 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 1 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

**ACCETTAZIONE E ISOLAMENTO DI PAZIENTE CON
 DIAGNOSI DI TUBERCOLOSI POLMONARE
 ACCERTATA O SOSPETTA**

1

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE


N. 1077 DEL 11 AGO, 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreas* IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Pani*
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO *Dott.ssa Savina Ortu*

Il presente allegato è composto di n° 7 fogli di n° 14 pagine.


ASL Cagliari
 Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
 SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie
 Il Responsabile *Dott. Aldo Manca*

ATTIVITA	RESPONSABILE	FIRMA
Redazione e Verifica	Gruppo di lavoro Aziendale "aree degenza"	
Approvazione	Direzione generale	
Emissione e distribuzione	Qualità e Accreditamento Istituzionale	


 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 2 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE

<i>Dr. Aldo Monni</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e Verifica</i>
<i>Dr. Ferdinando Corrias</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e Verifica</i>
<i>Dr. Luigi Furchas</i>	<i>Infermiere</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e Verifica</i>
<i>Dott.ssa Maria Vincenza Monni</i>	<i>Infermiera</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e Verifica</i>
<i>Dr. Aladino Serra</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Servizio pneumologia Binaghi</i>	<i>Redazione</i>
<i>Dott.ssa Giovanna Abeltino</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Malattie infettive P.O. SS.TT.</i>	<i>Redazione e Verifica</i>
<i>Dr. Marco Campus</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Malattie infettive P.O. SS.TT.</i>	<i>Redazione e Verifica</i>
<i>Dott.ssa Albertina Garau</i>	<i>Coord. Infermiere</i>	<i>Servizio delle Professioni Sanitarie</i>	<i>Verifica</i>
<i>Sig.ra Angela Orrù</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Centro Sclerosi Multipla</i>	<i>Verifica</i>
<i>Dott.ssa Anna Secci</i>	<i>Coord. Infermiere</i>	<i>Geriatrics P.O. SS. Trinità</i>	<i>Verifica</i>
<i>Sig.ra Annalisa Lai</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Cure domiciliari</i>	<i>Verifica</i>
<i>Dott.ssa Antonella Meloni</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Clinica Pediatrica II P.O. Microcitamico</i>	<i>Verifica</i>
<i>Dr. Cesare Severino</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Pneumologia P.O. SS.Trinità.</i>	<i>Redazione e Verifica</i>
<i>Dott.ssa Gabriella Spinicci</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Centro Sclerosi Multipla Binaghi</i>	<i>Verifica</i>
<i>Sig.ra Liana Meloni</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Medicina P.O. San Marcellino - Muravera</i>	<i>Verifica</i>
<i>Sig.ra Maria Gabriella Licheri</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Clinica Pediatrica II P.O. Microcitamico</i>	<i>Verifica</i>
<i>Dott.ssa Maria Luisa Soddu</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Medicina P.O. S. Marcellino</i>	<i>Verifica</i>
<i>Sig.ra Milvia Massidda</i>	<i>Coord. Infermiere</i>	<i>Clinica Pediatrica II P.O. Microcitamico</i>	<i>Verifica</i>
<i>Dott.ssa Olga Catte</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Geriatrics SSTT</i>	<i>Verifica</i>
<i>Dott.ssa Rosa Maria Podda</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Clinica Pediatrica II P.O. Microcitamico</i>	<i>Verifica</i>

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 3 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

<i>Indice</i>	<i>Pagina</i>
<i>Premessa</i>	4
<i>1. Scopo</i>	5
<i>2. Campo di applicazione</i>	5
<i>3. Abbreviazioni Definizioni e terminologia</i>	5
<i>4. Responsabilità</i>	7
<i>5. Accettazione e isolamento del paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta</i>	7
<i>5.1. Triage del paziente</i>	7
<i>5.2 Misure di isolamento respiratorio del paziente</i>	8
<i>5.3 Protezione respiratoria</i>	9
<i>5.4 isolamento respiratorio durante il trasporto del paziente</i>	9
<i>5.5 La gestione del paziente tbc in isolamento respiratorio</i>	9
<i>5.6 Norme comportamentali per il paziente</i>	11
<i>5.7 Norme comportamentali per i visitatori</i>	11
<i>5.8 Isolamento respiratorio durante il trasporto del paziente che deve effettuare esami diagnostici</i>	11
<i>5.9 Norme di comportamento e precauzione nell'esecuzione di bronco aspirazioni, broncoscopie, spirometrie, gastroscopie e manovre</i>	12
<i>5.10 Norme comportamentali in caso di intervento</i>	12
<i>5.11 Bonifica della zona di isolamento senza ventilazione</i>	12
<i>5.12 manipolazione e trasporto degli effetti lettereci</i>	13
<i>5.13 Criteri per la sospensione dell'isolamento respiratorio</i>	13
<i>5.14 Criteri per trasformare l'isolamento ospedaliero in isolamento domiciliare</i>	13
<i>6. Validazione</i>	14
<i>7. Materiali e strumenti utilizzati</i>	14
<i>8. Bibliografia e riferimenti normativi</i>	14
<i>9. Allegati</i>	14

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 4 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

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.

Peraltro, 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. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. microti, M. canettii, M. pinnipedii).


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 polmonare o laringea 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 (tosse, starnuti, soffiare il naso).

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 5 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

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.

1. 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.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura va attuata allorquando alle Strutture Sanitarie si presenti un soggetto affetto da TB attiva polmonare o laringea accertata o sospetta e nel caso di TB extrapolmonare con lesioni drenanti (in questo caso, oltre le precauzioni per le malattie trasmissibili per via aerea, si attuano anche le precauzioni da contatto).

3. ABBREVIAZIONI TERMINOLOGIA DEFINIZIONI

BK : Bacillo di Kock, agente eziologico responsabile della Tubercolosi

BAAR : Bacilli Acido Alcool Resistenti

BAL : Lavaggio Broncoalveolare


Contatto: persona che ha condiviso lo stesso spazio con paziente contagioso per un tempo sufficientemente lungo da rendere possibile la trasmissione di M. Tuberculosis.

Contatto stretto: Persona che ha avuto esposizione non protetta a paziente con TB contagiosa di intensità e durata paragonabile a quella del contatto familiare. In pratica lo stesso spazio è stato condiviso per giorni, settimane, non minuti o ore.

Contatto abituale e occasionale: si riferisce a persona che ha condiviso lo stesso spazio chiuso con periodicità frequente o, rispettivamente, in modo occasionale.

DPI: Dispositivo di Protezione Individuale (qualsiasi dispositivo che protegge dall'esposizione a rischio ambientale (biologico, chimico, fisico, ecc.).

FFP2-P3 (Filtranti Facciali P2-P3): dispositivo che protegge le vie aeree da polveri, fumi, nebbie ed altre particelle aero disperse in ragione del 95% - 99%.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 6 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

Notifica: segnalazione all'autorità sanitaria competente (SISP) di qualsiasi caso di malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica.

SISP: Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

Stanza isolamento: stanza singola con bagno e zona filtro, con sistema di aereazione, possibilmente a pressione negativa.

Triage: metodo con il quale vengono definite le priorità assistenziali del paziente di un'area critica (per es. Pronto Soccorso)

TB: Tubercolosi, malattia causata dal Mycobacterium Complex.

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

TB attiva (Classe III della Classificazione Internazionale Standard della TB): Caso di TB polmonare ed extrapolmonare con procedura diagnostica completata, che risponde ad una delle due seguenti definizioni:

- Caso accertato
 - Positività colturale con isolamento di almeno 10 colonie di M. Tuberculosis Complex su terreno solido.
 - Esame microscopico diretto di liquidi biologici o preparati istologici con positività ai BAAR associati a positività delle metodiche molecolari (PCR) e segni clinici e radiologici.
 - Riscontro autoptico.
- Caso di TB
 - Diagnosi clinica: Decisione da parte del clinico di iniziare il trattamento antitubercolare standard, in assenza di conferma microbiologica, per la presenza di segni e sintomi e/o indagini strumentali (Rx torace, TC) suggestivi di TB attiva con risposta alla terapia (ad esempio miglioramento clinico/radiologico).
 - Nella decisione se iniziare il trattamento può essere presa in considerazione anche la positività dei test TST/Quantiferon.


TB latente (Classe II della Classificazione Internazionale Standard della TB): Soggetto cutipositivo al test tubercolinico con il metodo Mantoux o con positività al Quantiferon e assenza di criteri clinici, batteriologici (se eseguiti) e radiografici di TB attiva.

TB sospetta (Classe V della Classificazione Internazionale Standard della TB): Paziente in cui la diagnosi di TB è sospettata per la presenza di segni e/o sintomi respiratori e/o sistemici della malattia, senza trattamento antitubercolare in atto fino al completamento delle procedure diagnostiche, al termine delle quali il paziente dovrà essere riclassificato.

TNT: Tessuto Non Tessuto

TST secondo Mantoux: Tubercolin Skin Test (Test cutaneo alla tubercolina)

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

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 7 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

4. RESPONSABILITA'

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.

In dettaglio:

figure coinvolte attività	Medico	Infermiere	Personale di supporto
Valutazione segni e sintomi	R	C	
Indicazioni misure di sicurezza	R		
Attuazione misure isolamento		R	C
Notifica	R		
Attivazione, controllo bonifica locale		R	C
Educazione paziente e familiare	R	R	C

7

5 ACCETTAZIONE E ISOLAMENTO DEL PAZIENTE CON DIAGNOSI DI TUBERCOLOSI POLMONARE ACCERTATA O SOSPETTA

5.1 TRIAGE DEL PAZIENTE


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 2 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 multi resistente. 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.

In presenza di paziente con sospetto clinico di TB, gli operatori devono:

1) indossare i DPI e adottare le precauzioni standard e le precauzioni aggiuntive per patologie a trasmissione

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 8 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

aerea.

2) accompagnare il paziente nel locale dedicato (sala attesa e sala visita per pazienti con patologia a trasmissione aerea)

3) Il medico che pone la diagnosi inoltra la parte iniziale della scheda di denuncia di Malattia Infettiva Trasmissibile di Classe III entro 24 ore, in ambito ospedaliero alla direzione sanitaria di presidio, in ambito territoriale al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Alla definizione del caso, la scheda verrà completata con l'integrazione dei dati concernenti accertamenti e terapie, seguendo lo stesso iter.

5.2 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:

8


- 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

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 devono rispondere almeno alle seguenti specifiche tecnologiche:

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 9 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

- Mantenimento di una pressione negativa continua (2.5 Pa) rispetto alla pressione a livello del corridoio con controlli seriatì della pressione o continui attraverso dispositivi automatici;
- Le stanze devono 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 deve essere emessa direttamente all'esterno e lontano da prese 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.

5.3 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).

9

5.4 ISOLAMENTO RESPIRATORIO DURANTE IL TRASPORTO DEL PAZIENTE

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.

5.5 LA GESTIONE DEL PAZIENTE TBC 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;

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 10 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

- Dopo aver tolto i guanti tra paziente e paziente e quando indicato per non contaminare paziente ed ambiente;
- Tra procedure diverse eseguite 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
- Se necessario, calzature e grembiule impermeabili, facilmente decontaminabili

I facciali filtranti FFP:


- Vanno consegnati a titolo personale
- Possono essere utilizzati più volte dalla stessa persona purché si stia attenti a non contaminarli
- Non devono essere superate le 8 ore di utilizzo
- Devono calzare bene e devono essere adattati al volto
- Sono da conservare nella zona Filtro, e non devono essere contaminati nella parte interna da liquidi o escreti contenenti batteri
- 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 maschera
 - con aumento della resistenza respiratoria per umidità

I guanti:

- devono essere indossati (non sono necessari guanti sterili) quando si viene a contatto con sangue, fluidi corporei, secrezioni, secreti o materiali contaminati;
- subito prima di venire a contatto con mucose o cute non integra;
- devono essere cambiati tra procedure diverse sullo stesso paziente e dopo il contatto con materiale altamente contaminato;
- devono essere tolti subito dopo l'uso, prima di toccare oggetti e superfici ambientali non contaminate e prima di prestare assistenza ad altro paziente;
- una volta tolti eseguire il lavaggio delle mani.

Il Camice monouso:

- deve essere indossato per proteggere la cute ed evitare che gli abiti si sporchino durante le precedenti assistenziali;
- deve essere adatto alla procedura eseguita e alla quantità di liquido con cui si verrà a contatto;

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 11 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

- dopo l'utilizzo, una volta tolto, eseguire il lavaggio della mani per evitare il trasferimento dei microrganismi ad altro paziente ed all'ambiente.

NB: Anche il personale addetto alle pulizie delle camere di isolamento devono indossare gli stessi DPI in dotazione al personale sanitario.

5.6 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

11

5.7 NORME COMPORTAMENTALI PER I 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


5.8 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.

Per il trasporto vedi il punto 5.4

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.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 12 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

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

Le procedure diagnostiche generanti aerosol (es. fibrobroncoscopia, esecuzione dell'induzione dell'espettorato etc.) dovrebbero essere eseguite in aree appositamente attrezzate e ventilate (a pressione negativa e con almeno ≥ 12 ricambi d'aria/h) per tutti i pazienti con sospetta od accertata TB respiratoria.

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 camice monouso in TNT idrorepellente;
- uso guanti in lattice o in vinile.

12

5.10 NORME COMPORTAMENTALI IN CASO DI INTERVENTO CHIRURGICO

Se necessario un intervento chirurgico d'urgenza in un paziente affetto da TB contagiosa accertata o sospetta, è opportuno programmare lo stesso come ultimo della lista, in modo da provvedere al maggior numero di ricambi d'aria possibili dopo l'intervento.


Il personale dovrà utilizzare facciali filtranti approvati FFP3 senza valvola espiratoria.

L'intubazione e l'estubazione va, possibilmente, effettuata nella stanza di isolamento respiratorio.

In caso sia necessario effettuare tali manovre in sala operatoria, la porta della stanza dovrà essere chiusa in modo da assicurare per un tempo adeguato i ricambi d'aria sufficienti.

5.11 BONIFICA DELLA ZONA DI ISOLAMENTO SENZA VENTILAZIONE

- Disinfezione continua
 - Non sono richieste speciali precauzioni per il trattamento di piatti – effetti lettereschi - abiti ed effetti personali.
 - Si raccomanda l'uso di ipoclorito di sodio e/o fenoli (questi ultimi da usare su superfici metalliche)
- Disinfezione terminale
 - Pulire accuratamente la stanza con ipoclorito di sodio e/o fenoli, soleggiarla ed aerarla per almeno 12 h prima di rioccuparla.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 13 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

5.12 MANIPOLAZIONE E TRASPORTO DEGLI EFFETTI LETTERECCI

Il personale addetto alla manipolazione degli effetti letterecci 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 letterecci deve

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

5.13 CRITERI PER LA SOSPENSIONE DELL'ISOLAMENTO RESPIRATORIO


- miglioramento clinico (scomparsa della febbre da almeno 1 settimana; scomparsa/riduzione tosse) e
- assunzione regolare della terapia anti-TB per almeno 2 settimane e
- 3 esami microscopici negativi per BAAR ottenuti in giorni diversi

Nei pazienti con TB attiva ed esami microscopici negativi per BAAR, che hanno iniziato il trattamento antitubercolare su base clinica o sulla positività del test di amplificazione degli acidi nucleici sono necessarie solo le prime due condizioni

Nei pazienti con TB MDR, sospetta o accertata, si prosegue l'isolamento fino ad ottenere un esame colturale negativo, ovvero si dimostri che la TB è causata da un ceppo non MDR

5.14 CRITERI PER TRASFORMARE L'ISOLAMENTO OSPEDALIERO IN ISOLAMENTO DOMICILIARE

- Miglioramento clinico
- Risposta batteriologica (riduzione n. di BAAR all'esame microscopico rispetto all'esame di ingresso)
- Osservanza terapia garantita
- Risposta favorevole da parte del SISP alla richiesta di idoneità all'isolamento domiciliare

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale "Area Degenza"	ASL CAGLIARI
PR-DG-038 pag. 14 di 14	Accettazione e Isolamento di paziente con diagnosi di tubercolosi polmonare accertata o sospetta	Data: 25/07/2016 Revisione 0

6. VALIDAZIONE

N.A.

7. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI

- DM 15/12/1990: "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive"
- D.M. 29 luglio 1998 "Modifica alla scheda di notifica di Tubercolosi e Micobatteriosi non Tubercolari"
- Documento di linee-guida per il controllo della malattia tubercolare, su proposta del Ministro della sanità – Provvedimento 17 dicembre 1998
- Decisione della Commissione delle Comunità Europee 28 aprile 2008 (Definizione di caso ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria)
- Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della Tubercolosi "Gestione dei contatti e delle Tubercolosi in ambito assistenziale" Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali anno 2009 e 2010.
- "Prevenzione della Tubercolosi negli Operatori Sanitari e soggetti ad essi equiparati" approvato come Accordo nella Conferenza Stato – Regioni – Province Autonome – 07/02/2013
- Protocollo di gestione clinica della Tubercolosi – revisione n. 6 maggio 2014 - Istituto Nazionale per le Malattie Infettive " Lazzaro Spallanzani " I.R.C.C.S. - Roma

14

8 MATERIALI E STRUMENTI UTILIZZATI

Descritti in procedura

9. Allegati

N.A.