



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO
Certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2000
Area della Sicurezza e della Tutela della Salute negli Ambienti di Lavoro
Responsabile: dott. Bruno Pesenti
via Borgo Palazzo 130 – 24125 **Bergamo** – Ingresso 9 C, colore blu
☎ 035 2270 597 / 598 - fax 035 2270 507
www.asl.bergamo.it/web/arentsll.nsf

INDICAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLA MALATTIA TUBERCOLARE IN AMBIENTE DI LAVORO

Referenti: *Dott. Donato Franchin – Dott. Massimo Caironi - Dott.ssa Pina Zottola- Dott.ssa Livia Trezzi*

Premessa

La tubercolosi rappresenta un rilevante problema di Sanità Pubblica, per il cui controllo è necessario un intervento organico di riduzione della diffusione della malattia nella popolazione.

Tra le principali attività necessarie per realizzare il controllo della TBC, oltre alla terapia dei casi di TBC attiva e alla vaccinoprofilassi con BCG (indicata per talune particolari situazioni, v. D.P.R. 465 del 7 novembre 2001), vi è l'identificazione, la sorveglianza e il trattamento preventivo dei gruppi ad alto rischio.

Il **Provvedimento del 17.12.98** elaborato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome e pubblicato sulla G.U. n° 40 del 18.02.99 indica che i programmi di sorveglianza e controllo della tubercolosi devono essere riservati ai gruppi ad alto rischio: si considerano gruppi ad alto rischio quelli in cui l'incidenza di malattia sia superiore a 50/100.000.

Le **Linee Guida emanate con la DGR n. 7/19767 del 10.12.2004** riportano che in Regione Lombardia si concentra circa il 20% della presenza nazionale di immigrati, evidenziando un tendenziale orientamento ad accrescere la consistenza di tali presenze. L'analisi delle notifiche di tubercolosi evidenzia che dal 1997 al 2002 vi è stata una costante diminuzione del numero di casi tra i soggetti nati in Italia, mentre il numero dei casi in immigrati extracomunitari (IEC) è progressivamente aumentato, passando dal 22% circa al 45% di tutti i casi.

Le priorità del controllo della TBC negli immigrati extracomunitari sono le stesse della popolazione italiana e cioè: l'identificazione del maggior numero di casi possibile ed il loro trattamento completo, l'identificazione ed il management dei contatti, lo screening dei gruppi a maggior rischio.

Tali azioni devono essere garantite sia per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale che per quelli non iscritti considerato che la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive, ed eventualmente bonifica dei relativi focolai, rientrano tra le prestazioni elencate dal D.Lgs 25 luglio 1998, n. 286 (Titolo V, art. 35) da erogare senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti. Si sottolinea che il PSSN 2003-2005 evidenzia tra le azioni prioritarie, rivolte alla popolazione immigrata, la riduzione della tubercolosi, unitamente alle malattie sessualmente trasmesse, tramite interventi di prevenzione mirata.

L'identificazione degli infetti e la somministrazione di chemioterapia preventiva rappresentano l'obiettivo principale degli interventi di controllo. La intradermoreazione secondo Mantoux è attualmente il test di elezione per lo screening dell'infezione mentre la radiografia del torace rappresenta il test di screening di elezione per la malattia polmonare. Tra le categorie a rischio di malattia tubercolare, nelle quali appunto lo screening per l'infezione e l'eventuale chemioterapia preventiva possono costituire un beneficio per la Sanità Pubblica, vi sono in primo luogo, coloro che provengono da Paesi ad alta endemia e coloro che sono esposti a rischio professionale.

I dati epidemiologici sull'incidenza della TBC nella provincia di Bergamo, indicano che è in atto, negli ultimi anni, una significativa, anche se contenuta, ripresa della malattia, come mostrato dal grafico n° 1 sottoriportato, tendenza registrata anche a livello regionale e nazionale. In particolare nel 2005 l'incidenza della TBC, cioè il n° di nuovi casi rapportato alla popolazione residente presenta un trend in aumento.

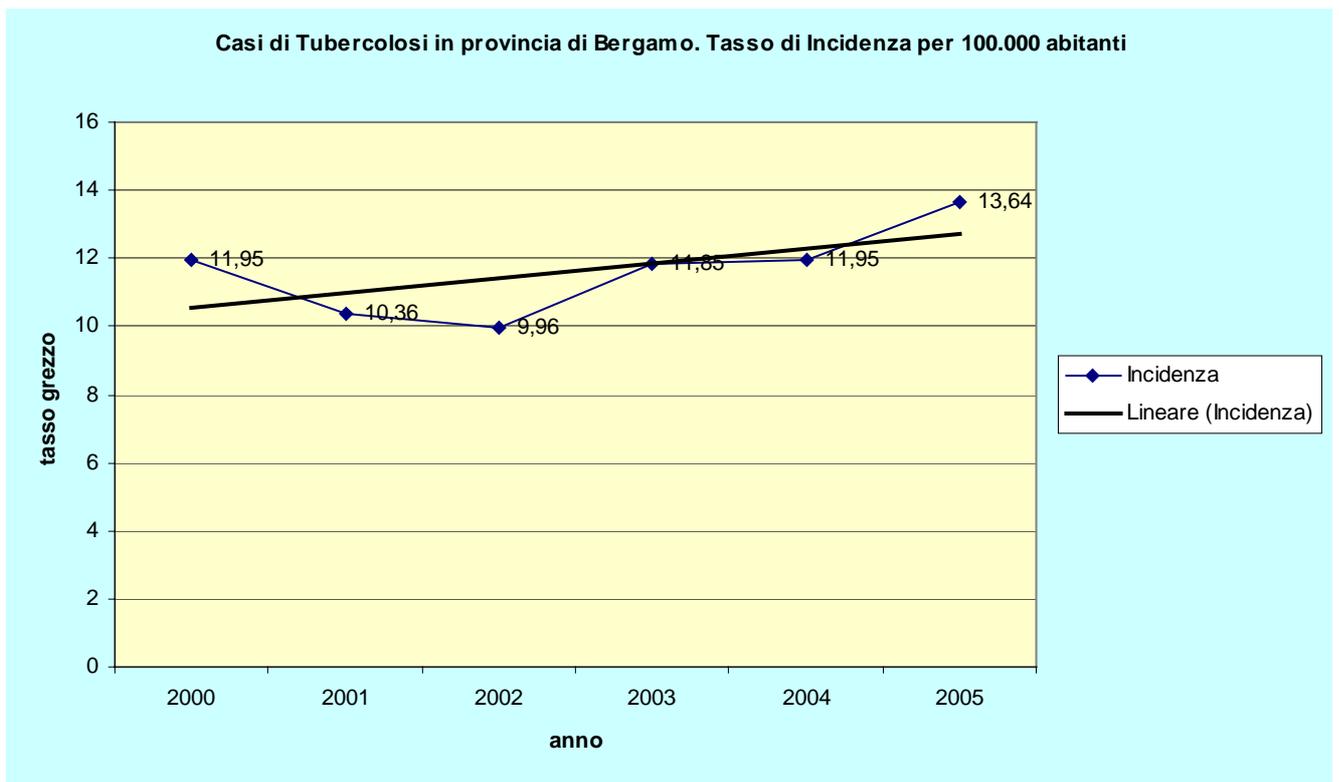


Grafico n° 1

L'incremento più rilevante, anche in provincia di Bergamo, è a carico della popolazione immigrata, che negli ultimi anni è notevolmente aumentata. A seguito di regolarizzazione dei permessi di soggiorno ed al ricongiungimento familiare essa rappresenta circa il 9% della popolazione residente. (v. grafico n° 2)

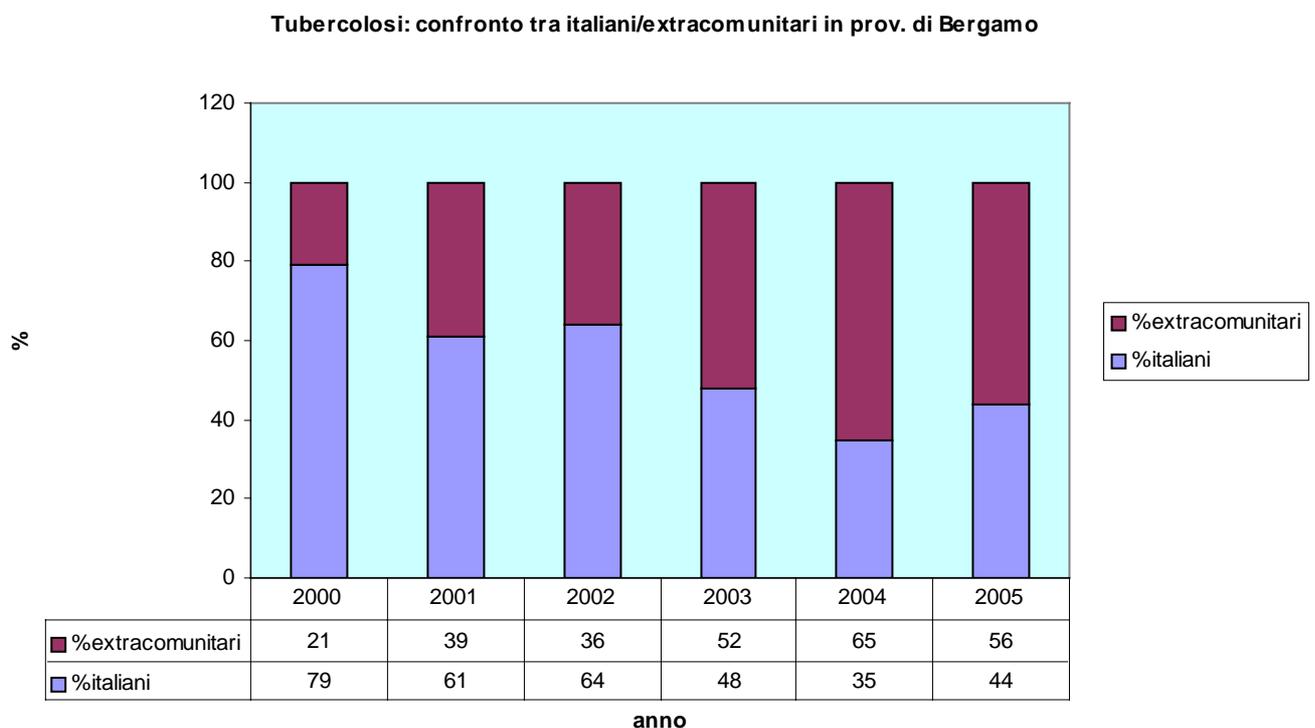


Grafico n° 2

Generalmente essi provengono da aree ad alta endemia tubercolare. Il rischio maggiore di sviluppare la malattia si verifica entro i primi due anni dalla data di immigrazione a seguito di scadenti condizioni di vita e di alloggio (sovraffollamento e carenza di elementari requisiti igienico-sanitari delle abitazioni, scarsa nutrizione, ecc...).

Inoltre per il 60% dei casi prevale la forma polmonare; la contemporanea localizzazione polmonare ed extrapolmonare e la forma disseminata sono più frequenti tra i cittadini extracomunitari.

Scopo delle linee guida

Lo scopo del presente documento, indirizzato prioritariamente **ai medici competenti**, è la prevenzione della malattia tubercolare in ambiente di lavoro, in termini sia di diagnosi precoce, sia di prevenzione del contagio, sia di corretto inserimento lavorativo dei soggetti provenienti dalle aree ad alta endemia con pregressa o recente malattia tubercolare.

La collaborazione dei medici competenti con la strutture pubbliche del SSN risulta fondamentale sia nella individuazione dei casi, sia nella gestione dei contatti in ambiente di lavoro, nel rigoroso **rispetto della privacy** e dell'uguale dignità di ogni lavoratore **evitando ogni forma di discriminazione**.

1) Indicazioni ed obblighi generali validi per tutti i medici

La TBC rappresenta una malattia infettiva per la quale vige l'obbligo da parte del medico di segnalare ogni caso accertato o sospetto, del quale venga a conoscenza nell'esercizio della sua professione, **agli Uffici di Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione Medico (DPM) dell'ASL, territorialmente competenti**.

La tempestiva segnalazione del caso permette agli operatori del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di instaurare la sorveglianza sanitaria dei conviventi e dei contatti stretti attraverso l'effettuazione dell'indagine tubercolinica seguita, per i soggetti cutipositivi, da indagine radiografica, valutazione fisiologica specifica e chemioprolassi, per i casi previsti.

Tutte le fasi del follow-up dei soggetti cutipositivi sono seguite presso gli ambulatori di prevenzione della TBC del DPM.

2) Indicazioni per il medico competente

■ Alcune categorie professionali risultano a rischio di esposizione. Tra questi si segnalano:

-personale sanitario che opera nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie

Per questi operatori è necessario attuare un piano di prevenzione della tubercolosi valutando, come previsto dal provvedimento ministeriale del 17 dicembre 1998, i seguenti parametri:

1. valutazione del rischio di trasmissione nosocomiale della tbc
2. attivazione di un programma di controllo modulato sulla base del rischio attuale di trasmissione della tbc
3. sorveglianza e profilassi individuale degli operatori

- laboratoristi, soprattutto quelli addetti alle sezioni di batteriologia

Per queste categorie il rischio aumenta se non si osservano scrupolosamente le procedure di buona prassi microbiologica previste per l'isolamento colturale dei micobatteri tubercolari a partire da materiale biologico potenzialmente infetto e cioè l'operare sui materiali infetti sotto cappa a flusso

laminare, l'utilizzare ambienti dedicati mantenuti a pressione negativa e dotati di filtri HEPA per l'aria, ecc.

-operatori del settore zootecnico

In base alle indicazioni del Piano Straordinario di Controllo della Malattia Tuberculare emanato dalla Regione Lombardia con Deliberazione della Direzione Generale Sanità n° 434 del 15.01.2002, essi devono essere sottoposti ad indagine tubercolinica all'atto dell'assunzione e successivamente con frequenza biennale.

■ Laddove la valutazione dei rischi evidenziasse la presenza del rischio biologico TBC, i programmi di prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia nei lavoratori rientrano tra gli obblighi in carico al medico competente, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 626/94.

Pertanto in caso di **sospetta origine professionale della malattia** il medico competente dovrà redigere il certificato di malattia professionale e segnalare il caso (denuncia/referto) al Servizio PSAL e alla Direzione Provinciale del Lavoro.

■ In tutte le attività, invece, in cui la malattia tubercolare non rientra tra i rischi professionali, **le visite mediche lavorative preventive e periodiche rappresentano un'importante occasione per collaborare all'identificazione dei casi di TBC** con le strutture sanitarie pubbliche istituzionalmente deputate, soprattutto in rapporto alla sempre maggior presenza di lavoratori stranieri provenienti da aree endemiche.

Pertanto è opportuno introdurre, nei protocolli di sorveglianza sanitaria, la radiografia del torace in tutti i nuovi assunti provenienti da Paesi ad alta endemia tubercolare in caso di esposizione a fattori di rischio per l'apparato respiratorio, quale complemento per la corretta formulazione del giudizio di idoneità alla mansione.

Inoltre, qualora il medico competente di un'azienda rilevi un caso sospetto di TBC in un lavoratore, sia in fase di visita preventiva che periodica (per es. in caso di Rx torace patologico suggestivo per TBC), è tenuto:

- ad inviare il lavoratore al proprio medico curante per la presa in carico del caso
- a collaborare con gli operatori sanitari dell'ASL per fornire informazioni relative ai contatti in ambito lavorativo ed alla loro sorveglianza sanitaria.

La collaborazione del medico competente per la ricerca dei contatti e per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ad un caso di TBC verificatosi tra i dipendenti di una ditta è comunque auspicabile anche quando la diagnosi è posta da altri sanitari.

■ Nella **formulazione del giudizio di idoneità lavorativa**, in caso di riscontro di TBC, il medico competente dovrà dichiarare:

- l' inidoneità temporanea in caso di TBC bacillifera
- l' idoneità con eventuali limitazioni – al momento del rientro al lavoro, su indicazione dello specialista fisiologico, che ha in cura il caso- in relazione ad esposizioni ad agenti biologici o sostanze tossiche e/o irritanti per l'apparato respiratorio e allo svolgimento di attività fisica pesante o in condizioni microclimatiche sfavorevoli. Particolari cautele, a maggior ragione, andranno adottate nei confronti di soggetti immunodepressi.

L'ASL si riserva di verificare le ricadute sui giudizi di idoneità degli esiti degli accertamenti effettuati dai lavoratori, fatto salvo quanto previsto dell'art. 17, comma 4, del D.Lgs. 626/94, al fine di evitare qualsiasi forma di discriminazione in fase di assunzione del lavoratore.

Paesi ad alta endemia Tuberculare

I Paesi ad alta endemia tubercolare (con incidenza stimata dall'OMS >100 casi/100.000) sono di seguito indicati, suddivisi per continente d'appartenenza:

AFRICA

Angola	Guinea	Nigeria
Benin	Guinea Bissau	Rep. Centrafricana
Burkina faso	Kenya	Ruanda
Burundi	Liberia	Senegal
Botswana	Madagascar	Sierra Leone
Camerun	Malati	Somalia
Ciad	Mali	Sud Africa
Congo	Marocco	Sudan
Costa d'avorio	Mauritania	Tanzania
Etiopia	Monrovia	Togo
Gabon	Mozambico	Uganda
Gambia	Namibia	Zaire
Ghana	Niger	Zambia

AMERICA CENTRALE E LATINA

Bolivia	Haiti	Paraguay
Ecuador	Honduras	Perù
El Salvador	Nicaragua	Rep. Dominicana

ASIA

Afghanistan	Corea	Myanmar
Bangladesh	India	Nepal
Bhutan	Iraq	Pakistan
Cambogia	Laos	Tailandia
Cina	Mongolia	Vietnam

EUROPA

Macedonia	Georgia	Romania
-----------	---------	---------

OCEANIA

Filippine	Melanesia	Polinesia-Francese
Indonesia	Micronesia	

A questi Paesi vanno aggiunti quelli con casi notificati di TBC superiori a 50/100.000 e cioè:

Azerbaijan	Latvia	Uzbekistan
Belarus,	Lituania	
Bosnia-Erzegovina	Moldova	
Federazione Russa	Portogallo	
Kazakhstan	Turkmenistan	
Kyrgyzstan	Ucraina	