.000 persoane s-au îmbolnăvit de TBC,**
- **27.000 persoane au avut co-infecție TBC/HIV,**
- **120.000 persoane au avut recăderi,**
- **74.000 persoane au prezentat rezistență la tratament anti-TBC,**
- **32.000 persoane au decedat datorită TBC. .**

✚ *Direcțiile de strategie stabilite cu ocazia reuniunii:*

- *Extinderea diagnosticului rapid;*
- *Absorbția rapidă a medicamentelor noi;*
- *Extinderea îngrijirii centrate pe pacienți și persoane;*
- *Regimurile de tratament mai scurte și mai eficiente ;*
- *Cercetarea de noi instrumente;*

¹⁵ <http://www.who.int/conferences/tb-global-ministerial-conference/en/>

¹⁶ http://www.who.int/tb/publications/2017/Global_Investments_in_Tuberculosis_Research_Investment/en

¹⁷ https://www.kncvtbc.org/uploaded/2017/05/Session-1-1.1.-FINAL_NTP-Managers-meeting.-The-Hague_Dr-Masoud-Dara.31May2017-ENG.pdf

- *Abordarea intersectorială a inechităților.*

❑ **Raportul Global al tuberculozei al OMS pe 2017** evaluează **anual** tuberculoza la nivel global¹.

Datele specificate în raport au fost disponibile din teritorii care reprezintă în total mai mult de 99% din populația lumii. Raportul utilizează și surse de date care includ departamentul HIV din cadrul OMS și Programul comun al Națiunilor Unite privind HIV/SIDA (UNAIDS); Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE); Banca Mondială¹.

Numărul anual al cazurilor noi de TBC a variat mult în rândul țărilor în 2016, de la mai puțin de 10/100.000 de locuitori în țările cu cele mai mari venituri, la 150-300/100.000 locuitori în țările cu venituri medii și peste 500/100 000 locuitori în câteva țări, inclusiv Republica Populară Democrată Coreeană, Lesotho, Mozambic, Filipine și Africa de Sud.

Raportul utilizează cinci domenii strategice de lucru care vor fi prezentate la capitolul V.

❑ La a **48-a Conferință mondială OMS** privind sănătatea pulmonară, în parteneriat cu Organizația Mondială pentru Sănătatea Animalelor (OIE), Organizația pentru Alimentație și Agricultură (FAO) a Organizației Națiunilor Unite (ONU) și Uniunea Internațională Împotriva Tuberculozei și a Bolilor Pulmonare care a avut loc în octombrie **2017** la Guadalajara, Mexic, s-a discutat despre combaterea tuberculozei bovine și riscul de transmitere la om (TBC zoonotic)¹⁸.

Noile date publicate de OMS estimează **că peste 140.000 de persoane se îmbolnăvesc și peste 12 000 de persoane își pierd viața în fiecare an datorită TB zoonotic** - în special în regiunile din Africa și Asia de Sud-Est.

- ❑ TBC bovin este cel mai adesea transmisă oamenilor prin consumul de alimente, de obicei produse lactate neprelucrate termic sau carne crudă sau gătită necorespunzător, ce provine de la animalele bolnave.

Boala este rezistentă la pirazinamidă - una dintre medicamentele standard de primă linie utilizate pentru tratamentul tuberculozei. Prin urmare, pacienții sunt adesea diagnosticați greșit iar tratamentul nu are efectele dorite.

Au fost discutate *instrumentele disponibile pentru diagnosticul, testarea și modalitățile de reducere a transmiterii bolii la om:*

1. *Elaborarea strategiilor pentru îmbunătățirea siguranței alimentare,*

¹⁸ http://www.who.int/tb/features_archive/zoonotic_TB_roadmap/en/

2. Dezvoltarea capacității sectorului de sănătate animală pentru a reduce prevalența tuberculozei în efectivele de animale,

3. Identificarea principalelor populații și a căilor de risc pentru transmiterea TB zoonotic

4. Creșterea gradului de conștientizare asupra tuberculozei zoonotice, angajarea părților interesate importante din sectorul public și privat și stabilirea unei colaborări intersectoriale eficiente.

5. Elaborarea și punerea în aplicare a politicilor și liniilor directoare pentru prevenirea, supravegherea, diagnosticarea și tratamentul TB zoonotic, în conformitate cu standardele interguvernamentale, dacă este cazul.

6. Identificarea oportunității pentru intervențiile adaptate comunităților care să vizeze în comun problema sănătății umane și animale.

7. Dezvoltarea de investiții supra unor cazuri care să susțină angajamentul politic și finanțarea pentru combaterea TB zoonotic în sectoare, la nivel mondial, regional și național.

□ 17 noiembrie 2017, Moscova/Geneva - S-a semnat un **angajament global pentru a stopa evoluția TBC-ului**. Au participat 75 de miniștri care au convenit să ia măsuri urgente pentru a pune capăt tuberculozei până în 2030^{15,19}.

□ 30 octombrie 2017, Geneva – **OMS a semnalat nevoia urgentă de angajament politic** sporit pentru a pune capăt tuberculozei. Eforturile globale de combatere a TBC au avut ca rezultat 53 milioane vieți salvate și reducerea cu 37% a ratei mortalității prin TBC. Cu toate acestea, conform OMS, progresele înregistrate în majoritatea țărilor nu sunt suficient de rapide pentru a atinge obiectivele globale sau pentru a remedia lacunele persistente în ceea ce privește îngrijirea și prevenirea tuberculozei²⁰.

□ 1 decembrie 2017, Geneva - **OMS și Fondul Global pentru Combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei au elaborat un acord de cooperare** pentru a ajuta țările să accelereze eforturile de a pune capăt epidemiei de tuberculoză până în 2030²¹.

Componenta TBC a acordului pune un accent deosebit pe identificarea acelor persoane cu TBC care nu au fost luate în evidență de sistemele de sănătate. **Conform OMS, în 2017, din 10,4 milioane de cazuri în 2016, doar 6,3 milioane au fost detectate și notificate oficial**. Acest lucru se datorează, în mare parte, subraportării și subdiagnosticării persoanelor cu tuberculoză, în special în țările cu mari

¹⁹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/commitment-end-tuberculosis/en/>

²⁰ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/political-commitment-tb/en/>

²¹ http://www.who.int/tb/features_archive/WHO_Global_Fund_agreement/en/

sectoare private nereglementate, sisteme de sănătate organizate defectuos și implicarea redusă a comunităților.

❑ **Proiectul Tuberculozei Regionale din Europa de Est și Asia Centrală (TB-REP)**

privind consolidarea sistemelor de sănătate pentru prevenirea și îngrijirea tuberculozei și prevenirea consumului de droguri este un proiect care a început în 2016 și se va desfășura pe o perioadă de trei ani. Proiectul se axează pe accelerarea prevenirii tuberculozei și îngrijire prin eliminarea barierelor sistemului sanitar și prin extinderea reformelor sistemului de sănătate în 11 țări din Europa de Est și din Asia Centrală²².

Raportul acestui proiect prezintă etapele de realizare și rezultatele inițiale obținute în ceea ce privește susținerea durabilă pentru prevenirea și îngrijirea eficientă a tuberculozei, cooperarea la nivel de țară și consolidarea capacităților:

- cu sprijin tehnic din partea OMS/Europa, organizațiile societății civile din țările participante au elaborat strategii de susținere relevante pentru proiecte;
- țările participante au desemnat puncte focale naționale pentru coordonarea și implementarea TB-REP;
- au fost înființate grupuri naționale de lucru cu scopul de a acționa ca ghiduri în vederea construirii de noi modele de îngrijire a tuberculozei;
- OMS a elaborat un plan privind îngrijirea TBC centrată pe oameni, adaptată la contextele naționale.

TB-REP este finanțat de Fondul Global pentru Combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei și este implementat de Centrul pentru Politici și Studii de Sănătate al Republicii Moldova în calitate de prim-beneficiar și Oficiul Regional al OMS pentru Europa, ca parteneri.

❑ **Raportul ECDC, „Supravegherea și monitorizarea tuberculozei în Europa 2017”, în**

2015, a raportat un număr total de:

- **311.910** cazuri TBC din țările din regiunea europeană a OMS, dintre care **264.073** erau noi, recidive sau cu tratament anterior necunoscut. Aceasta reprezintă **84,7%** din totalul cazurilor de TBC notificate în 2015²³.
- În 2015, aproape **16.000 de pacienți cu infecție HIV + TBC** au fost detectați dintr-un număr estimat de 27.000 și doar **62% dintre aceștia au primit tratament**

²² <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2017/tuberculosis-regional-eastern-european-and-central-asian-project-tb-rep-mid-term-update-2017>

²³ <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/ecdc-tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2017.pdf>

antiretroviral. Procentul de pacienți cu HIV în rândul cazurilor de TBC a crescut de la 3,4% în 2008 la 9,0% în 2015.

- Unul dintre obiectivele de Dezvoltare Durabilă pentru 2030 este de a pune capăt epidemiei globale de TBC. Strategia TBC privind Strategia "**Stop tuberculozei**" (aprobată de Adunarea Mondială a Sănătății în 2014), își propune **reducerea cu 90% a deceselor prin tuberculoză și o reducere cu 80% a ratei incidenței tuberculozei până în 2030**, comparativ cu 2016.

III. Nivelul și dinamica fenomenului la nivel național (pe 10 ani)

Datorită progreselor în diagnosticarea și tratamentul tuberculozei, în România, numărul cazurilor a scăzut constant în ultimii 10 ani.

Cu toate acestea, **România a înregistrat cea mai mare incidență a TBC din Uniunea Europeană** (cu o ușoară creștere a incidenței în 2012 – 69,17/100.000 locuitori).

Tabel 12. Evoluția cazurilor noi de tuberculoza în perioada 2007-2016, Romania.

Evoluția cazurilor noi de tuberculoză, în perioada 2007 - 2016										
Categoriile de boli infecțioase și parazitare dintre care:	Ani									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Număr/ Incidență (la 100.000 locuitori)									
Tuberculoza	18.909 (87,80)	18.716 (87,03)	17.771 (82,77)	15.941 (74,38)	14.535 (68,07)	13.874 (69,17)	12.846 (64,3)	12.482 (62,7)	11.995 (60,7)	10.738 (54,5)

Sursa: INSSE (<http://statistici.insse.ro/shop/24>)

Din analiza evoluției cazurilor noi de tuberculoză în perioada 2007 – 2016, județele din sud și est au înregistrat cele mai mari valori, după cum urmează:

- în 2007, **cele mai mari valori ale incidenței** s-au înregistrat în Ilfov, Giurgiu, Dolj, Galați și Constanța.
- în 2008, în Giurgiu, Dolj, Constanța, Ilfov, Teleorman.
- în 2009, în Olt, Teleorman, Giurgiu, Dolj și Neamț.
- în 2010, în Olt, Giurgiu, Dolj, Galați și Teleorman.
- în 2011, în Olt, Dolj, Giurgiu, Mehedinți și Teleorman.
- în 2012, în Olt, Dolj, Teleorman, Giurgiu și Mehedinți.
- în 2013, în Teleorman, Dolj, Olt, Giurgiu și Tulcea.
- în 2014, în Giurgiu, Teleorman, Tulcea, Mehedinți, Dolj și Galați.
- în 2015, în Dolj, Olt, Teleorman, Bacău și Giurgiu.
- în 2016, în Tulcea, Giurgiu, Teleorman, Olt și Dolj (*Conform Anuarului de Statistică Sanitară 2016, publicat în 2017*).

Tabel 13. Evoluția cazurilor noi de tuberculoză, în perioada 2007 – 2016, pe județe

Nr. Crt	Județul	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
		Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
0	TOTAL	18909	87.8	18716	87.0	17771	82.8	15941	74.4	14535	68.1	13874	69.2	12846	64.3	12482	62.7	12029	60.7	10738	54.5
1	Alba	228	60.6	260	69.5	196	52.4	193	51.8	146	39.4	172	50.5	148	43.7	130	38.6	129	38.5	113	34.0
2	Arad	540	118.0	500	109.3	474	104.0	430	94.5	394	86.8	358	83.2	313	73.0	329	77.0	269	63.2	255	60.3
3	Argeș	468	72.6	564	87.6	454	70.8	430	67.3	385	60.5	346	56.8	363	59.9	351	58.3	314	52.5	302	50.9
4	Bacău	682	94.7	659	91.8	716	100.0	631	88.3	560	78.6	573	93.6	512	84.1	504	83.2	525	87.2	451	75.4
5	Bihor	431	72.5	389	65.6	378	63.7	348	58.7	308	52.0	295	51.3	264	45.9	289	50.4	286	50.1	243	42.8
6	Bistrița-N.	162	51.2	178	56.2	159	50.1	165	52.0	115	36.3	113	39.7	117	41.2	128	45.1	116	41.0	122	43.3

²⁴ <http://statistici.insse.ro/shop/>

7	Botoșani	463	101.9	434	96.2	431	96.1	380	85.0	329	74.0	347	84.9	335	82.8	317	79.0	272	68.5	258	65.7
8	Brasov	278	46.8	276	46.3	270	45.2	269	45.0	221	36.9	199	36.2	210	38.1	167	30.3	170	30.9	145	26.3
9	Brăila	271	74.1	292	80.6	302	83.8	310	86.7	288	81.1	257	80.9	243	77.4	206	66.4	244	79.7	195	64.7
10	Buzău	346	70.8	348	71.8	282	58.4	300	62.5	255	53.4	264	59.0	219	49.4	234	53.3	231	53.2	225	52.5
11	Caras-Sev.	290	88.5	292	89.8	311	96.3	290	90.4	262	82.2	216	73.7	185	63.7	233	81.0	200	70.3	192	68.4
12	Călărași	302	95.8	293	93.4	282	90.1	238	76.3	252	81.2	214	70.2	188	62.1	170	56.6	162	54.5	154	52.3
13	Cluj	386	55.8	333	48.1	349	50.6	284	41.1	293	42.5	265	38.1	248	35.5	236	33.7	256	36.5	212	30.2
14	Constanța	862	120.0	915	127.0	769	106.5	673	93.0	647	89.3	608	88.9	548	80.1	530	77.5	507	74.3	419	61.6
15	Covasna	80	35.8	74	33.2	88	39.5	72	32.4	78	35.2	68	32.5	50	23.9	37	17.8	64	30.9	58	28.2
16	Dâmbovița	480	90.0	449	84.6	397	74.9	334	63.0	309	58.4	316	61.2	291	56.6	267	52.2	273	53.8	240	47.7
17	Dolj	880	123.6	906	127.9	821	116.4	782	111.4	722	103.5	690	105.1	626	95.9	616	95.0	604	93.8	507	79.4
18	Galați	749	121.9	652	106.6	659	108.1	650	106.7	503	83.2	483	90.7	453	85.5	486	92.3	435	83.3	386	74.7
19	Giurgiu	351	123.8	370	130.9	338	120.2	329	117.4	284	101.7	279	99.0	252	89.9	267	96.2	238	86.3	227	82.7
20	Gorj	363	95.1	343	90.5	324	85.8	306	81.3	325	86.6	326	96.3	279	83.0	293	87.9	248	75.2	205	62.9
21	Harghita	121	37.2	90	27.7	105	32.3	75	23.1	80	24.7	81	26.0	76	24.5	67	21.6	60	19.5	53	17.3
22	Hunedoara	424	89.8	397	84.8	364	78.3	321	69.6	281	61.4	286	69.0	263	64.1	205	50.5	209	52.1	187	47.2
23	Ialomița	276	95.0	245	84.9	246	85.5	187	65.2	199	69.6	171	62.8	143	52.9	186	69.3	168	63.2	164	62.3
24	Iași	891	108.0	873	105.6	824	99.3	746	90.3	628	76.55	633	81.8	560	71.9	586	74.7	617	78.3	531	67.3
25	Ilfov	422	143.5	371	122.0	335	107.3	269	83.8	252	75.3	285	71.3	288	69.8	257	60.6	231	52.8	217	48.0
26	Maramureș	401	78.2	473	92.4	445	87.0	338	66.2	342	67.2	328	69.0	337	71.2	354	75.1	278	59.2	261	55.9
27	Mehedinți	344	115.1	333	112.8	280	95.6	287	98.6	279	96.6	259	98.5	208	79.9	237	92.0	213	83.7	140	55.7
28	Mureș	421	72.4	517	88.9	440	75.8	433	74.6	315	54.4	320	58.2	238	43.4	218	39.8	252	46.2	228	42.0
29	Neamț	484	85.5	523	92.7	622	110.6	434	77.2	451	80.4	349	74.8	342	73.8	346	75.1	305	66.7	289	63.7
30	Olt	494	103.8	554	117.7	650	139.2	548	118.4	475	103.6	476	110.4	386	90.6	373	88.6	375	90.2	328	80.0
31	Prahova	640	78.0	593	72.5	516	63.3	552	67.9	499	61.7	401	52.8	380	50.4	343	45.7	347	46.6	383	52.0
32	Satu-Mare	364	99.4	343	93.8	352	96.5	272	74.7	271	74.6	304	88.7	245	71.7	222	65.2	235	69.3	245	72.6
33	Sălaj	198	81.4	189	77.9	174	71.9	135	56.0	134	55.8	105	47.2	116	52.5	102	46.4	94	43.1	87	40.1
34	Sibiu	214	50.6	202	47.7	200	47.0	162	38.1	143	33.6	137	34.3	151	37.7	140	35.0	145	36.2	105	26.3
35	Suceava	512	72.5	520	73.6	438	62.0	432	61.0	429	60.5	374	59.1	419	66.3	390	61.7	369	58.5	302	48.0
36	Teleorman	462	111.8	491	120.5	491	122.0	421	105.8	369	93.9	372	99.2	360	97.4	338	92.7	318	88.7	288	81.7
37	Timiș	741	111.1	697	103.3	686	101.2	656	96.5	538	79.1	538	78.2	502	72.5	487	70.1	488	70.1	405	58.1
38	Tulcea	223	89.0	210	84.3	252	101.8	211	85.8	204	83.6	167	79.1	180	86.0	192	92.7	166	81.1	172	85.1
39	Vaslui	463	101.6	495	109.4	460	102.2	415	92.3	354	79.1	322	82.1	293	75.1	295	75.6	313	80.6	255	66.1
40	Vâlcea	320	77.7	330	80.7	326	79.9	255	62.7	225	55.6	231	62.6	239	65.2	205	56.2	153	42.3	172	48.0
41	Vrancea	301	76.7	309	78.9	296	75.8	275	70.6	262	67.4	269	79.5	215	63.9	212	63.3	207	62.2	210	63.7
42	București	1581	81.8	1434	73.8	1269	65.3	1103	56.8	1129	58.8	1077	57.3	1061	56.7	937	50.4	943	51.0	807	44.0

Sursa: Institutul de Pneumofiziologie "Marius Nasta" <http://statistici.insse.ro/shop/>

Din analiza cazurilor de TBC la copii, **numărul cazurilor noi și incidența tuberculozei la copiii sub 15 ani** a înregistrat cele mai mari valori în județele din sudul țării, est și nord-vest:

- în 2007, **cele mai mari valori ale incidenței la copii** < 15 ani s-au înregistrat în Ilfov, Vaslui, Galați, Maramureș, Constanța, Iași.
- în 2008, în Ilfov, Teleorman, Vaslui, Maramureș și Constanța.
- în 2009, în Teleorman, Ilfov, Maramureș, Constanța și Satu-Mare.
- în 2010, în Teleorman, Ilfov, Giurgiu, Vaslui și Galați.
- în 2011, în Giurgiu, Teleorman, Maramureș, Tulcea și Vaslui.
- în 2012, în Constanța, Giurgiu, Satu-Mare, Dolj și Timiș.
- în 2013, în Maramureș, Galați, Ilfov, Satu-Mare, Teleorman.
- în 2014, în Maramureș, Galați, Bihor, Constanța, Ilfov, Teleorman.
- în 2015, în Brăila, Teleorman, Maramureș, Galați, Constanța și Dâmbovița.
- în 2016, în Brăila, Teleorman, Maramureș, Giurgiu, Ialomița și Satu-Mare (*Conform Anuarului de Statistică Sanitară 2016, publicat în 2017*).

Tabel 14. Evoluția cazurilor noi de tuberculoză la copiii sub 15 ani, în perioada 2007 – 2016, pe județe

Nr. Crt	Județul	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
		Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
0	TOTAL	996	30.3	914	28.0	953	29.4	811	25.0	759	23.6	712	22.5	689	22.1	629	20.3	651	21.2	591	19.3
1	Alba	9	16.1	10	18.2	8	14.7	11	20.3	5	9.4	2	3.8	7	13.7	2	4.0	4	8.1	2	4.1
2	Arad	2	3.0	10	14.9	5	7.5	6	9.1	13	19.9	8	12.1	8	12.3	0	0.0	5	7.8	3	4.7
3	Argeș	13	13.8	20	21.5	21	22.9	20	21.9	18	20.0	12	13.5	18	20.6	14	16.3	19	22.4	16	19.0
4	Bacău	13	10.5	15	12.2	32	26.4	22	18.4	11	9.4	12	11.0	9	8.4	22	20.7	22	20.9	11	10.5

5	Bihor	26	27.3	23	24.3	25	26.5	27	28.6	17	18.1	29	30.9	34	36.7	33	35.9	23	25.2	20	22.0
6	Bistrița-N.	10	18.0	13	23.7	9	16.6	7	12.9	8	14.9	13	25.1	11	21.5	9	17.8	7	13.9	5	9.9
7	Botoșani	8	9.5	6	7.2	23	28.1	14	17.3	9	11.4	8	10.4	17	22.7	7	9.6	9	12.7	8	11.6
8	Brașov	14	16.9	11	13.2	22	26.2	26	30.4	25	29.0	21	24.6	28	32.6	15	17.3	15	17.1	13	14.6
9	Brăila	15	29.7	10	20.1	8	16.3	12	24.7	5	10.5	11	23.7	9	19.9	4	9.0	32	74.1	29	68.5
10	Buzău	8	10.9	7	9.6	18	25.0	8	11.2	7	10.0	9	13.0	8	11.8	16	24.0	8	12.3	13	20.4
11	Caraș-Sev.	7	14.6	8	16.9	10	21.5	12	26.2	14	31.1	9	20.4	3	7.0	10	23.9	10	24.4	8	19.9
12	Călărași	10	19.5	10	19.4	8	15.6	9	17.6	10	19.7	11	21.1	6	11.7	3	6.0	8	16.2	5	10.3
13	Cluj	18	19.9	14	15.4	13	14.3	14	15.3	16	17.4	5	5.4	12	12.9	12	12.8	17	17.9	18	18.6
14	Constanța	53	50.1	61	57.1	69	63.9	37	33.7	38	34.4	54	49.2	30	27.4	37	33.9	37	33.9	30	27.4
15	Covasna	5	13.5	2	5.4	2	5.4	6	16.1	3	8.1	4	10.9	3	8.2	0	0.0	7	19.6	2	5.7
16	Dâmbovița	21	24.9	25	30.1	16	19.5	19	23.4	16	19.9	17	20.6	10	12.3	16	20.2	25	32.1	5	6.5
17	Dolj	42	40.7	31	30.6	26	26.0	28	28.2	32	32.7	35	36.6	21	22.4	23	24.8	22	24.0	27	29.5
18	Galați	65	67.7	37	39.1	40	43.1	39	42.5	30	33.5	27	31.5	44	52.6	31	37.8	33	41.0	31	39.1
19	Giurgiu	13	30.0	15	35.1	19	44.9	28	66.7	22	53.2	21	47.5	10	23.1	12	28.3	10	23.9	16	38.9
20	Gorj	13	21.1	7	11.7	9	15.4	14	24.6	14	25.3	8	15.2	10	19.6	10	20.3	5	10.5	5	10.9
21	Harghita	15	28.1	8	15.0	4	7.5	6	11.2	10	18.8	11	20.8	8	15.3	6	11.6	0	0.0	1	2.0
22	Hunedoara	14	20.8	11	16.7	8	12.4	6	9.5	6	9.7	7	12.0	7	12.3	5	9.0	7	12.7	7	12.9
23	Ialomița	19	40.0	19	40.2	15	31.9	12	25.5	14	29.8	5	10.5	4	8.6	7	15.2	5	11.0	17	37.9
24	Iași	81	54.7	62	41.7	67	45.2	37	24.9	55	37.3	47	32.8	28	19.7	30	21.1	30	21.1	32	22.4
25	Ilföv	47	110.4	35	80.0	37	81.4	33	69.5	15	30.1	21	30.9	36	51.8	23	32.3	21	28.6	23	30.2
26	Maramureș	49	57.6	52	62.1	67	80.9	28	34.0	43	53.2	40	50.2	43	55.4	53	69.5	37	49.1	33	44.2
27	Mehedinți	10	22.8	19	44.6	9	21.5	11	26.6	18	44.4	9	22.6	6	15.5	8	21.2	7	18.9	4	11.1
28	Mureș	39	41.6	44	47.0	33	35.3	31	33.1	31	33.2	29	31.5	10	11.0	13	14.3	7	7.8	15	16.7
29	Neamț	18	19.5	8	8.8	11	12.3	12	13.5	15	17.2	16	20.2	6	7.7	6	7.8	8	10.6	5	6.7
30	Olt	26	36.9	14	20.4	23	34.4	16	24.5	15	23.7	8	12.6	11	18.0	11	18.6	12	21.0	5	9.0
31	Prahova	18	15.4	22	19.0	28	24.3	17	14.8	9	7.9	5	4.5	18	16.4	16	14.7	16	14.9	23	21.6
32	Satu-Mare	19	31.6	21	35.3	29	49.1	9	15.3	18	30.9	23	38.8	25	42.9	15	26.0	10	17.4	21	36.9
33	Sălaj	4	9.9	3	7.5	2	5.0	4	10.2	1	2.6	1	2.6	7	18.8	5	13.6	1	2.7	1	2.8
34	Sibiu	7	10.5	4	6.0	6	9.0	9	13.4	3	4.5	1	1.5	4	6.0	4	6.1	10	15.1	3	4.5
35	Suceava	40	30.1	49	37.3	21	16.2	20	15.5	36	28.3	12	10.0	37	31.2	23	19.6	30	25.7	26	22.4
36	Teleorman	25	44.7	40	73.6	45	85.0	47	90.3	26	51.3	17	32.6	19	37.6	14	28.4	27	56.2	29	61.6
37	Timiș	16	16.9	27	28.6	29	30.7	27	28.5	12	12.6	34	36.1	15	15.9	27	28.3	17	17.6	20	20.3
38	Tulcea	8	21.2	1	2.7	13	35.1	15	40.9	16	44.2	10	29.2	4	11.9	9	27.1	10	30.7	4	12.6
39	Vaslui	63	73.0	56	65.5	37	43.8	42	50.2	36	43.8	21	27.1	16	21.2	11	14.8	13	17.6	5	6.8
40	Vâlcea	19	31.3	10	16.9	10	17.2	11	19.2	9	16.0	5	9.2	13	24.4	3	5.8	2	3.9	4	8.1
41	Vrancea	11	17.5	8	12.9	4	6.5	8	13.1	7	11.7	12	20.7	13	22.8	5	8.9	12	21.5	3	5.5
42	București	83	37.3	66	28.9	72	30.6	51	21.0	51	20.8	62	26.3	61	25.6	59	24.3	51	20.6	43	17.1

Sursa: Institutul de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" <http://statistici.insse.ro/shop>

Numarul deceselor inregistrate prin tuberculoză, a înregistrat o creștere în 2008, apoi a scăzut constant

Tabel 15. Mortalitatea prin tuberculoză 2007-2016 (nr. si rata /100000 populatie)

Cauze de deces	Ani									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total decese	251.965	253.202	257.213	259.723	251.439	255.539	250.466	254.791	261.697	256.761
dintre care:	(1116.7)	(1123.2)	(1142.1)	(1154.7)	(1120.4)	(1140.7)	(1120.2)	(1142.6)	(1175.6)	(1155.6)
Boli infecțioase și parazitare	2375 (10.5)	2485 (11.0)	2358 (10.5)	2474 (11.0)	2233 (10.0)	2396 (10.7)	2362 (10.6)	2672 (12.0)	2738 (12.3)	3126 (14.1)
din care:	1606 (7.1)	1639 (7.3)	1523 (6.8)	1482 (6.6)	1283 (5.7)	1249 (5.6)	1136 (5.1)	1125 (5.0)	1058 (4.8)	969 (4.4)
Tuberculoza										

Sursa:INSSE

Tabel.16 Decedați prin tuberculoză pe sexe în perioada 2007 - 2016

Sex	Ani									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	1.606	1.639	1.523	1.482	1.283	1.249	1.136	1.125	1.058	969
Masculin	1.331	1.341	1.278	1.249	1.052	986	903	876	838	785
Feminin	275	298	245	233	231	263	233	249	220	184

Sursa: INSSE

În ceea ce privește decesele prin tuberculoză pe sexe, în ultimii 10 ani s-a observat, o creștere din 2007 în 2008, apoi o scădere constantă, situație reflectată și la sexul masculin, iar la sexul feminin, valori fluctuante, cu scăderi în 2009 - 2011, 2013 și 2015-2016.

IV. Evidențe utile pentru intervenții la nivel național, european și internațional (ghiduri, recomandări, etc.)

✿ OMS a elaborat o listă de supraveghere a TBC, „*Global Task Force on TB Impact Measurement*” (“Grupul de lucru global privind măsurarea impactului tuberculozei”), privind măsurarea impactului măsurării tuberculozei, care definește **standardele** care trebuie îndeplinite pentru furnizarea datelor incidenței tuberculozei¹. Activitățile privind supravegherea consolidată au inclus elaborarea unui ghid privind studiile de inventariere pentru a măsura sub-raportarea cazurilor de tuberculoză detectate. Pentru perioada 2016-2020, rolul Global Task (grupului de lucru global) a fost desemnat **să ghideze, să promoveze și să susțină analiza și utilizarea datelor TBC pentru acțiunile politice de planificare și programare.**

✿ **Inițiativa Globală de Laborator** (*Global Laboratory Initiative - GLI*) este o rețea de parteneri internaționali având scopul de a accelera și extinde accesul la **servicii de laborator de calitate**²⁵. În octombrie 2017 - GLI a inițiat un Ghid care oferă informații practice pentru dezvoltarea și îmbunătățirea eficienței testărilor de laborator, oferind soluții integrate.

✿ **Ghid pentru elaborarea unui plan național de acțiune public-privat pentru prevenirea și îngrijirea pacienților cu tuberculoză, publicat de OMS și USAID în decembrie 2017**²⁶.

Acest ghid este un document de planificare destinat să faciliteze integrarea componentelor sistemului public-privat (PPM) în planurile strategice naționale privind TBC. Procesul evidențiat în acest document a fost deja adoptat și utilizat în peste zece țări, printre care: Bangladesh, Etiopia, Ghana, Kenya, Malawi, Namibia, Nigeria, Filipine, Tanzania, Uganda și Zambia.

✿ Cu ocazia lansării **Raportului Global TB al OMS 2017**, s-a concluzionat că se înregistrează scăderi foarte mici ale incidenței și deceselor prin TBC și, astfel, o stagnare a gradului de acoperire a serviciilor specifice²⁷.

- ✚ Numărul estimat de persoane care dezvoltă TBC rămâne ridicat: **10,4 milioane**;
- ✚ Mortalitatea a scăzut de la 1,8 la 1,7 milioane;
- ✚ Succesul tratamentului pentru TBC sensibil la droguri rămâne același, de 83%, iar cel al TBC rezistent la medicamente rămâne la 54% la nivel global.

OMS își propune următoarele:

- ❑ **7,3 milioane de persoane cu TBC diagnosticate și tratate în 2018, de la 6,3 milioane în 2016**

²⁵ <http://www.stoptb.org/wg/gli/>

²⁶ <http://www.who.int/tb/publications/2017/PPMAActionPlanGuide/en/>

²⁷ http://www.stoptb.org/news/stories/2017/ns17_064.asp

- ❑ 250 000 de pacienți cu MDR TB diagnosticați și tratați în 2018, în creștere de la 130 000 în 2016
- ❑ 70% dintre persoanele noi cu TBC să aibă un test de sensibilitate la droguri în 2018 (față de 33% în 2016)
- ❑ Triplarea numărului de copii care primesc terapie preventivă în 2018 (față de 13% din 2016)
- ❑ Atingerea nivelului de 88% pentru TBC sensibil, 65% pentru MDR TB în 2018.

✱ În 2015, Ministerul Sănătății din România a emis Ordinul nr. 1171/21.09.2015 pentru aprobarea **Ghidului de implementare a Programului Național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei**²⁸.

Acest ghid oferă îndrumare profesioniștilor în domeniul serviciilor de sănătate cu privire la gestionarea cazurilor cu tuberculoză, precum și a celor care prezintă coinfecție TB-HIV/SIDA.

În România, Ministerul Sănătății consideră tuberculoza o problemă majoră de sănătate publică și ca urmare activitățile antituberculoase prevăzute în Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei (PNPSCT) – diagnosticul și tratamentul bolnavilor de TBC, controlul contactilor acestora, tratamentul preventiv, activitățile de informare, educare, comunicare – sunt gratuite. Documentul a fost elaborat pe baza strategiilor în domeniul controlului tuberculozei elaborate de ECDC și OMS.

Scopul PNPSCT: reducerea mortalității, morbidității și transmiterii TBC până în anul 2050, astfel încât această maladie să nu mai reprezinte o problemă națională de sănătate publică.

Obiectivele PNPSCT până în anul 2020:

- asigurarea accesului universal la tehnici rapide pentru diagnosticul TBC și **identificarea profilului de rezistență;**
- **diagnosticarea a cel puțin 85% din cazurile estimate de tuberculoză;**
- **atingerea ratei de succes terapeutic de 90% la cazurile noi de TBC pulmonară confirmate bacteriologic;**
- **atingerea ratei de succes terapeutic de 75% la cazurile noi de TBC MDR;**
- **reducerea ratei de mortalitate prin tuberculoză până la 3,4‰;**
- **scăderea incidenței globale a TBC la 55,51 ‰**²⁸.

²⁸ http://www.srp.ro/ghiduri/Ghid_pt%20BT.pdf

✓

PNPSCT reprezintă cadrul implementării obiectivelor specifice Strategiei Naționale de Control al Tuberculozei în România 2015-2020 de către Ministerul Sănătății, în concordanță cu recomandările ECDC și OMS²⁹.

✓

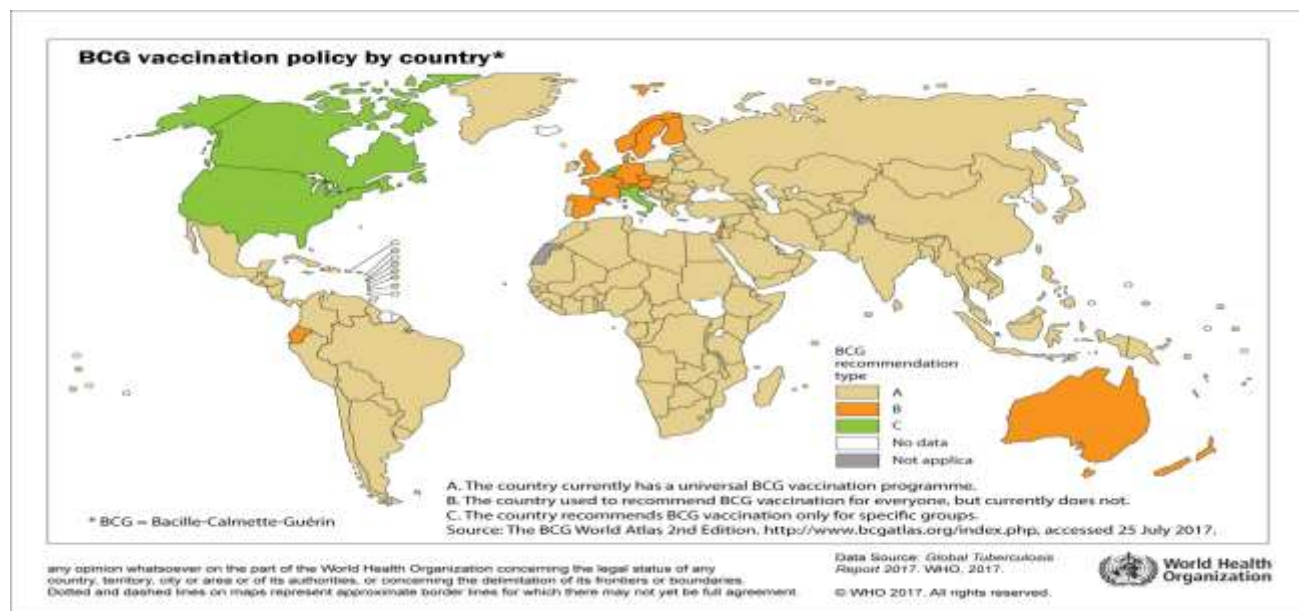


- ❑ **95% reducere până în 2035 a numărului de decese prin TBC față de 2015.**
- ❑ **90% reducere a ratei de incidență a TBC până în 2035 față de 2015.**
- ❑ **Zero familii afectate de costurile aferente tratamentului pentru TBC până în 2035.**

²⁹ <https://lege5.ro/Gratuit/ge3domzqgq3q/ordinul-nr-793-2017-pentru-modificarea-cap-2-din-ghidul-metodologic-de-implementare-a-programului-national-de-prevenire-supraveghere-si-control-al-tuberculozei-aprobat-prin-ordinul-ministrului-sanatat>

V. *Date privind politicile, strategiile, planurile de acțiune și programele existente la nivel european, național și județean*

☛ **Raportul Global al Tuberculozei 2017** prezintă anual situația mondială legată de politica de vaccinare BCG.



Source : [WHO Global Tuberculosis Report 2017](http://www.who.int/tb/publications/2017/Global_Tuberculosis_Report_2017)³⁰

Fig. 8. Politica vaccinării BCG

- ❑ **Strategia End TB a OMS și**
- ❑ **Obiectivele de Dezvoltare Durabilă ale ONU** vizează un scop comun: să pună capăt epidemiei globale de TBC -pentru perioada 2016-2035.

☛ 2016 este primul an de punere în aplicare a strategiei privind TBC în contextul Agendei Obiectivelor pentru Dezvoltare Durabilă a Națiunilor Unite, ambele având ca obiectiv stoparea epidemiei de TBC³⁰. Programul *Global Tuberculosis Report (Raportul Global al Tuberculozei) 2017* al OMS a elaborat orientarea operațională, pentru o implementare eficientă a noii strategii.

Noua strategie oferă explicații ale viziunii, obiectivelor și etapelor esențiale ale strategiei End TB (Stop tuberculozei), precum și indicatorii cheie pentru măsurarea progresului. Este organizat în trei părți:

- Partea I prezintă *abordarea generală, principiile și primii pași de implementare așteptați la nivel de țară.*

- Partea a II-a explică *viziunea, obiectivul, indicatorii, obiectivele și etapele de bază ale Strategiei,*

³⁰ http://www.who.int/tb/publications/2015/The_Essentials_to_End_TB/en

- Partea a III-a prezintă *politicile, actorii și acțiunile necesare pentru a contribui la implementarea noilor abordări prezentate în cadrul celor trei piloni ai Strategiei:*

- (i) îngrijire și prevenire centralizată;
- (ii) politici îndrăznețe și sisteme de susținere;
- (iii) intensificarea cercetării și inovării.

✱ **Noua strategie globală de combatere a TBC 2016-2035**, care a fost aliniată obiectivelor ONU de dezvoltare durabilă (SGD) 2030 și aprobată de cea de-a 67-a sesiune a Adunării Mondiale a Sănătății, a fost adaptată pentru regiunea europeană a OMS³¹.

- Planul de acțiune, care conține șase direcții strategice și 13 activități în cadrul a trei domenii de intervenție, oferă partenerilor naționali și partenerilor internaționali un cadru pentru coordonarea responsabilităților la nivel regional și național.
- În conformitate cu Rezoluția Comitetului Regional al OMS- Europa (document EUR/RC65/17 Rev.1), progresele înregistrate în punerea în aplicare a planului de acțiune privind tuberculoza vor fi raportate la cel de-al 67-lea Comitet Regional al OMS din septembrie **2018**³².

✱ **Raportul Global al Tuberculozei 2017** prezintă cele **cinci domenii strategice de lucru pentru perioada 2016 - 2020:**

1. *Consolidarea sistemelor naționale de notificare pentru măsurarea directă a cazurilor de tuberculoză, inclusiv TBC rezistente la medicamente și TBC asociate cu HIV în mod specific.*
2. *Consolidarea sistemelor VR naționale (vital registration – înregistrări vitale) pentru măsurarea directă a deceselor cu tuberculoză.*
3. *Studii prioritare pentru a măsura periodic povara bolii tuberculozei, incluzând:*
 - a. *sondaje naționale privind prevalența TBC-ului*
 - b. *analize de rezistență la medicamente*
 - c. *analize de mortalitate*
 - d. *studii privind costurile cu care se confruntă pacienții cu tuberculoză și familiile acestora.*
4. *Revizuirea periodică a metodelor utilizate de OMS pentru a estima povara bolii TBC și a infecției latentă a TBC.*
5. *Analiza și utilizarea datelor TBC la nivel de țară, inclusiv:*

³¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755423/>

³² http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/288391/65rs06e_TBAP_150748.pdf?ua=1

- a. analize dezagregate (de exemplu, în funcție de vârstă, sex, locație) pentru a evalua inegalitățile și echitatea;
- b. proiecții ale sarcinii bolii; și
- c. îndrumare, instrumente și consolidarea capacităților.¹

Cadrul de monitorizare a TBC-SDG elaborat cuprinde 14 indicatori care sunt asociați cu incidența tuberculozei, în cadrul a șapte SDG-uri. Cei mai importanți indicatori sunt:

- ❖ acoperirea serviciilor esențiale de sănătate;
- ❖ cheltuieli de sănătate pe cap de locuitor;
- ❖ prevalența HIV;
- ❖ prevalența fumatului;
- ❖ prevalența diabetului;
- ❖ prevalența tulburării consumului de alcool.
- ❖ *proporția populației care trăiește sub pragul sărăciei internaționale;*
- ❖ *proporția populației acoperite de planurile/sistemele de protecție socială;*
- ❖ *prevalența subnutriției; proporția populației care se bazează în principal pe combustibili și tehnologii nepoluante;*
- ❖ *Produsul intern brut (PIB) pe cap de locuitor;*
- ❖ *Indicele Gini pentru inegalitatea veniturilor;*
- ❖ *proporția populației urbane care trăiește în suburbii.*

✿ **Dintre Obiectivele de dezvoltare durabilă a ONU, SDG 3 are ca scop consolidat "Asigurarea vieții sănătoase și promovarea bunăstării pentru toți la toate vârstele".** Au fost stabilite 13 ținte, printre care:

- ✿ *Până în 2030, să se pună capăt epidemiilor de SIDA, tuberculoză, malarie și boli tropicale neglijate și combaterea hepatitei, a bolilor transmise prin apă și a altor boli transmisibile.*
- ✿ *Să se realizeze o acoperire universală a sănătății, inclusiv protecția riscurilor financiare, accesul la servicii de sănătate esențiale de calitate și accesul la medicamente și vaccinuri esențiale, eficiente;*
- ✿ *Sprijinirea cercetării și dezvoltării vaccinurilor și medicamentelor pentru bolile transmisibile și netransmisibile care afectează în primul rând țările în curs de dezvoltare;*
- ✿ *Acces la medicamente și vaccinuri esențiale.*

☛ Documentul politic elaborat de OMS, *Investiții globale în cercetarea și dezvoltarea tuberculozei: trecut, prezent și viitor* a fost realizat împreună cu actori din grupurile societății civile, din mediul academic și din parteneriatele de dezvoltare a produselor, pentru a fi utilizat la "prima Conferință ministerială globală privind tuberculoza în era dezvoltării durabile 2017".

Acest document subliniază **nevoile de cercetare pentru a pune capăt TBC și** a elaborat cerințele de finanțare și structurale necesare pentru a operaționaliza această viziune, descrie modul în care unele cercetări finanțate au oferit beneficii pacienților și au influențat politica și luarea deciziilor, dar și cât de puțin este investit în cercetarea și dezvoltarea TBC în comparație cu alte boli, cum ar fi HIV și malarie, care afectează de asemenea populațiile sărace¹⁶.

☛ **Rețeaua Europeană de supraveghere a tuberculozei** își propune să mențină și să dezvolte activitățile de supraveghere și, prin urmare, să contribuie la progresul internațional atât în domeniul epidemiologiei TBC, cât și al domeniilor de laborator³³.

Rețeaua europeană de supraveghere a tuberculozei este formată din experți în supravegherea tuberculozei din toate cele 53 de țări care aparțin regiunii europene a OMS, inclusiv 30 de state membre ale UE / SEE.

Sub coordonarea comună a ECDC și a OMS / Europa, **această rețea colectează, validează, analizează și diseminează datele de supraveghere a TBC europene pentru a descrie epidemiologia tuberculozei în regiune și a monitoriza progresele înregistrate în ceea ce privește eliminarea tuberculozei. Observațiile cheie și rezultatele monitorizării sunt publicate în rapoartele anuale.**

(Rețeaua europeană de supraveghere a tuberculozei este o continuare a fostului Program european de supraveghere a tuberculozei (EURO TB), care a fost găzduit de Institut de Veille Sanitaire în Franța și a efectuat supravegherea tuberculozei în regiunea europeană a OMS în perioada 1996-2007).

☛ Guvernul României a aprobat **Strategia Națională de Control al Tuberculozei pentru perioada 2015-2020**. Scopul principal este cel de reducere a incidenței și mortalității provocate de tuberculoză, prin asigurarea serviciilor de prevenire, depistare, tratare și creștere a aderenței la tratament, în conformitate cu recomandările OMS³⁴.

Cu toate progresele înregistrate în ultimii 12 ani, România este țara Uniunii Europene cu cea mai mare incidență a tuberculozei (de 4 ori peste media UE), având una dintre cele mai mici rate de vindecare, prezentând o creștere anuală a rezervorului de pacienți infecțioși. **Strategia își propune ca obiectiv final asigurarea condițiilor pentru eliminarea tuberculozei ca problemă de sănătate publică în România, până în 2050.**

³³ <https://ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/european-tuberculosis>

³⁴ <http://gov.ro/ro/guvernul/sedinte-guvern/strategia-nationala-de-control-a-tuberculozei-in-romania-2015-2020>

România are o rată a mortalității prin tuberculoză de 5,1 la fiecare 100.000 de locuitori, de 6,5 ori peste media din UE și 1,9 ori mai mare decât Regiunea Europeană a OMS, conform ultimelor date ale INSP-CNSISP.

Strategia Națională de Control al Tuberculozei pentru perioada 2015-2020 a fost creată printr-un proces de colaborare, condus de un grup de lucru format din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, Programului Național de Control al Tuberculozei și OMS, precum și ai altor instituții de stat și organizații nonguvernamentale³⁵.

Scopul strategiei este de a trasa direcțiile de acțiune privind controlul tuberculozei în funcție de nevoile epidemiologice și programatice din România, dar și de a stabili ținte naționale pentru îmbunătățirea performanței programului. Ariile majore de intervenție corespund celor șase componente ale Strategiei Stop TB:

Componentele Strategiei Stop TBC:

1. *Aplicarea DOTS de calitate la nivel național și îmbunătățirea acestuia;*
2. *Abordarea TB/HIV, TB MDR și a nevoilor populației sărace și vulnerabile;*
3. *Contribuția la consolidarea sistemului sanitar;*
4. *Creșterea implicării în controlul infecției TBC a tuturor furnizorilor de servicii medicale;;*
5. *Încurajarea persoanelor cu TBC și a comunităților să lupte împotriva TBC;*
6. *Realizarea unui cadru favorabil pentru cercetare și promovarea acesteia.*

Obiectivele Strategiei pentru următorii 5 ani (2015-2020):

- Asigurarea accesului universal la metode rapide de diagnostic pentru TBC sensibilă și pentru TBC M/XDR;
- Diagnosticarea a cel puțin 85% din toate cazurile estimate de TBC sensibilă și TB MDR;
- Tratarea cu succes a cel puțin 90% din cazurile noi de TBC pozitivă în cultură și a cel puțin 85% din toate retratamentele.
- Tratarea cu succes a 75% din cazurile de TBC MDR.
- Reducerea ratei generale a mortalității TBC la mai puțin de 4,3 la 100 000 de locuitori.
- Eliminarea costurilor crescute de tratament.
- Rata de notificare a tuturor formelor de TBC – confirmate bacteriologic plus cele diagnosticate clinic, cazuri noi și retratamente – va scădea la 46,59‰.
- Îmbunătățirea capacității sistemului sanitar de a control al TBC.

³⁵ <http://old.ms.ro/?pag=13>

Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei ³⁶ asigură:

- prevenția tuberculozei: vaccinarea BCG și administrarea tratamentului chimioprofilactic cu izoniazidă la cazurile cu indicație;
- depistarea tuberculozei, pasivă, respectiv activă;
- diagnosticul tuberculozei, prin examen clinic și metode de laborator: examenul bacteriologic, examen radiologic;
- identificarea sensibilității, respectiv rezistenței microbiene la antibiotice prin metode de laborator, testarea mutațiilor genetice sugestive pentru rezistențe la medicamentele antituberculoase;
- tratamentul pacienților cu tuberculoză sensibilă sau rezistentă, asigurarea administrării sub directă observație a tratamentului;
- monitorizarea evoluției sub tratament a cazurilor de tuberculoză;
- notificarea și evaluarea cazurilor de tuberculoză în registrul național;
- elaborarea și trimiterea de rapoarte periodice către diferite instituții la nivel național și internațional;
- managementul medicamentelor antituberculoase;
- controlul transmiterii tuberculozei în unitățile sanitare, comunități la risc și societate, prin măsuri specifice de control al transmiterii tuberculozei;
- intervenții pentru schimbarea comportamentelor;
- dezvoltarea resurselor umane pentru controlul TB;

✿ Între aprilie **2015** și decembrie **2017** s-au realizat o serie de proiecte implementate în parteneriat cu Fundația Romanian Angel Appeal, cu implicarea factorilor de decizie din cadrul Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei din România și cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății³⁷:

- ✓ Proiectul *Diagnosticarea rapidă și de calitate a TBC și TB MDR/XDR prin îmbunătățirea dotării laboratoarelor Bk cu echipamente de testare rapidă și dezvoltarea de ghiduri metodologice naționale.*

Scop: extinderea accesului populației din România la diagnosticarea rapidă și de calitate a TBC și TB MDR/XDR.

Obiective: elaborarea de ghiduri naționale, dotarea laboratoarelor cu echipamente, consumabile în vederea asigurării examenului de laborator de calitate.

³⁶ <http://www.marius-nasta.ro/tb>

³⁷ <http://www.marius-nasta.ro/fondul-global>

- ✓ Proiectul *Îmbunătățirea controlului TB MDR/XDR prin asigurarea tratamentului neîntrerupt, complet și de calitate, cu medicamente anti-tuberculoase procurate prin GLC (DOTS-Plus).*

Scop: limitarea răspândirii infecției cu tuberculoză multidrog-rezistentă.

Obiective: asigurarea medicamentelor anti-tuberculoase; monitorizarea permanentă a evoluției sub tratament.

VI. Analiza grupurilor populaționale la risc.

Influențele mai largi asupra epidemiei de TBC includ nivelul de sărăcie, infecția HIV, subnutriția și fumatul⁶.

Segmente populaționale vulnerabile^{38, 39}:

- Persoane fără adăpost;
- Persoane încarcerate;
- Rezistența la medicamente;
- Homosexualii;
- Fumători;
- Persoane cu imunitate scăzută;
- Copiii sub 15 ani.

- ✿ Raportul ECDC, „*Supravegherea și monitorizarea tuberculozei în Europa 2017*”, în 2015, a specificat următoarele:

Cazurile de TBC cu origine străină reprezintă 6,3% din totalul cazurilor de TBC notificate la nivel regional, 29,8% în țările UE/SEE și doar 0,7% - țările non-UE/SEE.

Un total de 5,9% (13 845 de cazuri) din cazurile de TBC noi și recidive în regiune au fost raportate din *penitenciare*, dintre care 13432 (97%) erau în cele 18 țări cu prioritate înaltă. Rata generală de notificare pentru cazurile noi de tuberculoză în penitenciarele din regiunea europeană a OMS a fost de 915 la 100.000 de locuitori⁴⁰.

³⁸ http://old.ms.ro/documente/National%20Strategic%20Plan%20-%20Romania%20-%20vsI09%2010%20RO_996_1980.pdf

³⁹ http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20nationale/Sinteza_RN_2016.pdf

⁴⁰ <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/ecdc-tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2017.pdf>

O medie regională a riscurilor asociate pentru tuberculozele emergente în închisori a fost de 24 de ori mai mare decât în societate.

În timp ce toți pacienții cu tuberculoză MDR au acces la medicamentele secundare în regimuri de tratament specifice, rata de tratament eficient este cu mult sub obiectivul de 75% definit în Planul de acțiune pentru tuberculoză pentru regiunea europeană a OMS pentru perioada 2016-2020.

- ✱ 22 martie 2017, Geneva - **Noua orientare în domeniul eticii în materie de tuberculoză (TBC)**, lansată de OMS, are drept scop să contribuie la garantarea faptului că țările pun în aplicare Strategia TBC și cuprinde standarde etice pentru a proteja drepturile tuturor celor afectați^{41, 42}.

Cea mai mare povară a bolii este dată de comunități socio-economice: *migranți, refugiați, prizonieri, minorități etnice, mineri și alții care lucrează și trăiesc în medii amenințătoare de risc.*

Sărăcia, malnutriția, locuințele sărace și salubritatea, complicate de alți factori de risc, cum ar fi HIV, tutunul, consumul de alcool și diabetul zaharat, pot pune oamenii la un risc sporit de tuberculoză și îngreunează accesul la îngrijire.

Mai mult de o treime (4,3 milioane) de persoane cu tuberculoză sunt nediagnosticsate sau nedeclarate, unele nu primesc deloc îngrijire și altele au acces la îngrijire de calitate discutabilă.

Noua orientare a eticii OMS abordează aspecte controversate, cum ar fi izolarea pacienților contagioși, drepturile pacienților cu tuberculoză în penitenciare, politicile discriminatorii împotriva migranților afectați de TBC.

Etica OMS subliniază cinci obligații etice cheie pentru guverne, lucrători în domeniul sănătății, furnizori de servicii medicale, organizații neguvernamentale, cercetători și alte părți interesate pentru:

- sprijinul social de care au nevoie
- evitarea izolării pacienților cu tuberculoză înainte de epuizarea tuturor opțiunilor pentru a permite aderența la tratament și numai în condiții foarte specifice
- să permită "populațiilor-cheie" să acceseze același standard de îngrijire oferit altor cetățeni
- asigura un mediu de muncă sigur pentru personalul din sănătate.

Protecția drepturilor omului, a eticii și a echității sunt principii care stau la baza strategiei TBC.

- ✱ **Aproximativ un sfert din populația lumii are TBC latentă**, ceea ce înseamnă că oamenii au fost infectați cu TBC, dar nu sunt (încă) bolnavi și nu pot transmite boala⁶.

⁴¹ <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2017/en/>

⁴² <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-tb-day/en/>

- Persoanele infectate cu bacilul tuberculozei au un risc de 5-15% mai mare de a se îmbolnăvi de TBC, procentul crescând la *persoanele cu sisteme imunitare deficitare*, cum ar fi cele HIV-pozitive (20-30%), cu malnutriție sau diabet, sau persoanele care consumă tutun (8%).

- Persoanele cu TBC activă pot infecta alte 10-15 persoane prin contact strâns pe parcursul unui an.

- Fără tratamentul adecvat, 45% dintre persoanele cu HIV-negativ cu TBC, în medie, și aproape toate persoanele HIV-pozitive cu TBC sunt la risc crescut de deces.

- O persoană care trăiește cu *HIV* este de aproximativ 26 până la 31 de ori mai susceptibilă de a dezvolta TBC activă.

- Aproximativ 1 din 3 decese în rândul persoanelor cu HIV se datorează TBC^{43,44}.

- Tuberculoza afectează în cea mai mare parte adulții în cei mai productivi ani. Cu toate acestea, toate grupurile de vârstă sunt expuse riscului.

- Peste 95% din cazuri și decese sunt în țările în curs de dezvoltare.

- Un milion de copii (cu vârste între 0 și 14 ani) s-au îmbolnăvit de tuberculoză, iar 250.000 de copii (inclusiv copiii cu TBC asociată cu HIV) au decedat din cauza bolii în 2016⁵.

✿ 1 decembrie 2017, Geneva - **OMS și Fondul Global pentru Combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei** și-au extins parteneriatul strâns cu un nou acord de cooperare pentru a ajuta țările să accelereze eforturile de a pune capăt epidemiei de tuberculoză până în 2030^{45,46}. Componenta TBC a acordului pune un accent deosebit pe găsirea persoanelor cu TBC care nu au fost încă identificate ca având boala.

✿ În 2015, în SUA, majoritatea (87%) dintre toate cazurile de TBC raportate s-au înregistrat la minorități rasiale și etnice⁴⁷.

TBC a fost raportată la 1.995 de persoane de culoare, non-hispanici. De asemenea, în 2015, rata de TBC la persoanele de culoare, non-hispanice a fost de 5 cazuri/100.000 locuitori, față de persoanele non-hispanice la care rata TBC a fost 0,6 cazuri/100.000 de locuitori.

În 2015, în rândul persoanelor din SUA cu TBC, aproape 36% erau afro-americieni. Procentul de cazuri de tuberculoză care apare la hispanici, afro-americieni și asiatici este mai mare decât se aștepta pe baza procentului acestor minorități din populația SUA.

⁴³ <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/en/>

⁴⁴ http://www.who.int/features/factfiles/tb_facts/en/index1.html

⁴⁵ http://www.who.int/tb/features_archive/WHO_Global_Fund_agreement/en/

⁴⁶ <https://www.theglobalfund.org/en/key-populations/>

⁴⁷ <https://www.cdc.gov/tb/topic/populations/default.htm>

În 2015, aproximativ 87% din cazurile de tuberculoză raportate în Statele Unite aparțineau minorităților rasiale și etnice.

- ✿ Se estimează că și **copiii cu vârsta sub 15 ani** sunt o categorie la risc pentru TBC, mai ales sugarii și copiii mici. În rândul copiilor, cel mai mare număr de cazuri de tuberculoză este observat la vârste sub 5 ani și la adolescenți cu vârsta mai mare de 10 ani.

Există un risc mare pentru **femeia gravidă și copilul ei** dacă TBC nu este tratată. Copiii născuți de femeile cu TBC netratată au o greutate la naștere mai mică.

- ✿ Aproximativ 4-6% din cazurile de tuberculoză raportate în Statele Unite apar în rândul **persoanelor încarcerate** la momentul diagnosticării. Populația încarcerată conține o proporție mare de persoane cu risc crescut de tuberculoză decât populația totală⁴⁶.
- ✿ În Statele Unite, 1% din populație trăiește **fără adăpost**, dar mai mult de 5% dintre persoanele cu TBC au raportat că sunt fără adăpost în decursul anului anterior diagnosticării.
- ✿ Condițiile care cresc riscul de TBC sunt **abuzul de substanțe, infecția cu HIV** și convietuirea în **adăposturi aglomerate**. Această combinație de condiții este favorabilă pentru răspândirea tuberculozei. În plus, persoanele care sunt **fără adăpost** adesea nu au acces imediat la asistența medicală necesară pentru a face un diagnostic precoce al tuberculozei⁴⁶.
- ✿ **Persoanele care călătoresc** ar trebui să evite un contact strâns sau un timp prelungit cu pacienți cu tuberculoză cunoscută în medii aglomerate, închise (de exemplu, clinici, spitale, închisori sau adăposturi fără adăpost).

✿ TBC afectează negativ viețile a mii de români, în special celor **provenind din zonele rurale, celor cu situație economică precară și celor fără adăpost**⁴⁸.

Doar aproximativ 50% dintre locuitorii din mediul rural au acces la unități medicale îmbunătățite, iar 40% au acces dificil la servicii medicale primare, în comparație cu doar 15% dintre locuitorii din mediul urban. În general, populația rurală este afectată disproporționat de TBC, având totodată probabilitatea mai mare de a se confrunța cu eșecul tratamentului și cu abandonul⁴⁷.

✿ **Populația rromă** de asemenea este la risc de a face boala, întrucât este disproporționat mai săracă decât majoritatea românilor, 75% dintre romi trăind în sărăcie (sursă: Amnesty International).

⁴⁸ http://old.ms.ro/documente/National%20Strategic%20Plan%20-%20Romania%20-%20vsI09%2010%20RO_996_1980.pdf

✿ *Rezistența la tratament* este un alt factor de risc pentru TBC. Medicamentele la care se poate dezvolta rezistență sunt izoniazida și rifampicina, cele mai eficiente medicamente anti-TBC⁴⁹. Cele 2 motive pentru care multidrog-rezistența continuă să apară și să se răspândească sunt gestionarea defectuoasă a tratamentului TBC și transmisia de la persoană la persoană. Majoritatea persoanelor cu tuberculoză sunt vindecate prin tratament adecvat și supraveghere. Utilizarea necorespunzătoare sau incorectă a medicamentelor antimicrobiene sau utilizarea unor formulări ineficiente de medicamente (medicamente unice, de slabă calitate sau condiții de depozitare necorespunzătoare) și întreruperea prematură a tratamentului pot determina **rezistență la tratament**.

Soluțiile pentru controlul tuberculozei rezistente la medicamente sunt:

- vindecarea pacientului cu TBC pentru prima dată
- asigurarea accesului la diagnostic
- asigurarea unui control adecvat al infecțiilor în locurile în care sunt tratați pacienții
- asigurarea utilizării adecvate a medicamentelor recomandate de a doua linie.

VII. Situația campaniilor IEC efectuate la nivel național în anii anteriori

Ziua Mondială a TB este celebrată în fiecare an de către organizațiile din sănătate, ONG-uri, prin acțiuni de informare și conștientizare a populației despre epidemia de tuberculoză, privind prevenirea, diagnosticul și tratamentul bolii: expoziții de fotografie, evenimente de caritate pentru strângerea de fonduri, dezbateri, evenimente stradale, etc.

Temele Zilei Mondiale Împotriva Tuberculozei, de-a lungul anilor, sunt:

- | | |
|--|--|
| 1997: Folosiți DOTS pe scară largă | 2007: TBC oriunde este TBC pretutindeni |
| 1998: Povestiri DOTS de succes | 2008–2009: Eu opresc TBC |
| 1999: Stop TBC, utilizați DOTS | 2010: Inovați să accelerați acțiunea |
| 2000: Forțați noi parteneriate pentru a opri TBC | 2011: Transformați lupta prin eliminare |
| 2001: DOTS : Tratament TBC pentru toți | 2012: Cereți o lume fără TBC |
| 2002: Stop TBC, luptați împotriva sărăciei | 2013: Opreți TBC în timpul vieții mele |
| 2003: DOTS m-a vindecat – te va vindeca și pe tine! | 2014: Atingeți ținta de trei milioane: un test TBC, tratament și vindecare pentru toți |
| 2004: Fiecare respirație contează – Opreți TBC acum! | 2015: Pregătiți-vă pentru a elimina TBC |
| | 2016: Uniți pentru a elimina TBC |

⁴⁹ <http://www.who.int/features/qa/79/en/>

2005: Furnizori de îngrijire TBC de primă linie: 2017: Uniți pentru a elimina TBC.

eroi în lupta împotriva TBC

2006: Acțiuni pentru viață – Către o lume fără
TBC

***2018. DORINȚĂ: LIDERI PENTRU O
LUME FĂRĂ TUBERCULOZĂ!
PUTEȚI FACE ISTORIE.
OPRIȚI TUBERCULOZA!***

Județele care au realizat acțiuni pentru celebrarea Zilei Mondiale de Luptă împotriva Tuberculozei în perioada 2015-2017 au fost: Alba, Arad, Bacău, Bihor, Bistrița-Năsăud, Brașov, Buzău, Constanța, Dâmbovița, Gorj, Hunedoara, Iași, Maramureș, Mureș, Neamț, Olt, Timiș, Vâlcea. Ca activități de remarcă, menționăm:

- Acțiuni împreună cu partenerii de campanie – asistenți comunitari, ONG-uri, asociații (Camera de Comerț, participarea unor partide politice, etc.), Inspectorate Școlare, Primării, Inspectorate de Poliție,
- Emisiuni radio și tv, filme tematice, interviuri, website-uri, mese rotunde, seminarii;
- Informare și distribuire de materiale informative cu ajutorul asistenților medicali și comunitari și a mediatorilor sanitari în farmacii, cabinete medicale din grădinițe și școli, medici de familie, ambulatorii de specialitate, spitale, biblioteci, pe străzi sau diferite alte unități (prefecturi, primării, unități comerciale)
- Activități stradale.
- Organizare de seminarii în comunitati scolare si locale.

Încheierea epidemiei TBC

se numără printre obiectivele de sănătate adoptate în cadrul obiectivelor de

dezvoltare durabilă (2016-2030) și al Strategiei privind tuberculoza, elaborate de OMS (2016-2035)⁴³.