

Procedura per la prevenzione e sorveglianza della tubercolosi negli operatori sanitari

(tratto dalle Linee Guida Regione Veneto dicembre 2007- aggiornato novembre 2011)

Operatori Sanitari

L'operatore sanitario (OS) occupa una posizione particolare nel processo di prevenzione e sorveglianza della tubercolosi, in quanto:

- per ragioni professionali ha un rischio di malattia tubercolare maggiore rispetto alla popolazione normale essendo potenzialmente esposto a fonti di contagio note (soprattutto se l'assistenza al paziente contagioso è prestata senza adottare tutte le Procedure Assistenziali di Sicurezza), ma anche non note, come accade in servizi o situazioni di emergenza o quando la contagiosità di un paziente ospedalizzato non è stata sospettata o ancora accertata;

- l'eventuale presenza della malattia tubercolare in un OS rappresenta un importante fattore di rischio per i degenti, soprattutto quelli che, per la propria patologia di base o per condizione fisiologica (per es., soggetti in età estreme) siano particolarmente vulnerabili.

La prevenzione e sorveglianza della TB negli OS è oggetto di linee guida molto autorevoli, dettagliate ed aggiornate (CDC di Atlanta, 2005) a cui conviene fare riferimento.

Nel nostro Paese il controllo del rischio lavorativo di infezione da TB deriva espressamente da obbligo di legge (D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09) ed è affidato al Medico Competente della struttura sanitaria, che può avvalersi del DF (Dispensario Funzionale).

In considerazione della peculiarità e specificità dell'argomento, è stato predisposto un apposito allegato sulla prevenzione e sorveglianza della TB negli OS, dove tutti gli aspetti rilevanti vengono approfonditi:

- Rischio per l'OS di contrarre l'infezione
 - Procedure assistenziali di sicurezza
 - Ruolo del Medico Competente
 - Valutazione del rischio della struttura sanitaria
 - Attività assistenziali e diagnostiche a maggior rischio
 - Sorveglianza sanitaria degli OS
 - Assunzione o trasferimento da altre strutture
- Accertamenti periodici
 - Sorveglianza sanitaria straordinaria dopo esposizione accidentale
 - Gestione dell'OS immunoconvertito
 - Provvedimenti medico legali
 - Vaccinazione con BCG
 - Valutazione dell'idoneità lavorativa dell'OS nelle UO a maggior rischio
 - Schema Grafico della Sorveglianza della TB negli OS

RISCHIO PER L'OS DI CONTRARRE L'INFEZIONE

Il rischio di contrarre l'infezione TB per l'Operatore Sanitario (OS) dipende dal diverso combinarsi di:

- contagiosità del paziente;
- mansioni che comportino contatto stretto (attività assistenziali dirette e ripetute in ambienti confinati di dimensioni ridotte e con ventilazione scarsa) o regolare (la maggior parte delle normali attività assistenziali) con il paziente;
- durata complessiva dell'esposizione alla fonte di contagio;
- assistenza al paziente prestata in circostanze ambientali sfavorevoli;
- assistenza al paziente prestata senza adottare le Procedure Assistenziali di Sicurezza, ed in particolare i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) per la protezione respiratoria.

Probabilmente, il principale fattore di rischio di TB per gli OS è costituito dal mancato sospetto della malattia tubercolare e dalla conseguente diagnosi ritardata di TB contagiosa, per cui le procedure di sicurezza nell'assistenza al paziente non sono applicate o lo sono solo tardivamente. Tutti i fattori sopra elencati, peraltro, condizionano il rischio d'infezione e la loro conoscenza serve a inquadrare, regolamentare e controllare le attività dell'OS affinché l'assistenza al paziente avvenga in condizioni di sicurezza ed eventuali non conformità possano essere individuate e corrette.

PROCEDURE ASSISTENZIALI DI SICUREZZA

È necessario che in ciascuna Unità Operativa siano presenti e conosciute le Procedure Assistenziali di Sicurezza per l'assistenza al paziente con infezione TB attiva sospetta o accertata. In particolare devono essere previste le modalità che permettano di :

- identificare in modo tempestivo ed l'isolare il paziente con TB contagiosa, sia sospetta che confermata;
- gestire correttamente dal punto di vista della sicurezza le comuni pratiche assistenziali.

Le Procedure Assistenziali di Sicurezza devono comprendere anche le norme di comportamento in ambiti lavorativi peculiari quali: SUEM, Pronto Soccorso, Terapia Intensiva, Sala Operatoria, Centro Trapianti, Lungodegenza, Hospice, eccetera.

IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE

1. collabora con il datore di lavoro ed il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) (D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art. 25, comma 1, lett. a) nella valutazione del rischio lavorativo di infezione da *Mycobacterium tuberculosis*;

tale valutazione viene fatta distintamente:

- a. per le attività abituali della struttura socio-sanitaria, delle singole Unità Operative, dei singoli Operatori Sanitari (OS); a conclusione di quest'attività vengono individuati gli OS che devono essere sottoposti a sorveglianza sanitaria preventiva e periodica per il rischio lavorativo di infezione da *Mycobacterium tuberculosis* (D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art. 279, comma 1) ;

- b. per ciascun caso di esposizione non protetta a *Mycobacterium tuberculosis*; a conclusione di quest'attività vengono individuati gli OS che devono essere sottoposti a sorveglianza sanitaria straordinaria per il rischio lavorativo di infezione da *Mycobacterium tuberculosis* (D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art. 279, comma 1);
2. collabora con il datore di lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione della struttura socio-sanitaria, delle singole Unità Operative e delle situazioni di rischio, alla predisposizione e all'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità fisica degli OS nei confronti del rischio lavorativo di infezione da *Mycobacterium tuberculosis* (D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art. 25, comma 1, lett. a);
 3. effettua gli accertamenti preventivi e periodici intesi a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro con rischio di infezione da *Mycobacterium tuberculosis* e a controllare lo stato di salute degli OS, per esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica; in tali accertamenti sono compresi gli esami clinici e biologici mirati al rischio e ritenuti necessari dal MC (D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art. 41, commi 1, 2 e 6; art. 279, comma 1);
 4. effettua le visite mediche richieste dall'OS qualora tali richieste siano correlate al rischio lavorativo di infezione da *Mycobacterium tuberculosis* (D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art.41 comma 1, lett. b) e comma 2, lett. c ; art. 279, comma 1);
 5. fornisce informazioni agli OS e ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) sul significato degli accertamenti sanitari effettuati per il controllo del rischio lavorativo di infezione da *Mycobacterium tuberculosis*, ed eventualmente sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività che comporta tale rischio (D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art. 25, comma 1, lett.g); art. 279, comma 5);
 6. comunica, in occasione delle riunioni di cui all'art. 35 del D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09, ai RLS i risultati anonimi collettivi degli accertamenti sanitari effettuati per il rischio lavorativo di infezione da *Mycobacterium tuberculosis* e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati (D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art. 25, comma 1, lett. i);
 7. collabora all'attività di formazione e informazione in relazione al rischio lavorativo di infezione da *Mycobacterium tuberculosis* (D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art. 25, comma 1, lett. a);

Il MC della struttura socio-sanitaria opera in modo integrato con il Dispensario Funzionale (DF) per gli adempimenti che riguardano il controllo del rischio lavorativo di infezione da *Mycobacterium tuberculosis* degli OS nelle strutture socio-sanitarie pubbliche e private. Gli ambiti di integrazione sono:

- valutazione dell'epidemiologia dell'infezione tubercolare nel territorio che è bacino di utenza della struttura socio-sanitaria
- valutazione dell'epidemiologia dell'infezione tubercolare all'interno della struttura socio-sanitaria (sia tra i pazienti che tra gli OS)
- gestione integrata degli OS con TB latente o attiva

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DELLA STRUTTURA SANITARIA

Per la Valutazione del Rischio (VdR) nell'ambiente di lavoro, è utile seguire la metodologia proposta dai CDC di Atlanta, in base alla quale si distinguono 3 diverse tipologie di rischio:

1. RISCHIO BASSO

Ambito lavorativo (U.O.) in cui non sono assistiti pazienti con TB contagiosa sospetta o nota.

Se in un ambiente a basso rischio si verifica un'esposizione accidentale non protetta, oppure si rileva al suo interno qualche elemento suggestivo di potenziale trasmissione nosocomiale dell'infezione TB, allora questo va riclassificato come "struttura a rischio di potenziale trasmissione nosocomiale in atto" (v. sotto).

2. RISCHIO MEDIO

a) Ambiti lavorativi (U.O.) in cui sono abitualmente assistiti pazienti con TB contagiosa sospetta o nota (3 o più casi all'anno).

In queste U.O. devono essere adottati protocolli operativi che permettono di effettuare l'assistenza al paziente in condizioni di sicurezza - Procedure Assistenziali di Sicurezza.

Il "rischio residuo" è legato alla possibilità che si verifichino occasionalmente situazioni di non conformità alle condizioni operative di sicurezza (ad esempio errori nell'uso dei DPI, guasti nei sistemi di ventilazione, eccetera).

b) Laboratori in cui si manipolano campioni o colture contenenti *Mycobacterium tuberculosis*.

In questi laboratori devono essere adottati protocolli operativi che permettono di processare i campioni microbiologici in condizioni di sicurezza - Procedure di Sicurezza.

Il "rischio residuo" è legato alla possibilità che si verifichino occasionalmente situazioni di non conformità alle condizioni operative di sicurezza (contaminazione accidentale delle superfici di lavoro o altre contaminazioni ambientali, produzione di aerosol durante la manipolazione, possibilità di inoculazioni percutanee per punture accidentali).

3. RISCHIO IN ATTO DI POTENZIALE TRASMISSIONE NOSOCOMIALE DELL'INFEZIONE TB (RPTN-TB)

a) Ambiti lavorativi (U.O.) in cui si rilevano elementi suggestivi di potenziale trasmissione nosocomiale in atto dell'infezione TB (paziente-paziente, paziente-OS, OS-paziente, OS-OS).

Elementi suggestivi di questo tipo di trasmissione sono:

- due o più conversioni tubercoliniche tra i pazienti o tra gli OS;
- un OS con malattia tubercolare sospetta o confermata, tra il personale addetto alla U.O.;
- identificazione dello stesso ceppo di *Mycobacterium tuberculosis* con tecniche di biologia molecolare in pazienti o OS.

Questa classificazione comporta;

da parte del datore di lavoro e RSPP:

- attenta verifica di tutti gli aspetti (amministrativi, ambientali, ingegneristici, procedurali) per individuare i punti critici e le non conformità che possono essere causa della trasmissione;

da parte del MC:

- SS straordinaria degli OS mediante test Mantoux oppure test immunologico validato, ogni 8 settimane, finché le anomalie nel sistema di controllo delle infezioni non sono state individuate e corrette e finché non cessano le evidenze suggestive di questo tipo di trasmissione;
- successivamente, per almeno un anno, queste U.O. devono essere classificata a rischio medio.

b) Ambiti lavorativi (U.O.) in cui sono assistiti pazienti con malattia TB non tempestivamente riconosciuta, o in cui lavorano OS con malattia TB non tempestivamente riconosciuta.

In queste U.O. il rischio è associato alla presenza di persone (pazienti o OS) con TB contagiosa non ancora sospettata, in cui perciò le procedure di sicurezza non sono applicate o sono applicate solo tardivamente (esposizione accidentali non protette).

In tali circostanze il rischio di contrarre l'infezione da *Mycobacterium tuberculosis* è presente al verificarsi di tutte e tre le seguenti condizioni:

- o paziente o OS con TB contagiosa;
- o attività assistenziali prestate senza indossare fin dall'inizio e poi costantemente i DPI per le vie respiratorie (almeno FFP2);
- o attività assistenziali dirette sul paziente contagioso, oppure contatto stretto e ripetuto in ambienti confinati con l'OS contagioso.

E' indispensabile che tutti i casi in cui la diagnosi di TB contagiosa è giunta dopo che il paziente è stato assistito senza seguire le Procedure Assistenziali di Sicurezza siano portati tempestivamente a conoscenza del MC.

Questa classificazione comporta:

da parte del datore di lavoro e RSPP:

- attenta verifica di tutti gli aspetti (amministrativi, procedurali) per individuare i punti critici e le non conformità che possono essere causa del non tempestivo riconoscimento della malattia TB e della conseguente mancata adozione delle Procedure Assistenziali di Sicurezza;

da parte del MC

- individuazione degli OS da sottoporre a SS straordinaria;
- SS straordinaria degli OS individuati come esposti, mediante test Mantoux oppure test immunologico in vitro, al tempo "zero" (al massimo entro un mese dalla prima esposizione) e dopo 8-10 settimane; LGTB Prevenzione e sorveglianza negli operatori sanitari par[10.3.]
- se non sono evidenziati casi di cuticonversione, la U.O. rimane nella categoria di rischio precedente (medio o basso);
- se sono evidenziati almeno due casi di cuticonversione la U.O. viene classificata a rischio di potenziale trasmissione nosocomiale in atto dell'infezione TB.

ATTIVITÀ ASSISTENZIALI E DIAGNOSTICHE A MAGGIOR RISCHIO:

Tutte le procedure diagnostiche o terapeutiche che inducono tosse o aerosol infetti vanno considerate come a maggior rischio di trasmissione TB, ed in particolare:

- broncoscopia ed endoscopia delle vie aeree superiori;
- intubazione;

- aspirazione endotracheale;
- induzione dell'escreato;
- trattamento con aerosol;
- irrigazione di ascessi aperti;
- interventi chirurgici su organi sede di infezione (polmone, rene, apparato osteoarticolare, eccetera);
- autopsia.

Negli ambienti in cui si svolgono tali attività, i controlli di conformità alle condizioni di sicurezza (organizzazione delle attività, requisiti strutturali ed ingegneristici dei locali, adozione e costante adesione alle Procedure Assistenziali di Sicurezza compreso il corretto uso dei DPI, informazione e formazione degli OS coinvolti) devono essere più attenti e frequenti.

LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI OS

Lo scopo dell'effettuazione di un programma di screening periodico mediante test Mantoux o test immunologico in vitro tra gli OS è l'individuazione di casi di infezione TB latente originati da una trasmissione professionale dell'infezione.

Nel contesto della SS degli OS fatta dal MC, periodica o straordinaria, la finalità è quella rilevare i casi in cui la trasmissione dell'infezione TB è avvenuta in ambiente di lavoro e per motivi professionali, indipendentemente dalle successive valutazioni sull'opportunità o meno di sottoporre il soggetto a terapia preventiva.

1) Assunzione o trasferimento da altra amministrazione

Un test Mantoux oppure un test immunologico in vitro va fatto a tutti gli OS, e agli operatori tecnici che potranno essere successivamente adibiti a mansioni a rischio di TB.

Sono esentati solo:

- o coloro che certificano l'effettuazione di un test Mantoux negli ultimi 3 mesi oppure un test immunologico in vitro nell'ultimo mese;
- o coloro che certificano un test Mantoux precedente con $\varnothing > 15$ mm oppure un test immunologico in vitro positivo, in qualsiasi tempo effettuati;
- o coloro che hanno una storia documentata di malattia tubercolare adeguatamente trattata con farmaci antitubercolari sono esentati dal test Mantoux; è invece opportuno che siano sottoposti a test immunologico in vitro.

2) Accertamenti periodici

Un test Mantoux oppure un test immunologico in vitro va fatto ogni 12 mesi a tutti gli OS, e agli operatori tecnici adibiti a mansioni a rischio TB, operanti in U.O. in cui la VdR abbia evidenziato che vengono assistiti almeno 3 pazienti con TB contagiosa all'anno.

Sono esentati solo:

- o coloro che certificano un test Mantoux precedente con $\varnothing > 15$ mm oppure un test immunologico in vitro positivo, in qualsiasi tempo effettuati;
- o coloro che hanno una storia documentata di malattia tubercolare adeguatamente trattata con farmaci antitubercolari sono esentati dal test Mantoux; è invece opportuno che siano sottoposti a test immunologico in vitro.

“Per gli OS esentati dai test la sorveglianza sanitaria periodica si basa sulla sorveglianza clinica attiva ogni 12 mesi, ovvero sulla ricerca di eventuali sintomi e segni di malattia tubercolare. A tale scopo è utile che il MC consegni all’OS chiare e dettagliate indicazioni scritte sui sintomi ai quali deve essere prestata attenzione e sul conseguente comportamento da tenere

3) Sorveglianza Sanitaria (SS) straordinaria dopo esposizione accidentale a rischio

Un test Mantoux o test immunologico in vitro va fatto a tutti gli operatori sanitari e ad altri eventuali operatori che dalla VdR dopo esposizione accidentale non protetta risultino a rischio:

- al tempo zero (cioè al massimo entro un mese dalla prima esposizione);
- dopo 8-10 settimane.

Sono esentati solo:

- coloro che certificano un test Mantoux precedente con $\varnothing > 15$ mm oppure un test immunologico in vitro positivo, in qualsiasi tempo effettuati;
- coloro che hanno una storia documentata di malattia tubercolare adeguatamente trattata con farmaci antitubercolari sono esentati dal test Mantoux; è invece opportuno che siano sottoposti a test immunologico in vitro.

Per gli OS esentati dai test la sorveglianza sanitaria straordinaria si basa sulla sorveglianza clinica attiva, ovvero sulla ricerca di eventuali sintomi e segni di malattia tubercolare, al tempo 0. A tale scopo è utile che il MC consegni all’OS chiare e dettagliate indicazioni scritte sui sintomi ai quali deve essere prestata attenzione e sul conseguente comportamento da tenere.

Definizione di contatto stretto tra gli operatori sanitari

Operatori sanitari che, **senza gli adeguati FFP**:

- hanno prestato assistenza diretta prolungata al paziente;
- hanno praticato manovre di rianimazione cardio-respiratoria;
- hanno praticato manovre invasive sull’apparato respiratorio (broncoscopia, broncoaspirazione, intubazione);
- hanno praticato ripetutamente fisioterapia respiratoria;
- hanno praticato procedure che inducono la tosse;
- hanno praticato procedure che producono aerosol, compresa l’irrigazione di ascessi o altre lesioni tubercolari aperte;
- hanno praticato l’autopsia;
- hanno eseguito indagini microbiologiche a rischio.

GESTIONE DELL'OS RECENTEMENTE CUTICONVERTITO O CHE SI SIA POSITIVIZZATO AL TEST IMMUNOLOGICO IN VITRO

Il MC che individua in un OS una cuticonversione al test Mantoux o una positivizzazione ad un test immunologico in vitro:

- 1) effettua un'indagine, in collaborazione con DF, SPP, Direzione Sanitaria, Servizio per le Infezioni Ospedaliere, per accertare se la fonte di contagio possa essere stata presente nell'ambiente di lavoro (paziente o materiale infetto, collega);
- 2) se tale fonte è identificata:
 - 2.a estende la SS agli altri lavoratori esposti;
 - 2.b fa le appropriate certificazioni medico-legali (INAIL, SPISAL, ISPESL);
 - 2.c aggiorna la VdR.
- 3) avvia il caso al DF per la gestione integrata dei diversi adempimenti (eventuale indagine epidemiologica per la ricerca della fonte extra-professionale; assistenza all'OS per l'iter diagnostico successivo, l'eventuale trattamento dell'infezione latente, il follow-up).
- 4) il DF fornisce al MC le informazioni di ritorno che sono necessarie per la gestione degli adempimenti medico-legali che saranno espletati dal MC.

Nel caso dell'operatore in cui sia stata recentemente riscontrata un'infezione tubercolare latente (nuova positività al test Mantoux o ad un test immunologico in vitro) e non si sia sottoposto a trattamento dell'ITBL, nei successivi due anni è necessaria la sorveglianza clinica attiva per la ricerca di eventuali sintomi e segni di malattia tubercolare. A tale scopo è utile che il MC consegni all'OS chiare e dettagliate indicazioni scritte sui sintomi ai quali deve essere prestata attenzione e sul conseguente comportamento da tenere

Il sospetto clinico, LGTB par. 7.1. La conferma diagnostica, LGTB par. 7.2. e segg.

Provvedimenti medico-legali:

Il MC della struttura socio-sanitaria che giunga a conoscenza, a seguito della propria attività professionale, dal DF o per altra via, di un caso di infezione TB latente o di malattia TB attiva in un OS, deve fare le appropriate certificazioni medico-legali (INAIL, SPISAL, ISPESL). In particolare:

per l'INAIL: redigere il Primo Certificato di Infortunio/Malattia in caso di:

- TB attiva con documentata evidenza epidemiologica di trasmissione professionale;
- Infezione TB latente con documentata evidenza epidemiologica di trasmissione professionale.

(Anche se l'infezione TB latente non comporta né astensione dal lavoro, né danno indennizzabile, va ugualmente segnalata all'istituto assicuratore affinché in caso di eventuale successiva evoluzione a malattia quest'ultima possa essere indennizzata).

Per lo SPISAL: in quanto Organo di Polizia Giudiziaria, redigere il referto in caso di TB attiva con documentata evidenza epidemiologica di trasmissione professionale. In questo caso infatti si configurano gli estremi di "lesioni personali".

All'ISPESL: trasmettere copia della relativa documentazione clinica in caso di TB attiva con documentata evidenza epidemiologica di trasmissione professionale. Questo adempimento è richiesto dal D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art. 281, comma 2.

All'ISPETTORATO DEL LAVORO: certificazione con esclusiva finalità statistico-epidemiologica, ai sensi dell'Art 139 TU 1124/65 e DM 27/04/04 con obbligo per ogni medico di comunicare la codificazione di

malattia professionale secondo ICD-10 (*tubercolosi del polmone I.3.03. A15 e tubercolosi di altri organi/apparati I.3.03. A18*)

Vaccinazione con BCG

Il DPR 465/01 limita l'obbligo vaccinale a quelle rare situazioni in cui ci sia rischio di esposizione nei confronti di ceppi multifarmacoresistenti (MDR), e alle situazioni, altrettanto rare, in cui il rischio di trasmissione occupazionale sia alto e l'OS non possa ricorrere alla terapia preventiva. Sono ad alto rischio di TB MDR le strutture in cui sono ricoverati abitualmente malati di TB MDR, in cui sono stati documentati casi di trasmissione ospedaliera (tra pazienti o da pazienti ad OS), o sono segnalati casi di malattia tra gli OS, o sono evidenziati *cluster* di infezione dovuti a casi di TB MDR. Questa situazione, ad alto rischio, richiede interventi immediati di verifica di strutture e protocolli operativi fino a rimuovere o riportare in limiti accettabili il rischio, mentre la vaccinazione non deve in nessun modo essere un sostituto dell'adozione di adeguate misure di contenimento e controllo del rischio.

Non viene considerata ad alto rischio la struttura socio-sanitaria in cui, anche se sono ricoverati malati di TB MDR, sono operativi efficaci protocolli di contenimento.

Inoltre in caso di presenza nell'OS di eventuali controindicazioni alla chemioprolifassi dell'infezione TB latente la scelta prioritaria è considerare l'OS non idoneo a lavorare nella situazione di rischio, e adibirlo a strutture e/o a mansioni a rischio limitato, in accordo con l'art. 8 del D. Lgs. 277/91 e al D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09: art. 42, comma 1.

E' opportuno sottolineare che il D.Lgs. 81/08 come modif. dal D.Lgs. 106/09 all'art. 279, comma 2, stabilisce: "Il datore di lavoro, su conforme parere del MC, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedano misure speciali di protezione, tra le quali:

a) la messa a disposizione di vaccini efficaci...da somministrare a cura del MC".

Viceversa l'uso del vaccino con BCG per gli OS è molto discusso a causa della sua controversa efficacia e della possibilità di rendere difficoltosa l'interpretazione dei test tubercolinici nella SS dell'infezione TB latente.

Non risulta inoltre giustificata dal punto di vista scientifico, la richiesta di vaccinazione obbligatoria con BCG all'assunzione, ma solo al momento in cui si debba adibire l'OS alla specifica attività "ad alto rischio di contagio da ceppi multifarmacoresistenti".

In conclusione la vaccinazione con BCG è da considerare come misura di limitata efficacia per la prevenzione dell'infezione TB tra gli OS e più in generale per il controllo della diffusione della TB nelle strutture socio-sanitarie. Le attuali disposizioni di legge ne limitano l'uso a poche situazioni specifiche, previamente evidenziate dalla VdR, in cui sia impossibile applicare immediatamente altre più efficaci misure di contenimento di tipo amministrativo, strutturale e personale, come previsto dalle norme sulla salute e sicurezza sul lavoro.

Valutazione dell'idoneità lavorativa dell'operatore sanitario nelle unità operative/attività a maggior rischio

Il MC della struttura socio-sanitaria deve porre particolare attenzione nel valutare l'idoneità al lavoro in un'Unità Operativa/attività a rischio alto o medio di trasmissione dell'infezione TB se l'OS presenta:

1) immunodepressione (congenita, acquisita, iatrogena);

2) controindicazioni alla chemioprolifassi:

- pregressa epatite da isoniazide o reazioni da ipersensibilità a questo farmaco;
- grave epatopatia o comunque elevazione di ALT maggiore di 3 volte rispetto al valore normale;
- gravidanza;

3) condizioni che impongono particolare cautela per la chemioprolifassi:

- assunzione di farmaci quali fenitoina, disulfiram, carbamazepina, anticoagulanti orali, benzodiazepine e vitamina D, anticonvulsivanti;
- malnutrizione, insufficienza renale cronica, diabete insulino-dipendente.

La misura protettiva più adeguata per gli operatori sanitari che siano immunodepressi o che, operando in ambienti a rischio alto o medio, non possano, in caso di cuticonversione, essere sottoposti a terapia preventiva perché presentano una delle controindicazioni all'uso dei farmaci sopra elencate, è quella di adibirli a mansioni a rischio basso o nullo.

SORVEGLIANZA DELLA TB NEGLI OPERATORI SANITARI – SCHEMA GRAFICO

