

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO AZIENDA SANITARIA LOCALE CHIETI	Rev. 0 26/7/12	Pag. 1/6
	GESTIONE DEI CONTATTI CON PAZIENTI AFFETTI DA TB POLMONARE ATTIVA	PGSQA34	

INDICE

1. PREMESSA E SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. RIFERIMENTI
4. DEFINIZIONI
5. RESPONSABILITÀ
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
7. DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO

Gruppo di lavoro Aziendale (GdL)

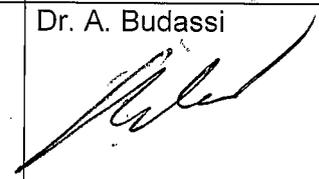
Dr. M. Del Trecco Dirigente Medico Pneumologia – P.O. Chieti

Prof. F. De Benedetto Direttore Pneumologia – P.O. Chieti

Dr. G. Mariotti – Direttore Medico – P.O. Chieti

Dr.ssa A. Suriani – RSPP ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Dr.ssa M.B. Di Sciascio – Dirigente Medico Servizio Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico

Data	Descrizione	Redatto (GdL)	Verificato (SQA)	Approvato Direzione Generale
26/7/12	Emissione (Rev.0)		Dr.ssa A. Rulli 	Dr. A. Budassi 

1. PREMESSA E SCOPO

La presente procedura vuole essere uno strumento per:

- prevenire la trasmissione interumana della Tuberculosis Polmonare attraverso norme comportamentali mirate ad individuare precocemente e, quindi, ad isolare i casi sospetti o accertati.
- la corretta gestione degli operatori sanitari ed altre persone (visitatori, degenti, etc.) venuti in contatto con pazienti affetti da TB polmonare attiva (di seguito, contatti), all'interno della struttura sanitaria
- la gestione della sorveglianza sanitaria inerente gli interventi di profilassi dell'infezione tubercolare nei suddetti contatti in attuazione della normativa vigente.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a situazioni sospette o certe di presenza di infezione polmonare da Micobatterio Tubercolare in cui sia necessario predisporre sia le misure d'isolamento per prevenire la trasmissione interumana della malattia che la sorveglianza dei contatti.

Detti contatti possono essere:

- a. personale sanitario della ASL giunto in contatto col paziente con TB durante il ricovero in una struttura della ASL.
- b. pazienti della Struttura sanitaria e/o persone venute comunque in contatto col paziente con TB in ambiente sanitario.

3. RIFERIMENTI

- National Institute for Health and Clinical Excellence. Tuberculosis: clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control. Clinical guidelines Issue date: March 2011 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13422/53642/53642.pdf>.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi "Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale" Anno 2009.
- Decreto Legislativo n° 81/2008 e successive modifiche ed integrazioni
- Circolare Ministeriale n. 4 del 13/3/1998
- Linee Guida Ministeriali 17/12/1998
- Delibera di Giunta Regionale del 15/3/94 n. 1098

4. DEFINIZIONI

CASO INDICE: caso di tubercolosi individuato per primo in un focolaio infettivo.

CONTATTO STRETTO: persone che vivono con il caso o che hanno condiviso lo stesso spazio confinato per numerose ore al giorno

CONTATTO REGOLARE: persone che condividono regolarmente lo stesso spazio chiuso

CONTATTO OCCASIONALE: persone che condividono occasionalmente lo stesso luogo chiuso

DPI: Dispositivi di Protezione Individuale.

FONTE: caso che determina l'origine di un focolaio infettivo (vedi Caso Indice).

ISOLAMENTO: complesso delle procedure di "separazione" del malato sospetto, probabile o confermato contagioso per ridurre la potenziale trasmissione della malattia.

ITL: Infezione TB latente, stato in cui in seguito a contagio permane una condizione di quiescenza del micobatterio tubercolare che può successivamente riattivarsi causando la malattia. Può essere diagnosticata dalla risposta dei linfociti venuti a contatto con antigeni del micobatteri: in questo caso il linfocita favorisce il rilascio di citochine (interferon-gamma) che possono essere misurate indirettamente (reazione cutanea alla tubercolina) o direttamente su sangue.

NOTIFICHE: segnalazione agli organismi competenti delle malattie infettive ai sensi del DM 15/12/1990 e DM 29/7/1998.

STANZA ISOLAMENTO: stanza singola con bagno e zona filtro, con sistema di aerazione, possibilmente a pressione negativa.

TB: Tubercolosi

TST: intradermoreazione di Mantoux 5 U.I.

SPT: Servizio Pneumotisiologico Territoriale

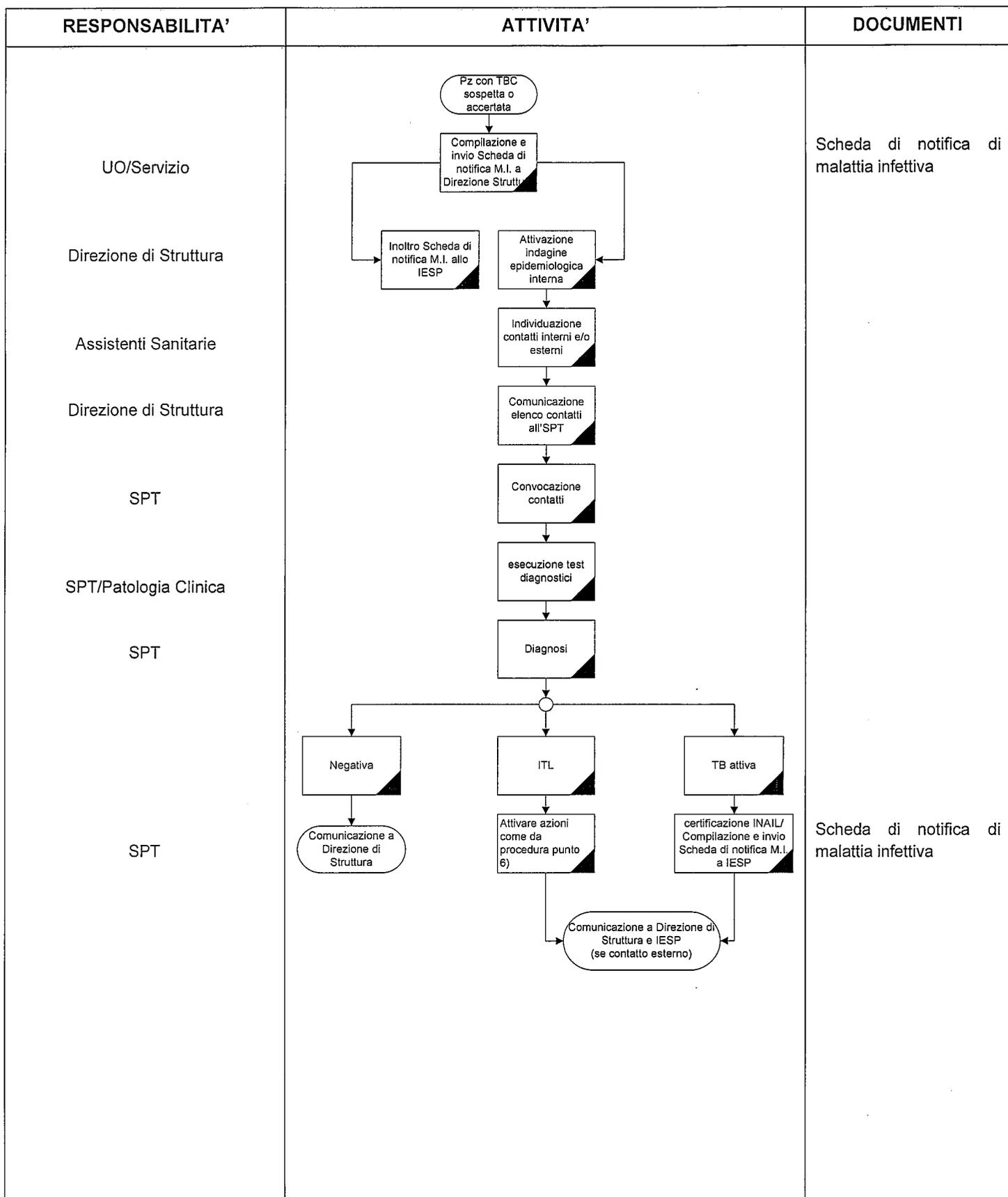
IESP: Epidemiologia igiene e sanità pubblica

STRUTTURA: ospedale, distretto, assistenza consultoriale, dipartimento di prevenzione, dipartimento di salute mentale, SERT.

5. RESPONSABILITÀ

L'adozione delle misure precauzionali descritte nel presente documento deve avvenire in maniera sistematica da parte di tutto il personale sanitario (medici, infermieri e personale di supporto), nel rispetto delle specifiche competenze ed in relazione alle attività descritte nel documento.

5. DIAGRAMMA DI FLUSSO



6. DESCRIZIONE ATTIVITÀ

La procedura si compone di diverse fasi:

- 1) Al momento della diagnosi sospetta o accertata di Tuberculosis viene compilata, a cura della UO/Servizio in PO o del dirigente medico che fa la diagnosi in strutture territoriali, la scheda di notifica di malattia infettiva. Questa deve essere inviata alla Direzione della Struttura interessata per l'attivazione dell'indagine epidemiologica interna e per un successivo inoltro allo IESP.
- 2) Per i soggetti positivi o sospetti tali, in attesa della conclusione dell'iter diagnostico, vanno rispettate le misure di isolamento previste dalla specifica procedura aziendale CIO "Misure di isolamento".
- 3) Le assistenti sanitarie, attivate dalla Direzione della Struttura interessata, attraverso l'indagine epidemiologica, individuano i contatti tra il personale sanitario di assistenza giunto in contatto col paziente con TB durante il ricovero e gli altri pazienti ricoverati o altre persone venute comunque in contatto col paziente con TB nella Struttura sanitaria.
- 4) La Struttura interessata, eseguita l'indagine epidemiologica, comunica per iscritto i nominativi dei contatti all'SPT aziendale, non oltre 7 giorni.

L'SPT, entro 10 giorni, convoca i contatti e li sottopone ad intradermoreazione di Mantoux 5 U.I. (TST); questa sarà eseguita, per Chieti, dal personale del SPT, per le altre aree dalle UU.OO. di Patologia Clinica che trasmetteranno il risultato delle indagini al SPT insieme all'elenco dei contatti che non si sono presentati.

Possibili risposte al TST:

- **TST negativo**

- altri pazienti e/o persone venute comunque in contatto col paziente con TB all'interno della Struttura sanitaria ripetono il TST dopo 2 mesi;
se negativo → fine dell'indagine; se positivo → vedi dopo
- il personale sanitario esegue QuantiFERON-TB Gold dopo 1 mese;
se negativo → fine dell'indagine; se positivo → vedi dopo (punto b).

- **TST positivo**

→ esegue QuantiFERON-TB Gold e Rx torace

- a. Se QuantiFERON-TB Gold negativo (con Rx torace negativo) → fine dell'indagine
- b. Se QuantiFERON-TB Gold positivo (con Rx torace negativo) → contatto positivo:
 - Se TST già precedentemente positivo e immodificato → controllo periodico
 - Se TST prima negativo, o positivo, ma con una reazione inferiore di almeno 10 mm di diametro → **infezione tubercolare latente (ITL)**
- c. Se Rx torace positivo → TB attiva

5) Per quanto riguarda il personale sanitario l'SPT segnala tempestivamente alla Struttura di competenza i nominativi del personale che non si è presentato o che non ha completato gli esami richiesti. La Struttura diffida i non convenuti a presentarsi immediatamente all'SPT.

Per quanto riguarda altri pazienti e/o persone venute comunque in contatto col paziente con TB nella Struttura sanitaria, l'SPT comunica allo IESP i nomi dei contatti che non si sono presentati al controllo.

Fino a ipotetica diagnosi di ITL l'iter sarà seguito, nel rispetto della seguente procedura, dal personale sanitario, individuato per le diverse aree della ASL che fa capo all'SPT aziendale.

6) Lo pneumologo dell'SPT deve:

- a. provvedere ad informare il contatto dei risultati degli accertamenti e, in caso di esito positivo degli stessi, descrive all'interessato la nuova situazione nella quale si trova e i rischi potenziali ad essa connessi;
- b. consegnare il consenso informato al contatto e farlo firmare;
- c. prescrivere la chemioprolifassi specifica al contatto con ITL;
- d. informare il contatto con ITL che, in caso di rifiuto della profilassi, dovrà sottoscrivere il rifiuto assumendosene la responsabilità, sottoporsi ad accertamenti semestrali per i successivi 2 anni e che, comunque, in caso di sintomi riferibili a TB, dovrà effettuare immediatamente controlli presso l'SPT;
- e. monitorare la chemioprolifassi e la terapia domiciliare con le opportune indagini che nel caso degli operatori sanitari saranno come da normativa e contrattualistica addebitate all'INAIL;
- f. prescrivere il follow up;
- g. trasmettere la diagnosi conclusiva alla Struttura da cui ha avuto la segnalazione e in caso di personale non dipendente dalla ASL anche allo IESP;

Nel caso di operatori sanitari lo pneumologo dell'SPT deve inoltre:

- h. redarre il 1° certificato INAIL di infortunio sul lavoro, inserendo nella diagnosi la segnalazione di eventuali patologie concomitanti;
- i. in caso di effetti collaterali imputabili alla terapia, tali da rendere il lavoratore non idoneo allo svolgimento delle abituali mansioni, inviare il lavoratore all'INAIL per le valutazioni del caso e per la redazione del certificato di infortunio con prognosi.

7) La Direzione della Struttura informa il dipendente, cui è stata fatta diagnosi di ITL, della possibilità/opportunità di richiedere di essere sottoposto a visita straordinaria da parte del Medico Competente.

7. DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO

Misure di isolamento (PGCIO06)

Scheda di notifica di malattia infettiva