

Rischio di infezione tubercolare

I soggetti anziani ospiti di case di riposo e di lunga degenza fanno parte dei gruppi a rischio per infezione tubercolare (Linee Guida per il controllo della malattia tubercolare emanate dalla conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Sanità - Provv. 17/12/98 - suppl. G.U. 18/02/99 n.40).

Il rischio che vengano ammessi nelle strutture ospiti affetti da patologia tubercolare, con i quali il contatto successivo nella maggior parte dei casi è non breve, deriva dalla mancata selezione in entrata.

Problema della accettazione degli ospiti

Poiché le strutture assistenziali per anziani non sempre hanno medici che attuano procedure di accettazione, sarebbe auspicabile una collaborazione con i medici curanti per il rilascio da parte loro di una certificazione attestante lo stato di salute dell'ospite in ingresso.

Dato l'attuale andamento epidemiologico della malattia, prevalente oggi nella popolazione anziana, si fa rilevare l'opportunità che a tutti gli ospiti in entrata che presentano uno dei seguenti sintomi: tosse e catarro da almeno 2 settimane, emoftoe, astenia, dolori al torace con gli atti respiratori, febbre serotina $\geq 37,5$ °C, dimagrimento non altrimenti giustificato, sia praticata una radiografia del torace ed un esame microscopico per BK , particolare attenzione va posta in caso di alcolisti, diabetici insulinodipendenti, immunocompromessi per patologie o trattamenti terapeutici.

Scabbia

Si è potuto constatare che i casi di scabbia sono frequenti nelle R.S.A. Pertanto si ritiene opportuno fornire alcune note informative ed indicazioni. L'agente responsabile è un acaro: *Sarcoptes Scabini*; sono riconoscibili due tipi di scabbia: -Scabbia nodulare, frequente nei bambini- Scabbia Norvegese, forma grave che colpisce soprattutto soggetti con scarse difese immunitarie e si manifesta con lesioni diffuse a tutto il corpo accompagnate da un prurito molto intenso. E' una forma molto difficile da curare perché la scarsità delle difese del malato permette agli acari di riprodursi in grandissima quantità; per questo motivo c'è una grossa diffusione di acari nell'ambiente ed è estremamente contagiosa.

Modalità di trasmissione:

- a. contagio diretto (prevalente), conseguente a contatto con persona infetta
- b. contagio indiretto (più raro), si può avere il passaggio di parassiti attraverso biancheria e lenzuola se questi sono stati contaminati da poco dal malato; in genere l'acaro non vive più di una settimana al di fuori dell'individuo ospite.

Attivazione di procedure ed interventi:

1. La scabbia è una malattia soggetta a denuncia obbligatoria da parte del medico che la diagnostica; la denuncia deve essere inoltrata alla Unità Funzionale di Igiene e Sanità Pubblica competente per territorio.
2. L'Unità Funzionale di Igiene Pubblica che riceve questa denuncia, effettua una indagine epidemiologica per capire dove il malato si può essere contagiato e si mette in comunicazione con le persone che sono state a contatto per consigliare le necessarie precauzioni e gli eventuali accertamenti da eseguire.
3. E' opportuno che il medico competente, nel caso la diagnosi sia stata effettuata da altro medico, venga tempestivamente informato del/i caso/i riscontrato/i per i provvedimenti nei confronti dei lavoratori.
4. Il malato di scabbia deve essere trattato con apposita terapia ed isolato per almeno 24 ore dall'inizio del trattamento (cioè separato da tutte le altre persone ad eccezione di coloro che lo assistono).
5. Chi presta assistenza ai malati di scabbia deve essere dotato di appositi guanti e camici monouso.
6. Per l'ambiente in generale non sono necessari interventi di disinfestazione, ma è indispensabile una accurata pulizia dei locali e degli arredi con i comuni detersivi. La detersione deve essere seguita da risciacquo ed asciugatura. Solo in rari casi può essere utile un intervento sull'ambiente, che

comunque dovrebbe essere concordato con la U.F. Igiene e Sanità Pubblica competente per territorio.

7. La biancheria personale e del letto, usata dal malato, deve essere trattata mediante lavaggio in lavatrice ad alte temperature (90°). La biancheria e gli effetti lettereschi, che non possono subire questo trattamento, devono essere messi da parte, in confezione chiusa, fino ad una settimana e poi lavati a secco.
8. E' necessario che il materasso, sia tenuto in confezione chiusa per almeno una settimana.
9. Nella collettività è indispensabile che i percorsi della biancheria sporca e di quella pulita siano sempre separati e non vi sia mai commistione fra loro.
10. Coloro che sono stati a contatto con il malato, poiché il periodo di incubazione è lungo, devono tenersi sotto controllo per un periodo di circa 30 - 45 giorni e sottoporsi a visita dermatologica nel caso di comparsa di sintomi.
11. Lo specialista può anche decidere di trattare a scopo preventivo le persone che abbiano avuto contatti cutanei molto stretti con il malato (comprendendo i componenti di una collettività, della famiglia ed i contatti sessuali).
12. E' importante che tutti siano messi a conoscenza della modalità di trasmissione della malattia e delle misure precauzionali da adottare.
13. I lavoratori che presentano sintomatologia sospetta si devono rivolgere al medico competente.
14. E' opportuno che i lavoratori che riscontrano segni sospetti a carico degli assistiti informino tempestivamente la direzione.
15. E' opportuno che gli ospiti in ingresso siano forniti di una certificazione di esenzione dalla malattia, prodotta, previ accertamenti adeguati, dal medico curante o dalla struttura sanitaria di provenienza, nel caso di precedente ricovero.

Procedure suggerite

Allegato 1: Infezione tubercolare

- E' opportuno sottoporre i lavoratori neoassunti al test Mantoux al momento dell'assunzione ripetendolo, in caso di negatività, dopo 1-3 settimane, al fine di evidenziare effetti richiamo.
- Non dovranno eseguire tale test i neoassunti con documentata storia di Tb o con cutipositività documentata.
- Tale test dovrà essere eseguito seguendo gli standard internazionali, non sono da considerare sufficientemente attendibili i test multipuntura (Tine test)

Valutazione dei risultati

- se l'infiltrato è assente, o comunque minore di 5 mm, il test è considerato **negativo**, può essere effettuato uno screening periodico;
- se l'infiltrato è \geq di 5 mm e \leq a 10 mm il test Mantoux è **positivo**, il lavoratore dovrà essere sottoposto Rx torace, VES, protidogramma, emocromo, esame urine, qualora risultino delle alterazioni ed i risultati degli esami siano positivi o sospetti: **invio allo specialista**
- se l'infiltrato è $>$ 10 mm il test è fortemente positivo: **Rx torace e invio allo specialista**

Controllo dei contatti (l'opportunità che sia il medico competente ad attivare questa fase è da discutere, infatti ci può essere sovrapposizione con l'inchiesta che svolge l'ISP dopo essere stata informata mediante referto ospedaliero o del m. curante)

Contatti: operatori che hanno lavorato per almeno un turno nell'ambiente dove è stato presente un soggetto affetto da Tb

Qui dobbiamo distinguere tra contatti con pazienti a bassa e alta contagiosità*:

1 *Bassa contagiosità* : i micobatteri vengono individuati nell'espettorato del paziente solo dopo esame colturale;

il medico deciderà se attivare la procedura con effettuazione del test Mantoux al tempo 0 e dopo 2 mesi caso per caso, a seconda delle condizioni soggettive; i soggetti a rischio per patologie (immunodepressione, diabete insulino-dipendente, linfomi e leucosi, insufficienza renale cronica, deperimento organico, positività HIV), abitudini (alcolismo) o terapie (t. con chemioterapici, immunosoppressori, cortisonici, radioterapia) che compromettono le difese immunitarie, devono essere inviati direttamente allo specialista pneumologo o infettivologo** senza effettuare la Mantoux.

2 Alta contagiosità: i micobatteri vengono individuati all'esame microscopico diretto nell'espettorato del paziente; dovrà essere effettuato il test Mantoux al tempo 0 e dopo 2 mesi le possibilità sono:

- test negativo (infiltrato di diametro inferiore a 5mm o variazione del test rispetto al precedente inferiore a 5 mm);
- test positivo (infiltrato maggiore o uguale a 5 mm e minore o uguale a 10 mm, o variazione rispetto a un precedente test è \leq a 5mm ed \geq a 10 mm);
- test altamente positivo (infiltrato maggiore a 10 mm - o variazione rispetto a test precedente maggiore di 10 mm-);

se il test è negativo: interruzione della sorveglianza; se è positivo: RX torace ed esami ematici (VES, protidogramma, emocromo), es. urine, se sorgono sospetti si invia il soggetto allo specialista; se è altamente positivo si fa RX torace e si invia il soggetto allo specialista;

Sarà comunque compito del medico competente informare gli operatori dei casi di patologia tubercolare individuati nella struttura e farsi segnalare le sintomatologie di allerta quali:

- Febbre serotina dai 37, 5 ° C in poi per almeno 7 giorni;
- Dimagrimento senza cause apparenti;
- Tosse con o senza espettorato;
- Dolore toracico che aumenta con gli atti respiratori;

se almeno 2 dei suddetti sintomi risultano presenti, il soggetto dovrà essere inviato allo specialista.

All. 2 : Scabbia

Il medico competente:

- chiede, se lo ritiene necessario, la consulenza del dermatologo;
- denuncia all'INAIL i casi accertati (l'INAIL tratta i casi di scabbia insorti per causa lavorativa come infortuni, la malattia professionale si configura in caso di cronicizzazione delle lesioni).

invia il lavoratore al medico curante per l'allontanamento nel periodo di contagiosità e per la terapia