

 ASL Oristano	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SARDEGNA Medicina del Lavoro - Settore Medico Competente Tel. 0783/317744 – 45 Fax 0783/317747	DATA... Prot. N° ./m.c
--	--	----------------------------------

Procedure per la prevenzione della
malattia tubercolare negli operatori
sanitari della ASL 5 di Oristano

Data ____ / ____ / ____

Emesso da	Medico Competente ASL 5 Oristano	
Approvato da	Direzione Generale ASL 5 Oristano	

1) PREMESSA

Il settore sanitario è tradizionalmente considerato a maggior rischio di TBC occupazionale.

La presente procedura vuole essere uno strumento per la gestione della sorveglianza sanitaria inerente gli interventi di prevenzione e profilassi dell'infezione tubercolare sia in fase di sorveglianza preventiva , periodica e in seguito a contatto professionale ad un caso contagioso di tubercolosi.

SERVIZI COINVOLTI:

- Datore di Lavoro (Direttore Generale)
- Direttore Sanitario Aziendale
- Direttori Sanitari Presidi Ospedalieri Aziendali
- Direttori di Distretto
- Direttori di Dipartimento
- Direttori di U.O. Complesse Ospedaliere e Territoriali
- Servizio Pneumologia aziendale
- RSPP
- RLS
- Lavoratori

2) Aspetti clinici

La tubercolosi è una patologia infettiva principalmente causata nell'uomo dal *Mycobacterium tuberculosis* , quasi sempre trasmissibile per via aerea.

I microrganismi patogeni vengono trasmessi nelle secrezioni in “Droplet nuclei” che vengono espulsi nell'ambiente dal paziente malato con la tosse.

La malattia tubercolare si presenta nell'uomo in due condizioni cliniche: l'infezione tubercolare latente (ITL) e la malattia tubercolare attiva (TB) , le differenze tra le due condizioni riguardano:

- la “carica” di micobatteri interna presente nei polmoni (bassa nella ITL e alta nella TB)
- la “contagiosità” (assente nella ITL , potenziale nella TB) .
- la “sintomatologia” (assente nella ITL , spesso presente nella TB) .
- gli esami microbiologici e radiologici del torace (normali nella ITL e alterati nella TB) .

Negli individui sani occorrono in genere 8 – 10 settimane dall'acquisizione dell'infezione perché si induca una risposta immunitaria evidenziabile con il test tubercolinico.

La tubercolosi è considerata comunque una malattia con grado moderato di contagiosità (al contrario del morbillo) .

I contatti a rischio (cioè contatti stretti , prolungati e in ambienti confinati) costituiscono il presupposto per la trasmissione interumana dell'infezione.

In particolare la trasmissibilità interumana dell'infezione dipende:

- grado di infettività del paziente fonte , correlato al numero e virulenza dei bacilli.
- tempo di esposizione al paziente con TB contagiosa o ad aria ambiente contaminata.
- Caratteristiche dell'ambiente in cui si verifica il contatto (dimensione della stanza , tipo di ventilazione etc.)
- integrità funzionale del soggetto esposto (es. immunità) .

3) EPIDEMIOLOGIA

Dal punto di vista epidemiologico in Italia i valori di incidenza media sono stabili da circa 20 anni: i casi notificati si aggirano intorno a 7 per 100.000 abitanti;

Tuttavia il profilo epidemiologico della malattia si è modificato.

I principali fattori che hanno avuto un impatto sulle dinamiche epidemiche della tubercolosi in Italia negli anni più recenti sono stati l'immigrazione da paesi ad alta endemia tubercolare e la diffusione dell'infezione da HIV -(quasi il 50 % sul totale dei malati di tubercolosi non è nato in Italia), e la diffusione di ceppi farmaco resistenti, provenienti soprattutto dall'est europeo.

Secondo i dati forniti dal Servizio Igiene Pubblica della ASL 5 , l'incidenza dei casi di tubercolosi denunciati in Sardegna è di 3,3 per 100.000 abitanti (riferito all'anno 2008).

Nella Provincia di Oristano abbiamo una incidenza (riferita al quinquennio 2006-2010) di 3,8 per 100.000 abitanti.

Precisamente ci sono stati , in questo periodo , 31 casi (17 donne e 14 uomini , con età media di 56 anni).

Sempre nella Provincia di Oristano , analizzando gli ultimi due anni , ci sono stati 9 casi nel 2009 (incidenza 5,4 per 100.000 abitanti) e 11 casi nel 2010 (ad Ottobre) con incidenza di 7,9 per 100.000 abitanti .

Questi dati evidenziano un trend in salita dei casi denunciati negli ultimi due anni nella Provincia di Oristano , anche se va tenuto conto che la popolazione Provinciale (167.000 abitanti) è piccola e difficilmente si possono avere tassi stabili.

4) Interventi di prevenzione e profilassi negli operatori sanitari asl 5

Al fine di ridurre il rischio di infezione tubercolare tra i dipendenti, verranno attuate le seguenti misure:

1. Informazione ai dipendenti sul rischio occupazionale da TBC (divulgando le procedure operative o altro materiale specifico)
2. Test alla tubercolina secondo mantoux (TST Tubercolin Skin Test): A tutto il nuovo personale dipendente all'atto dell'assunzione che entri a operare in Ospedale o negli ambulatori territoriali inclusi i soggetti in precedenza vaccinati.

Sono esclusi dallo screening tubercolinico quei soggetti con documentata cutipositività > 10 mm o con pregressa TBC polmonare documentata e adeguatamente trattata.

3. Screening tubercolinico periodico secondo mantoux in funzione del livello di rischio.

Presidio ospedaliero	RISCHIO ELEVATO	RISCHIO INTERMEDIO	RISCHIO BASSO
S.Martino (OR) e territorio	NO	-Rep.Medicina -Laboratorio- -Anatomia Patologica -Psichiatria-Anestesia -SERD-Pneumologico	Restanti Reparti
"Delogu" (Ghilarza) e territorio	NO	-Rep. Medicina -Laboratorio -Anestesia	Restanti Reparti
"Mastino" (Bosa) e territorio	NO	-Rep. Medicina -Laboratorio -Anestesia	Restanti reparti

Per gli operatori a rischio intermedio l'effettuazione del test tubercolinico sarà biennale. Per i rimanenti reparti o servizi aziendali a basso rischio verrà effettuato un controllo periodico Quadriennale.

4. Prova al quantiferon: Test indiretto per la rilevazione specifica dell'infezione da m.tuberculosis , da valutare congiuntamente all'rx torace, ed altre valutazioni mediche e diagnostiche.

Utile per la diagnosi differenziale fra tubercolosi attiva e malattie da micobatteri non tubercolari, e nella valutazione post-esposizione nei soggetti già vaccinati BCG e nei pregressi malati di TBC.

5. Vaccinazione BCG negli operatori sanitari:

La vaccinazione è obbligatoria in chi operi, a qualunque titolo, con Test Tubercolinico negativo, in ambienti sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi multifarmacoresistenti oppure che operi in ambienti ad alto rischio e non possa in caso di cuticonversione essere sottoposto a terapia preventiva perchè presenta controindicazioni cliniche (gravi epatopatie) all'uso dei farmaci specifici.

5) Misure di Protezione collettive e individuali per operatori sanitari.

Devono essere adottate tutte le misure preventive anche al sospetto (Pz. Con tosse da 3 settimane – anche con febbre, calo di peso, sudorazione notturna etc.) ponendo il paziente in una camera specifica isolata, e ponendo una mascherina chirurgica al Paziente (che tossisce). E' importante l'areazione dei locali.

Per l'assistenza a pazienti con TBC contagiosa sospetta o accertata è raccomandato l'utilizzo di facciali filtranti FFP2 (anche con valvola espiratoria). L'utilizzo di facciali filtranti FFP3 sarà riservato a situazioni di elevato rischio (Pazienti con TBC contagiosa multifarmacoresistente). L'utilizzo di tali DPI deve essere accompagnato da adeguati programmi di formazione agli operatori sanitari che lo utilizzano.

6) Sorveglianza sanitaria e procedure per gli operatori sanitari asl 5 che riportano potenziali occasioni di contagio

Vanno considerate potenziali occasioni di contagio le esposizioni a pazienti con TB contagiosa o a materiali biologici contenenti micobatteri tubercolari senza l'utilizzo delle misure di contenimento o protezione individuale in uno spazio aereo ristretto.

Gli operatori sanitari che riportino potenziali occasioni di contagio devono essere sottoposti ad accertamenti per tubercolosi attiva e tubercolosi latente secondo il metodo dei cerchi concentrici (valutazione del rischio espositivo), con priorità per coloro che abbiano condiviso spazi confinati (es. camere di degenza) per periodi di tempo maggiori o che abbiano eseguito al paziente manovre che provochino la tosse o determinino la formazione di aerosol di secrezioni respiratorie.

1. Per tutti gli operatori di U.O. e tutti i medici è prevista la segnalazione immediata dei casi di TB contagiosa anche sospetta (si ricorda che la contagiosità è elevata quando l'esame microscopico diretto è positivo, mentre se è positivo solo l'esame colturale , con 3 esami microscopici diretti negativi , la contagiosità è potenziale ma molto ridotta) alla Direzione Sanitaria / Servizio Epidemiologico del presidio Ospedaliero.
2. La Direzione Sanitaria effettua immediatamente la ricerca dei contatti.
3. La Direzione Sanitaria trasmette al settore Medicina del Lavoro – medici competenti l'elenco degli operatori esposti con relativa valutazione del rischio di esposizione (vengono considerati "contatti stretti" coloro che hanno assistito in modo continuativo il paziente e hanno effettuato manovre particolarmente a rischio) , e al grado di contagiosità del caso indice (esito esame microscopico diretto , colturale etc).
4. Al ricevimento della segnalazione e dell'inchiesta epidemiologica il medico competente avvia il programma di sorveglianza sanitaria che si effettua attraverso :
 - a) Il test tubercolinico secondo mantoux , che viene effettuato a coloro che all'anamnesi risultano cutinegativi o una cutipositività < 10 mm (vaccinati o no) e a quelli che non hanno documentazione disponibile
 - ° al tempo 0 (entro 2 – 4 settimane dall'ultimo contatto)
 - ° Dopo 60 giorni (10 – 12 settimane dal contatto)Attualmente la mantoux viene effettuata c/o il centro Pneumologico del Distretto di Oristano . E' prevista , comunque , a breve l'effettuazione del test da parte dei Reparti di Medicina dei 3 Ospedali Aziendali.
 - b) Rx torace: agli operatori che presentano alla lettura del test una cutiversione.
 - c) Invio al Poliambulatorio di Oristano per valutazione pneumologica: per i provvedimenti del caso , eventuale richiesta del Quantiferon , sorveglianza , chemioprophilassi , chemioterapia , per tutti coloro nei quali si sia osservata la cutiversione , o nei casi dubbi.
 - d) Relazione finale alla conclusione della sorveglianza sanitaria , con invio alla Direzione sanitaria Ospedaliera.

Riepilogo delle procedure post esposizione

Reparto – P. Soccorso

(Caso di TBC attiva accertata o sospetta >
Attivazione di tutte le procedure preventive)



Informazione immediata alla
Direzione Sanitaria –
Epidemiologo Ospedaliero__

Analisi epidemiologica dei
contatti (dipendenti)

(attivazione di tutte le procedure previste per il controllo
delle malattie infettive Ospedaliere).



Invio elenco dei contatti
al medico competente

Sorveglianza sanitaria
degli esposti da parte
del medico competente

> > >

Reparti di
Medicina
per
esecuzione
mantoux

(Attivazione di tutte le procedure previste : mantoux – rx torace).



Invio al pneumologo dei
casi di cutiversione o dubbi
per i provvedimenti del
caso

(Richiesta quantiferon – chemioprolassi – chemioterapia – ricovero – etc.).

sono state consultate:

- 1) aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi (Ministero del Lavoro , della salute e delle politiche sociali – anno 2009)
- 2) procedure aziendali del servizio Prevenzione e Protezione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo (Regione Lombardia)
- 3) “epidemiologia e controllo della tubercolosi in Italia” E. Girardi (Spallanzani – Roma Gior. it. Medicina del Lavoro 2010).
- 4) “la tubercolosi” focus sulla valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità: risultati e prospettive di uno studio multicentrico Giorn. it. Medicina del Lavoro 2010