



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



Data	Revisione	Redazione	Approvazione	Autorizzazione	N° archiviazione
10/06/2009	10/06/2010 20/01/2014	Medici Competenti SPPA U.O. di Pneumologia Team Epidemiologico	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria	

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale	LINEA GUIDA AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE TUBERCOLOTICO ACCERTATO O SOSPETTO	 A.D. MDLXI
--	---	--

INDICE:

- 1. Premessa**
- 2. Scopo**
- 3. Campo di applicazione**
- 4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni**
- 5. Responsabilità**
- 6. Riferimenti**
- 7. Motivazioni**
- 8. Descrizione attività**
 - 8.1. TRIAGE TEMPESTIVO E DEFINIZIONE DI CASO
 - 8.2. MISURE DI ISOLAMENTO RESPIRATORIO DEL PAZIENTE
 - 8.3. PROTEZIONE RESPIRATORIA
 - 8.4. ISOLAMENTO RESPIRATORIO DURANTE IL TRASPORTO DEL PAZIENTE
 - 8.5. LA GESTIONE DEL PAZIENTE TB IN ISOLAMENTO RESPIRATORIO
 - 8.6. NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE
 - 8.7. NORME COMPORTAMENTALI PER I VISITATORI
 - 8.8. ISOLAMENTO RESPIRATORIO DURANTE IL TRASPORTO DEL PAZIENTE CHE DEVE EFFETTUARE ESAMI DIAGNOSTICI
 - 8.9. NORME DI COMPORTAMENTO E PRECAUZIONE NELL'ESECUZIONE DI BRONCO ASPIRAZIONI, BRONCOSCOPIE, SPIROMETRIE, GASTROSCOPIE E MANOVRE RIANIMATORIE POLMONARI
 - 8.10. BONIFICA DELLA ZONA DI ISOLAMENTO SENZA VENTILAZIONE
 - 8.11. MANIPOLAZIONE E TRASPORTO DEGLI EFFETTI LETTERECCI
- 9. Matrice delle responsabilità**
- 10. Classificazione delle Strutture della A.O.U. in base al rischio**

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale	LINEA GUIDA AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE TUBERCOLOTICO ACCERTATO O SOSPETTO	 A.D. MDLXI
--	--	--

11. Procedura operativa post esposizione a caso sospetto /accertato di tubercolosi

12. Procedure per la gestione della sorveglianza sanitaria

13. Archiviazione

DA DISTRIBUIRE A:

Direzione Sanitaria	
Direttori U.O.C. e .U.O.S.	
Responsabile Coordinatori Infermieristici	
Ambulatori delle U.O.	
Coordinatori infermieristici delle U.O.C e U.O.S.	
Medici Competenti	

DISTRIBUITO IL



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



1. Premessa:

La tubercolosi (TB) rappresenta un rischio riemergente, ed è stato indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come grave problema di sanità pubblica a livello mondiale già dal 1993. I rilievi epidemiologici indicano un trend in aumento della incidenza dei casi di tubercolosi che, anche a causa dei flussi migratori di popolazione, si presentano in taluni casi in forme difficilmente trattabili con i tradizionali schemi terapeutici.

In Italia, l'incidenza di TB negli ultimi anni è stata inferiore a 10 casi di malattia/100.000 abitanti, soglia entro la quale un Paese è definito dall'OMS come "a bassa incidenza" (febbraio 2013).

Tra i soggetti più a rischio di contrarre la tubercolosi, figurano anche gli operatori sanitari.

In ambiente sanitario l'esposizione ad agenti biologici rappresenta, di fatto, uno dei principali fattori di rischio occupazionale. Gli operatori sanitari vengono spesso a contatto, nello svolgimento della loro attività, sia con soggetti affetti da malattie causate da agenti patogeni trasmissibili che con materiali potenzialmente contaminati.

La degenza di un paziente TBC potenzialmente infettivo può rappresentare un rischio per il personale sanitario, per gli altri pazienti e per i soggetti che a vario titolo accedono alle strutture sanitarie.

Pertanto, non bisogna dimenticare che l'operatore sanitario può contrarre una malattia contagiosa anche al di fuori del luogo di lavoro e rappresentare di conseguenza una fonte di contagio per i colleghi e, soprattutto, per i pazienti che sono maggiormente suscettibili a forme più gravi di infezione, per la presenza di patologie concomitanti.

Pertanto la sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari e dei soggetti ad essi equiparati risulta particolarmente importante ai fini dell'individuazione e della realizzazione delle più efficaci strategie di prevenzione e controllo, compresa la corretta applicazione delle misure di profilassi.

AGENTE EZIOLOGICO: Mycobacterium Tuberculosis Complex (M. microti, M. bovis, M. africanum).

SERBATOIO: principalmente l'uomo, in alcune aree il bestiame infetto, suini e altri mammiferi.

SINTOMATOLOGIA: tosse secca con espettorato presente da più di 2 settimane, talora associata a emoftoe, astenia, dolore al torace, febbre, sudorazione notturna, perdita di peso, inappetenza.

GRUPPI A RISCHIO: contatti con soggetti con TB attiva o provenienti da aree ad alta prevalenza (Asia, Africa, America Latina). Sono da considerare a rischio pazienti con AIDS, silicosi, dipendenza da droghe e/o alcool, pazienti oncologici, ematologici o immunodepressi in genere.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE: la malattia si trasmette per via aerea, la probabilità di contagio è in funzione del numero di microrganismi emessi dal paziente, della durata del contatto e della quantità di aria condivisa nell'unità di tempo. Il rischio è più elevato in caso di sforzi espiratori



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



(tosse, starnuti, soffiare il naso).

Le particelle che veicolano il Micobatterio hanno un diametro di 1-5 micron e, in condizioni di normale ventilazione ambientale, possono restare a lungo in sospensione e diffondersi anche a distanza dal luogo di emissione.

PERIODO DI INCUBAZIONE: dal momento del contagio alla comparsa di lesione primaria o di una significativa reazione tubercolinica passano circa 3-12 settimane. L'infezione da HIV o altre condizioni di immunosoppressione abbreviano la durata del periodo.

2. SCOPO

- Prevenire la trasmissione interumana della tubercolosi polmonare attraverso norme comportamentali mirate ad individuare precocemente e, quindi, ad isolare i casi sospetti o accertati;
- definire le modalità di isolamento dei casi sospetti o accertati;
- definire le modalità di sorveglianza sanitaria per tutti gli operatori sanitari.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura viene attivata allorquando si verifichi il ricovero di un paziente TBC accertato o sospetto, potenzialmente infettivo.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO



4. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

TB: Malattia attiva causata da M. tuberculosis complex

TBC: Tubercolosi

TB MDR: Multi drug resistant TB, causata da batteri resistenti almeno a Isoniazide e Rifampicina

HIV: Virus dell'immunodeficienza umana, agente causale della Sindrome da Immuno

Deficienza Acquisita (AIDS)

TST = Tuberculin Skin Test - Test tubercolinico

TIG = Test Interferon Gamma - test ematico per la diagnosi di infezione tubercolare

5. RESPONSABILITÀ

Il Direttore U.O.C. / U.O.S. è responsabile della corretta applicazione della procedura assicurando:

- la diffusione al personale interessato della presente procedura e l'organizzazione di momenti di formazione e di aggiornamento continuo sui rischi di diffusione della infezione TBC;
- la fornitura al personale dei mezzi di protezione individuale necessari per l'assistenza dei pazienti TBC;
- la verifica del rispetto della presente procedura.

Il Caposala ha la responsabilità:

- della corretta assistenza del paziente TBC secondo la presente procedura nell'ambito del servizio di sua competenza in particolare negli adempimenti relativi al trasporto presso altri servizi;
- esercita una vigilanza continua sul rispetto della procedura e sul corretto utilizzo dei DPI durante la assistenza del paziente TBC da parte del personale di reparto e dei rapporti del paziente TBC con soggetti che a vario titolo accedono alla struttura sanitaria.

Il personale sanitario di reparto è responsabile:

- della corretta assistenza del paziente TBC secondo le indicazioni ricevute in particolare negli adempimenti relativi al trasporto presso altri servizi;
- del corretto utilizzo dei DPI messi a sua disposizione.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



6. RIFERIMENTI

Legge 1088/1970
Legge 388/2000
Dlgs. 81/2008
Accordo Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome del 7 febbraio 2013
DPR 7 novembre 2001, n.465
Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014

7. MOTIVAZIONI

Coordinamento delle attività di gestione dei pazienti TBC potenzialmente infettivi .

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

8.1. TRIAGE TEMPESTIVO E DEFINIZIONE DI CASO

È indispensabile riconoscere i pazienti potenzialmente affetti da TB contagiosa sin dall'ingresso nella struttura, per poter implementare tutte le precauzioni del caso (diagnosi, eventuale isolamento, galateo della tosse, etc.).

- Il sospetto clinico di TB respiratoria va sempre considerato per pazienti che riferiscano una durata della tosse uguale o superiore a 3 settimane associata ad altri segni e sintomi compatibili, inclusi: produzione di espettorato non purulento, perdita di peso, febbre, sudorazione notturna, anoressia, astenia, malessere generale.
- Nei pazienti sospetti per TB respiratoria deve essere sempre condotta una valutazione del rischio di TB multiresistente. Il sospetto di una TB-MDR deve essere considerato in pazienti con uno dei seguenti fattori di rischio: precedente terapia antitubercolare, contatto con caso di TB-MDR, provenienza da paesi ad alta endemia di TB-MDR.

8.2. MISURE DI ISOLAMENTO RESPIRATORIO DEL PAZIENTE

Per le Strutture che abitualmente non ricoverano pazienti con TBC

I pazienti sospetti portatori di TB contagiosa, dopo aver indossato la mascherina chirurgica ed essere stati istruiti a tossire in fazzoletti monouso, devono essere sistemati in camere con le seguenti caratteristiche:

- camera singola munita di servizi autonomi;
- la camera deve essere, se possibile, adeguatamente ventilata (almeno 6 ricambi/ora);
- la porta deve rimanere chiusa;
- la ventilazione non deve essere a ricircolo: l'aria deve essere espulsa all'esterno dell'edificio.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO



A.D. MDLXI

Gli operatori sanitari che si dedicano al paziente:

- devono indossare i facciali filtranti FFP2;
- devono mantenere chiusa la porta della stanza, consentire tramite la finestra un costante ricambio d'aria nel locale;
- devono informare il paziente sulle finalità dell'isolamento.

– **Per le strutture ambulatoriali, prevedere le seguenti misure:**

- insegnare ai pazienti ad indossare la mascherina chirurgica e ad osservare le norme che riducono la trasmissione respiratoria fuori dalla stanza di isolamento respiratorio;
- sistemare quanto prima il paziente in una stanza per l'isolamento respiratorio; se non è disponibile, ospitarlo in una sala visite separata.

Per le strutture che ricoverano abitualmente pazienti con TBC, si raccomandano:

camere di isolamento respiratorio a pressione negativa in numero adeguato, in particolare per pazienti con TB-MDR sospetta o accertata.

Le stanze a pressione negativa dovranno rispondere almeno alle seguenti specifiche tecnologiche:

- mantenimento di una pressione negativa continua (2.5 Pa) rispetto alla pressione a livello del corridoio con controlli seriatî della pressione o continui attraverso dispositivi automatici;
- le stanze dovranno essere ben sigillate all'esterno e dotate di dispositivi che facciano chiudere automaticamente le porte;
- la ventilazione dovrà assicurare ≥ 12 ricambi d'aria per ora per le stanze di nuova costruzione e ≥ 6 ricambi d'aria per ora per quelle già esistenti;
- l'aria dovrà essere emessa direttamente all'esterno e lontano da riprese d'aria. Se ciò non fosse possibile e se l'aria sarà fatta ricircolare, sarà necessario filtrarla attraverso filtri HEPA;
- Il corretto funzionamento delle stanze a pressione negativa va verificato con controlli periodici.

8.3. PROTEZIONE RESPIRATORIA

Tutte le persone che entrano in contatto con il degente devono indossare (previo corretto addestramento) idonei facciali filtranti marcati CE EN 149:

- facciale **filtrante FFP2** per il solo accesso alla stanza di degenza e per lo svolgimento delle normali procedure assistenziali;
- facciale **filtrante FFP3** per l'assistenza al degente durante procedure che inducono tosse o generano aerosol e nell'assistenza a pazienti con TB-MDR (in particolare ove questa avvenga in locali non dotati di un alto numero di ricambi d'aria).

8.4. ISOLAMENTO RESPIRATORIO DURANTE IL TRASPORTO DEL PAZIENTE



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



Gli operatori sanitari che si dedicano al trasporto del paziente

- devono far indossare al paziente la mascherina chirurgica;
- devono indossare facciali filtranti del tipo FFP2;
- se utilizzano una vettura devono evitare il riciclo dell'aria all'interno del mezzo;
- se utilizzano una vettura devono, se possibile, tenere aperto il finestrino del veicolo;
- se utilizzano un ascensore devono evitare la presenza di altre persone oltre il paziente.

8.5. LA GESTIONE DEL PAZIENTE TB IN ISOLAMENTO RESPIRATORIO

- L'accesso alla zona di isolamento è consentito solo al personale autorizzato, dotato di idonei DPI
- L'uso dei DPI per il personale che accede alla zona di isolamento è obbligatorio.

Gli operatori sanitari devono lavarsi accuratamente le mani (è sufficiente un normale sapone):

- dopo aver toccato sangue, fluidi corporei, escrezioni, escreti o materiali contaminati indipendentemente dall'uso dei guanti
- dopo aver tolto i guanti tra paziente e paziente e quando indicato per non contaminare paziente ed ambiente
- tra procedure diverse sullo stesso paziente

Il personale sanitario che accede alla zona di isolamento deve essere dotato dei seguenti DPI:

- facciale filtrante FFP2 o FFP3
- Guanti monouso
- Camice monouso
- Grembiule impermeabile (se è necessario)
- Calzature facilmente decontaminabili o soprascarpe monouso

Utilizzo dei facciali filtranti FFP

- Vanno consegnati a titolo personale
- Possono essere utilizzati più volte dalla stessa persona purché si stia attenti a non contaminarla
- Non devono essere superate le 8 ore di utilizzo
- I facciali filtranti devono calzare bene e devono essere adattati al volto
- I facciali filtranti sono da conservare nella zona Filtro, e non devono essere contaminati nella parte interna da liquidi o escreti contenenti batteri

I facciali filtranti FFP devono essere cambiati:

- dopo un uso complessivo di 8 ore
- dopo contaminazione diretta della maschera da parte di secreti contenenti batteri
- con difetti visibili della maschere
- con aumento della resistenza respiratoria per umidità

Utilizzo di guanti

- Indossare i guanti (non sono necessari guanti sterili) quando si viene a contatto con sangue,



fluidi corporei, secrezioni, secreti o materiali contaminati

- Indossare i guanti subito prima di venire a contatto con mucose o cute non integra.
- Cambiare i guanti tra procedure diverse sullo stesso paziente e dopo il contatto con materiale altamente contaminato
- Togliere i guanti subito dopo l'uso, prima di toccare oggetti e superfici ambientali non contaminate e prima di prestare assistenza ad altro paziente
- Dopo aver tolto i guanti lavarsi le mani;

Utilizzo di Camice monouso

- Indossare il copricamice (non sterile) per proteggere la cute ed evitare che gli abiti si sporchino durante le precedenti assistenziali
- Scegliere il tipo di copricamice adatto alla procedura e alla quantità di liquido con cui si verrà a contatto
- Togliersi il copricamice sporco il prima possibile e lavarsi le mani per evitare di trasferire i microrganismi ad altro paziente ed all'ambiente.

8.6. NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE .

Il paziente

- non deve uscire dalla stanza di isolamento
- nel caso debba essere sottoposto ad esami strumentali, deve indossare mascherina chirurgica o mascherina FFP1 senza valvola
- in presenza di visitatori o personale di assistenza deve indossare mascherina chirurgica o mascherina FFP1 senza valvola
- non deve uscire dalla stanza di degenza nell'orario di accesso dei visitatori.

8.7. NORME COMPORTAMENTALI PERI VISITATORI

I visitatori

- possono accedere alla stanza solo se preventivamente autorizzati dal responsabile incaricato.
- devono indossare i DPI idonei, facciali filtranti FFP2, prima di entrare nella stanza di isolamento.
- possono accedere alla zona di isolamento solo uno per volta
- è vietato l'accesso nella zona di isolamento a bambini e persone immunodepresse

8.8. ISOLAMENTO RESPIRATORIO DURANTE IL TRASPORTO DEL PAZIENTE CHE DEVE EFFETTUARE ESAMI DIAGNOSTICI

Gli esami devono essere programmati a fine seduta, il paziente deve attendere il meno possibile e deve essere collocato in locali poco o nulla affollati

Gli operatori sanitari che si dedicano al trasporto del paziente

- devono far indossare al paziente la mascherina chirurgica;
- devono indossare facciali filtranti FFP2;
- se utilizzano una vettura devono evitare il riciclo dell'aria all'interno del mezzo;
- se utilizzano una vettura devono, se possibile, tenere aperto il finestrino del veicolo;
- se utilizzano un ascensore devono evitare la presenza di altre persone oltre il paziente.



Il personale sanitario del servizio che deve effettuare la prestazione specialistica

- deve essere preventivamente informato della condizione di rischio;
- deve indossare facciali filtranti FFP2 o FFP3.

8.9. NORME DI COMPORTAMENTO E PRECAUZIONE NELL'ESECUZIONE DI BRONCO ASPIRAZIONI, BRONCOSCOPIE, SPIROMETRIE, GASTROSCOPIE E MANOVRE RIANIMATORIE POLMONARI

Gli operatori sanitari che eseguono manovre ed accertamenti diagnostici devono adottare le seguenti precauzioni:

- facciale filtrante FFP3;
- camice monouso in TNT idrorepellente;
- guanti in lattice o in vinile.

Gli operatori che eseguono la decontaminazione e la sterilizzazione del materiale utilizzato per i pazienti con TBC Polmonare, devono adottare le seguenti precauzioni

- uso facciale filtrante FFP2 o FFP3;
- uso cornice monouso in TNT idrorepellente;
- uso guanti in lattice o in vinile.

8.10. BONIFICA DELLA ZONA DI ISOLAMENTO SENZA VENTILAZIONE

a) Disinfezione continua

- Non sono richieste speciali precauzioni per il trattamento di piatti – effetti letterecchi - abiti ed effetti personali.
- Si raccomanda l'uso di ipoclorito di sodio e/o fenoli (questi ultimi da usare su superfici metalliche)

b) Disinfezione terminale

- Pulire accuratamente la stanza con ipoclorito di sodio e/o fenoli , soleggiarla ed aerarla per almeno 12h prima di rioccuparla.

8.11.MANIPOLAZIONE E TRASPORTO DEGLI EFFETTI LETTERECCHI

Il personale addetto alla manipolazione degli effetti letterecchi deve

- Allontanare immediatamente la biancheria sporca e/o infetta dall'area di degenza
- Manipolare la biancheria lo stretto necessario, in particolare quella infetta, evitando di scuoterla per non contaminare l'aria
- Trasportare la biancheria in sacchi impermeabili di diversi colori (a seconda del tipo di biancheria) per evitare la dispersione di agenti patogeni
- Utilizzare durante le operazioni guanti - grembiuli - mascherine

Il personale addetto al trasporto degli effetti letterecchi deve

- Trasportare la biancheria in carrelli a rotelle
- Pulire i carrelli dopo l'impiego
- individuare percorsi brevi



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



A.D. MDLXI

9. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Tutto il personale sanitario (medici, infermieri e personale di supporto), nel rispetto delle specifiche competenze ed in relazione alle attività da svolgere deve attenersi in maniera sistematica alle misure precauzionali descritte in questa procedura e nello specifico deve fare riferimento al seguente schema:

DESCRIZIONE ATTIVITA'	MEDICO	INFERMIERE	PERSONALE DI SUPPORTO
Valutazione segni e sintomi	R	C	/
Pianificazione e organizzazione misure d'isolamento	R	C	C
Notifica di malattia infettiva ?	R	/	/
Ricerca e segnalazione dei contatti a rischio (pazienti – operatori sanitari) al Servizio d'Igiene Pubblica e Medico Competente	R	R	/
Risanamento stanza di degenza	/	R	C
Informazione al paziente ed ai familiari	R	C	C

Legenda

C = coinvolto

R = responsabile



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



A.D. MDLXI

10. CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE DELLA A.O.U. IN BASE AL RISCHIO

Questa valutazione è stata elaborata facendo riferimento ai criteri riportati nella tabella del documento “prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati” approvato dalla Conferenza Stato –Regioni del 7 Febbraio 2013.(allegato1)

UNITA' OPERATIVE	DISLOCAZION E	LIVELLI DI RISCHIO
CHIRURGIA PLASTICA	2a Stecca	B
CHIRURGIE PED/AND/MAXILLO/VASCOLARE	2a stecca	B
PATOLOGIA CHIRURGICA	2a Stecca	B
COMPLESSO SALE OPERATORIE	1a e 2a Stecca Piano terra	B
CLINICA CHIRURGICA	Palazzo Clemente	B
CLINICA NEUROLOGICA	Palazzo Clemente	B
ISTITUTO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Palazzo Clemente	E
CLINICA OCULISTICA	2a Stecca	B
CLINICA OTORINO	1a Stecca	B
CLINICA DERMATOLOGICA	1a Stecca	B
CLINICA PNEUMOTISIOLOGICA	1a Stecca	D
CLINICA ORTOPEDICA	1a Stecca	B
SERVIZIO DI ENDOCRINOLOGIA	1a Stecca	B
ISTITUTO DI EMATOLOGIA	Materno Infantile	B
GENETICA CLINICA	Materno Infantile	A
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	Materno Infantile	B
NEONATOLOGIA	Materno Infantile	B
CLINICA PEDIATRICA	Materno Infantile	B
PEDIATRIA INFETTIVI	Materno Infantile	D
CLINICA MEDICA	Palazzo delle Medicine	E
PATOLOGIA MEDICA	Palazzo delle Medicine	C
MEDICINA NUCLEARE	Palazzo delle Medicine	C
DIABETOLOGIA	Palazzo Clemente	B
CARDIOLOGIA	Palazzo delle Medicine	B



AOUI Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



A.D. MDLXI

ODONTOIATRIA	Blocco Microbiologico	B
DIP.TO DI SCIENZE BIOMEDICHE	Blocco Microbiologico	D
MICROBIOLOGIA	Blocco Microbiologico	D
ANATOMIA PATOLOGICA	Palazzo Anat.Patologica	D
MEDICINA DEL LAVORO	Palazzo Anat.Patologica	B
MEDICINA LEGALE Sale settorie	Palazzo Anat.Patologica	D
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	Palazzo Igiene	B
SCIENZE RADIOLOGICHE	Palazzo Radiologia	C
MALATTIE INFETTIVE	Palazzo Rosso ASL	D
PSICHIATRIA	San Camillo ASL	C
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Policlinico Sassarese	C
DIREZIONE GENERALE E DIREZIONE SANITARIA	Viale Coppino, 26	A
SERVIZIO GESTIONE ENTRATE E FISCO	Viale Coppino, 26	A
SERVIZIO INFERMIERISTICO	Viale Coppino, 26	A
GEST. GIUR. DEL PERSONALE E SERV.	Viale Coppino, 26	A
SERVIZIO BILANCIO	Viale Coppino, 26	A
SERVIZIO FARMACIA	Palazzo Clemente	A
UFFICIO TECNICO	Palazzo Clemente	A
UFFICIO TICKET	Stecche	B
UFFICIO CUP	Stecche	B

All'interno di ogni unità esiste un profilo di rischio specifico per ogni mansione che viene riportato nella cartella sanitaria di ogni singolo dipendente; per quanto riguarda il rischio tubercolosi questo non può essere inferiore al rischio della U.O. di appartenenza.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO



A.D. MDLXI

11. PROCEDURA OPERATIVA POST ESPOSIZIONE A CASO SOSPETTO /ACCERTATO DI TUBERCOLOSI

La presente procedura vuole essere uno strumento per la gestione di emergenze da attuarsi in caso di contatto professionale con un paziente con sospetta o accertata patologia tubercolare, in Strutture che abitualmente non ricoverano pazienti con TB.

- In caso di riscontro in un reparto od in ambulatorio della A.O.U di Sassari di sospetta o accertata patologia tubercolare in paziente non sottoposto ad isolamento respiratorio **il responsabile della U.O.** dovrà avvisare la Direzione Sanitaria e la Direzione Medica di Presidio (tramite fax con obbligo di risposta per avvenuto ricevimento).
- Contemporaneamente il responsabile della U.O. metterà in atto la **procedura organizzativa ed operativa** che prevede:
 - L'attuazione di tutte le norme comportamentali **indicate**
 - **nella procedura aziendale per la gestione del paziente tubercolotico accertato o sospetto, pubblicata sul sito aousassari.it sotto la voce qualità, produzione e risk management, e**
 - **nell'Allegato "Precauzioni aggiuntive per malattie a trasmissione aerea" della presente delibera(allegato 2)**
 - **il trasferimento del paziente presso l'U.O. di Pneumologia dove sarà posto in isolamento respiratorio** (in attesa del trasferimento del paziente si cercherà di ridurre al minimo i contatti con gli altri degenti e con il personale, mediante opportuna collocazione provvisoria in isolamento).
 - la stesura di un elenco completo di tutti gli operatori venuti a contatto con il paziente sospetto.
- L'U.O. di Pneumologia procederà all'**accertamento diagnostico** ed alla gestione terapeutica del caso mediante gli opportuni esami strumentali e di laboratorio.
- **La Direzione medica di Presidio** allenterà il **Team Epidemiologico (T.E.)** costituito dal medico epidemiologo e dalla infermiera epidemiologa, che in seguito a sopralluogo presso l'U.O. interessata valuteranno insieme al Responsabile e/o La Coordinatrice la **tipologia di contatto (stretto, regolare od occasionale) del Personale coinvolto**, utile per stabilire quali modalità di *case-management* da riservare alle varie figure professionali coinvolte, applicando la **Procedura operativa** di riferimento per la **valutazione dei contatti**.
- **Il Team Epidemiologico comunicherà alla Direzione Medica di presidio una relazione scritta con l'elenco del personale coinvolto e la tipologia del contatto.**
- Sarà compito della U.O. di Pneumologia comunicare con sollecitudine la **Diagnosi**, completa di relazione clinica e precise indicazioni sul grado di contagiosità, alla Direzione Sanitaria e alla Direzione medica di Presidio (tramite fax con obbligo di risposta per avvenuto ricevimento).
- In caso di **Diagnosi Negativa** la Direzione medica di presidio comunicherà la cessata emergenza al Team Epidemiologico e al Responsabile dell'U.O.
- In caso di **Diagnosi Positiva** la Direzione medica di presidio trasmetterà la Relazione Clinica e la



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



A.D. MDLXI

Valutazione dei contatti (inchiesta epidemiologica), eseguita dal Team epidemiologico, al Responsabile dell'U.O. di provenienza del paziente ed al Medico Competente (tramite fax con obbligo di risposta per avvenuto ricevimento).

- Sarà compito del **Medico Competente**, dopo la valutazione del grado di contagiosità del caso indice e della tipologia del contatto del personale, definire le modalità di gestione degli operatori sanitari dell'U.O. coinvolta con la collaborazione della Infermiera della Medicina del Lavoro, secondo il **Protocollo di sorveglianza sanitaria**.
- Tutte le comunicazioni di cui sopra tra le varie figure coinvolte dovranno avvenire tramite fax con obbligo di risposta per avvenuto ricevimento.
- Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica sarà informato entro 72 ore, mediante compilazione del modello “ Scheda di Notifica di Malattia Infettiva Classe III” inviato dalla Direzione Medica di Presidio. (Nota del Ministero della Sanità n. 400/34.1/2022 del 27/3/95).

Diagramma di flusso (allegato 3)

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

DESCRIZIONE ATTIVITA'	responsabile della U.O.	responsabile U.O. di Pneumologia	Direzione medica di Presidio	Team Epidemiologico	Medico Competente
Valutazione segni e sintomi	R				
Comunicazione alla D.S. e alla D.M.P.	R				
Procedura organizzativa e operativa	R				
trasferimento del paziente	R				
Accertamento diagnostico		R			
Comunicazione diagnosi alla D.S. e alla D.M.P.		R			
Coinvolgimento team epidemiologico			R		
Valutazione dei contatti				R	



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



A.D. MDLXI

Comunicazione elenco personale coinvolto alla D.M.P.				R	
Comunicazione diagnosi positiva e valutazione dei contatti alla U.O e al Medico competente			R		
Sorveglianza sanitaria personale coinvolto					R
Notifica di Malattia Infettiva al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica			R		

Legenda

R = responsabile

12. PROCEDURE PER LA GESTIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA MALATTIA TUBERCOLARE NEGLI OPERATORI DELLA AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI SASSARI

1.SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura vuole essere uno strumento per la gestione della sorveglianza sanitaria inerente gli interventi di prevenzione e profilassi dell'infezione tubercolare negli operatori sanitari e nei soggetti ad essi equiparati in occasione della sorveglianza sanitaria preventiva, periodica ed a seguito di contatto professionale ad un caso contagioso di tubercolosi. Per la stesura della presente procedura, è stato tenuto conto dell'Accordo nella Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome del 7 febbraio 2013 "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati" emanato dal Ministero della Salute- Direzione Generale della Prevenzione – Ufficio V – Malattie Infettive e Profilassi Internazionale – 2013.



2.INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROFILASSI NEGLI OPERATORI SANITARI

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

- a. **Informazione** sulla sorveglianza sanitaria relativa al rischio di infezione tubercolare ai dipendenti che accedono alla visita di sorveglianza sanitaria con il Medico Competente, avvalendosi eventualmente di materiale divulgativo specifico.
- b. **Test tubercolinico (TST)** secondo Mantoux, da eseguirsi a cura della Unità Operativa di Pneumologia a tutto il nuovo personale all'atto dell'assunzione che entri ad operare nelle strutture della A.O.U., inclusi i soggetti in precedenza vaccinati. Il test verrà eseguito inoltre nei soggetti, vaccinati e non, per i quali non siano disponibili precedenti risultati documentati positivi (diametro dell'infiltrato ≥ 10 mm), o negativi nei 12 mesi precedenti. Il test potrà essere integrata, a giudizio dello specialista pneumologo, utilizzando il Test Interferon Gamma (TIG) come conferma della positività del TST. Dato il possibile effetto booster (positivizzazione del test basale falso negativo in soggetto già infettato ma in cui lo stimolo antigenico è assente da un tempo sufficiente), può essere giustificata, a discrezione dello specialista Pneumologo, la ripetizione del TST a 20 giorni, almeno in soggetti vaccinati o che riferiscano precedenti test positivi. Il risultati del test e gli eventuali provvedimenti ritenuti necessari dallo specialista (per esclusione di TB attiva, terapia dell'infezione TB latente) verranno illustrati al lavoratore e comunicati al Medico Competente su apposita modulistica da svilupparsi in collaborazione con gli specialisti pneumologi. Tale documentazione conterrà il consenso informato all'esecuzione della terapia preventiva con Isoniazide, che dovrà essere sottoscritto dal lavoratore in sia in caso di accettazione che di rifiuto della terapia stessa. I soggetti che rifiutano la chemiopprofilassi o che abbiano controindicazioni alla stessa, verranno sottoposti a controlli periodici da parte del Medico Competente ed eventualmente dal pneumologo ogni 6 mesi per 2 anni complessivi.
- c. **Screening tubercolinico periodico in funzione del livello di rischio:** a livello collettivo la periodicità del follow-up dovrà essere stabilita sulla base del livello di rischio della U.O. o della mansione specifica. Indicativamente, per gli operatori a **rischio elevato** è prevista l'effettuazione di test tubercolinico **annuale**; per gli operatori a **rischio intermedio** l'effettuazione di test tubercolinico **biennale**, per i rimanenti reparti e servizi aziendali, non verrà effettuato periodicamente il TST, ma esclusivamente all'assunzione ed in caso di contatto con forme di TB contagiosa. Tutti i lavoratori che vengono trasferiti ad operare in reparti "a rischio elevato ed intermedio" per forme tubercolari, dovranno essere immediatamente segnalati all'Unità di Medicina del Lavoro e al Medico Competente che provvederà, qualora necessario, a sottoporli allo screening tubercolinico. In caso di cutiversione allo screening periodico i lavoratori verranno sottoposti a Rx torace e inviati successivamente dallo specialista pneumologo per la valutazione del caso e la prescrizione di eventuale chemiopprofilassi.
- d. **Vaccinazione antitubercolare:** deve essere considerata alla stregua di un DPI di non chiara efficacia, come misura di contenimento estrema da utilizzare nell'impossibilità di applicare immediatamente altre più efficaci misure di contenimento di tipo amministrativo, strutturale e personale, come raccomandato nelle linee guida, e previsto dalla legge. Pertanto, la vaccinazione con BCG sarà messa a disposizione e, in linea di principio, **raccomandata** in situazioni specifi-



che evidenziate nel documento di valutazione del rischio e nel piano di sicurezza. Sono tali i casi di esposizione non evitabile ad alto rischio di contagio da TB multi-resistente ed esistenza di controindicazioni alla terapia preventiva con Isoniazide specifici (es. quadri gravi di epatopatia).

Per quanto riguarda i giudizi di idoneità, non esistono limitazioni per mansioni o reparti a rischio TB connesse con l'infezione subita, né con una pregressa malattia tubercolare; è ovviamente da prevedere l'astensione temporanea dal lavoro degli operatori ammalati di tubercolosi, cioè la temporanea non idoneità alle mansioni che prevedano contatti con altri soggetti in ambito lavorativo.

L'esecuzione di tali test, qualora disposti dal medico competente, è obbligatoria per il lavoratore (all'art. 20 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.) e la mancata esecuzione, non giustificata, oltre a sanzioni disciplinari e amministrative, può comportare, a giudizio del medico competente, la sospensione del giudizio di idoneità.

3. SORVEGLIANZA SANITARIA STRAORDINARIA DEI CONTATTI PROFESSIONALI CON ESPOSIZIONE NON PROTETTA A TUBERCOLOSI CONTAGIOSA

A seguito della comunicazione da parte della Direzione Medica di Presidio al Medico Competente dell'inchiesta epidemiologica nella quale saranno specificati i nominativi degli operatori esposti con relativa valutazione del rischio (esposizione occasionale o stretta), il medico provvederà all'avvio del programma di sorveglianza sanitaria, mediante lettere indirizzate ai Direttori e ai Coordinatori infermieristici delle U.O. coinvolti e per conoscenza alla Direzione Sanitaria di Presidio. La sorveglianza sanitaria, che partirà dai contatti stretti per poi eventualmente estendersi ai contatti occasionali, comprenderà i seguenti accertamenti:

a. Test tuberculinico secondo Mantoux:

1. al tempo 0 (entro 2 – 4 settimane dall'ultimo contatto)
2. dopo 60 giorni (10-12 settimane dal contatto)

Il test tuberculinico verrà eseguito dallo specialista pneumologo ai lavoratori che all'anamnesi risultano cutinegativi, con cutipositività <10 mm (vaccinati o no) con documentazione precedente non disponibile; sono esclusi dall'effettuazione del test tuberculinico a tempo 0 gli operatori che abbiano effettuato il test nei 3 mesi precedenti.

b. Valutazione pneumologica: per i provvedimenti del caso (prescrizione Rx torace/chemioprolassi/chemioterapia), per tutti coloro nei quali si sia osservata la cutiversione di cui al punto sopra o qualora se ne ravvisi la necessità. In linea generale, la radiografia del torace verrà prescritta:

1. agli operatori con documentata pregressa cutipositività > 10 mm;
2. agli operatori con pregressa malattia tubercolare documentata;
3. ai soggetti che presentino alla lettura del test una cutiversione.

c. Prescrizione di chemioprolassi: questa sarà effettuata con Isoniazide (300 mg/die x 6 mesi corrispondenti a 1 ½ cp Nicozid/die), con prescrizione a cura del Medico di Medicina Generale, previa lettera del Medico Competente e/o Specialista Pneumologo. Il lavoratore dovrà essere sottoposto ad esami di funzionalità epatica prima dell'inizio della chemioprolassi ed in seguito mensilmente, fino alla conclusione della chemioprolassi il tutto a cura della U.O. di Medicina del Lavoro. I soggetti che rifiutano la chemioprolassi o che abbiano controindicazioni



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

**LINEA GUIDA AZIENDALE
PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE
TUBERCOLOTICO
ACCERTATO O SOSPETTO**



alla stessa, verranno sottoposti a controlli periodici ogni 6 mesi per 2 anni complessivi. Il rifiuto (implicito o esplicito) di sottoporsi ad un trattamento sanitario, pur non essendo previsto come obbligatorio, deve far prendere in considerazione, per la tutela dei terzi, eventuale limitazione all'attività nei reparti con alta prevalenza di pazienti immunodepressi.

- d. **Conclusione della sorveglianza sanitaria straordinaria:** invio, alla scadenza del termine indicato per la sorveglianza sanitaria (10–12 settimane dal contatto) ai Direttori e ai Coordinatori Infermieristici delle U.O. e Servizi interessati e per conoscenza alla Direzione Sanitaria, della segnalazione di conclusione della sorveglianza sanitaria straordinaria con l'elenco degli operatori che non si sono sottoposti agli accertamenti previsti.

Diagrammi di flusso (allegati 4-5)

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale	LINEA GUIDA AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE TUBERCOLOTICO ACCERTATO O SOSPETTO	 A.D. MDLXI
--	--	---

9. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà inserita nel manuale qualità Aziendale
La presente procedura sarà consultabile nella sala medici di tutte le UU.OO., nella sala infermieri di tutte le UU.OO., in tutti gli ambulatori, negli uffici dei coordinatori.