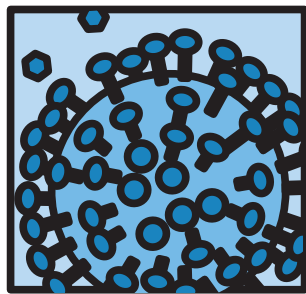


In Italia ci sono micro-epidemie ricorrenti a causa del declino dei programmi di controllo

# Il ritorno indisturbato della Tbc

Troppi ritardi nella diagnosi: pesano le falle nella formazione dei medici



**N**ell'Italia del 2011 torna il fantasma della tubercolosi. Una «malattia della povertà», la definisce l'Oms, collegata a malnutrizione e cattive condizioni igieniche. Una patologia su cui molti specialisti chiedono più attenzione. Tanto che il senatore Ignazio Marino a marzo ha depositato un Ddl ad hoc, mai calendarizzato.

Eppure, per far accendere i riflettori italiani sulla Tbc, si è dovuto verificare al Policlinico Gemelli un caso quasi unico al mondo, su cui la procura di Roma indaga per epidemia colposa: un'infermiera della neonatologia ricoverata a fine luglio con diagnosi di Tbc polmonare aperta; 122 neonati su 1.415 venuti al mondo tra gennaio e luglio risultati positivi al test Quantiferon (ma non malati né contagiosi) e obbligati a eseguire la profilassi; una sola bimba che ha sviluppato la malattia. Positivi anche due nati a maggio e a dicembre 2010, la mamma di un neonato positivo e alcuni infermieri. Il Codacons, che parla del «più grave scandalo sanitario degli ultimi vent'anni», ha presentato vari esposti alla procura di Roma.

Nell'occhio del ciclone una struttura che - scrive il rettore Lorenzo Ornaghi in una lettera al personale - «sta vivendo una delle fasi più gravi della sua storia. Certamente è la più dolorosa». Il Gemelli sta proseguendo i controlli su chi ha avuto contatti con l'infermiera malata, secondo un'indagine epidemiologica «a cerchi concentrici», d'intesa con l'Asl Rm E. Il ministro Fazio ha promesso «approfondimenti e nuove linee guida».

Sul banco degli imputati c'è l'intero sistema dei controlli. Come denuncia l'Associazione culturale pediatri (Acp), la legislazione italiana «tutela la salute del lavoratore, ma nulla impone circa il controllo delle sue condizioni di salute» rispetto al rischio di infettare gli altri. Le verifiche si fanno dunque solo nei reparti a rischio. Un errore, per l'Acp: «Tutti i sanitari dovrebbero essere periodicamente controllati». (M.Per.)

**L**a tubercolosi è una malattia antica, antichissima: frammenti del Dna del Micobatterio tubercolare sono stati trovati in mummie dell'antico Egitto e la sua storia è andata di pari passo con quella dell'umanità. L'epidemia tubercolare ha raggiunto il suo massimo sviluppo tra il XVIII e XIX secolo quando, in seguito ai processi di industrializzazione, grandi masse di popolazione si inurbavano nelle città del Nord Europa causando tassi grezzi di mortalità di 1 morto/100 abitanti. Nel secolo scorso l'avvento della collassoterapia prima e dell'era antibiotica dopo, ha determinato una drastica riduzione della letalità della malattia pur rimanendo una rilevante disparità nelle diverse zone geografiche.

In Europa, l'area ex-sovietica mantiene tutt'ora tassi di incidenza persistentemente elevati, mentre in Europa occidentale si contano da 0 a 24 casi per 100.000 abitanti. Evidenti disparità si notano anche a livello planetario: massima incidenza nell'Africa sub-sahariana e nel Sud est-asiatico dove si conta il 90% dei 9 milioni di casi incidenti di tubercolosi (Oms). L'andamento epidemiologico della Tbc è dovuto all'aumento della popolazione nei Paesi ad alta prevalenza della malattia, al declino dei programmi di controllo e alla comorbilità con la sindrome da immunodeficienza da Hiv.

In Italia l'andamento della malattia, sostanzialmente stabile negli ultimi anni, è dettato dai forti flussi migratori provenienti da Paesi ad alta incidenza, si tratta perlopiù di individui con infezione tubercolare latente contratta nel proprio Paese che sviluppano la malattia dopo 3-5 anni di soggiorno nel nostro Paese. Un secondo fattore determinante è dato dalla presenza di gruppi di

## Dall'Oms un piano contro la farmaco-resistenza

**U**na situazione «allarmante». Gli esperti dell'Oms Europa non hanno usato mezzi termini la scorsa settimana varando a Baku, in Azerbaijan, il piano che 53 Paesi europei sono chiamati ad adottare per far fronte all'aumento dei casi di tubercolosi resistente ai farmaci (25mila morti l'anno).

L'obiettivo della nuova strategia è incrementare l'accesso a diagnosi e trattamento per salvare 120mila persone entro il 2015. Risparmiando almeno 5 miliardi di dollari. «Sappiamo bene - ha spiegato Zsuzsanna Jakab, direttore generale Oms Europa - che non c'è più tempo da perdere. La antibiotico-resistenza sta raggiungendo livelli mai toccati, e i nuovi farmaci non saranno pronti in tempi sufficientemente rapidi per contrastarla». Indice puntato anche contro il cattivo impiego che degli antibiotici si fa: «Sono una scoperta preziosa, ma li usiamo troppo e male. Tanto che ormai ci sono super-bacilli che non rispondono più ad alcun farmaco: per questo serve

una strategia d'attacco», ha precisato Jakab.

Il nuovo piano d'azione è stato definito dopo una vastissima consultazione, che ha incluso intere comunità di pazienti. Proprio perché la consapevolezza di seguire una terapia adeguata, senza ricorrere a trattamenti fai-da-te, è fondamentale per contrastare la resistenza ai farmaci. Il piano tiene conto, spiegano dall'Oms, delle nuove tecniche diagnostiche, di programmi di cura centrati sul paziente e tarati su determinate popolazioni. Prevede budget, obiettivi e tempistiche ben definite, sostiene la ricerca sulla farmaco-efficacia, vaccini e nuovi strumenti diagnostici e sollecita l'accesso ai test e alle cure. I Paesi interessati sono invitati ad adottare piani nazionali contro la Tbc, a prevedere percorsi facilitati di cura e a sensibilizzare l'opinione pubblica, anche attraverso il web. Cruciale, infine, il lavoro trasversale con pazienti e operatori che hanno a che fare con patologie limitrofe o concomitanti, come l'Hiv. (B.Gob)

persone ad alto rischio come homeless, tossicodipendenti, operatori sanitari, carcerati, ospiti di comunità residenziali, anziani e individui variamente immunocompromessi. Sono tutti questi i soggetti con maggiori probabilità di passare dallo stato di infezione tubercolare latente a malattia conclamata e nei quali la presenza di sintomi respiratori, se pur aspecifici, deve far porre la tubercolosi nel ventaglio delle ipotesi diagnostiche.

Attualmente l'incidenza italiana della tubercolosi è pari a 7,5 nuovi casi per 100.000 abitanti, ai quali va aggiunta una certa quota di sottotificati. Il maggior picco si riscontra nella fascia d'età tra 20 e 40 anni, si tratta prevalentemente di giovani immigrati maschi, mentre in minor misura sono interessate le due fasce estreme della vita, in particolare

italiani anziani con patologie croniche o con trattamenti immunosoppressivi.

In Italia, l'insorgenza di «micro-epidemie», sicuramente tipiche dei Paesi a bassa endemia, suscita nell'opinione pubblica allarme e perplessità. In realtà le associazioni scientifiche come l'Associazione italiana pneumologi ospedalieri hanno più volte sottolineato la presenza di numerose criticità nel controllo della malattia e della mancanza di adeguati flussi informativi.

A marzo scorso Stop Tbc Italia, in occasione della Giornata mondiale di lotta alla tubercolosi, ha tenuto a Roma gli Stati generali della tubercolosi in cui sono stati sottoposti all'attenzione e alla discussione alcuni aspetti critici nella gestione della malattia che, per essere risolti necessitano anche di un intervento politico da parte delle diverse istitu-

zioni interessate sia a livello nazionale che regionale.

Le linee guida nazionali e le indicazioni su come affrontare tale patologia, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 31 marzo 1998, sono state recepite dalle Regioni in modo non uniforme e, alla luce delle mutate condizioni epidemiologiche, spesso anche in modo insufficiente. La rarefazione epidemiologica insieme a un inadeguato insegnamento universitario proprio degli anni passati, ha portato inevitabilmente a non pensare alla tubercolosi per cui si può arrivare a un ritardo diagnostico di oltre tre mesi, che per una malattia contagiosa e trasmissibile sono del tutto inaccettabili. In tal modo un individuo bacillifero può, in un anno, infettare altri 10-12 soggetti adulti: tanto più la diagnosi è precoce tanto più si evite-

## IL VADEMECUM DEI PEDIATRI

### «Fare e rifare il test nei casi a rischio»

**A**ntenne dritte quando sintomi apparentemente banali come tosse e astenia diventano persistenti, quando il paziente presenti un sistema immunitario compromesso o se sia entrato in contatto con l'infezione. È il primo consiglio che arriva dalla comunità scientifica, rispetto all'allarme sulla netta ripresa della Tbc anche in Italia. Suggerimento opportuno soprattutto in caso di pazienti pediatrici. «I bambini, in particolare se molto piccoli, hanno infatti un sistema immunitario ancora immaturo e quindi sono più esposti alla malattia», spiega Pier Angelo Tovo, direttore della Divisione di malattie infettive dell'ospedale infantile Regina Margherita di Torino e presidente della Sitip, la Società

scientifico di infettivologia pediatrica affiliata alla Sip. Nei giorni scorsi le due organizzazioni hanno divulgato un vademecum in forma di Faq pubblicate sul web. **I pediatri sono adeguatamente informati?**

Senza altro da quando la malattia è di nuovo in auge le società scientifiche e i centri di riferimento pediatrici hanno sviluppato una maggiore sensibilità. Se al «Regina Margherita» negli anni Ottanta ci capitavano tre casi all'anno, ora abbiamo almeno un bambino ricoverato ogni mese, e arrivano da tutto il Piemonte. Le segnalazioni, su genitori che sono entrati in contatto con la malattia,

ci arrivano da Mmg o anche da pediatri che abbiano rilevato sintomi sospetti. Inutile dire che la frequenza è molto maggiore tra i bambini stranieri, più esposti, con una inevitabile moltiplicazione dei casi tra i bimbi italiani.

**Quali indicazioni fornire, in breve, ai professionisti?**

Tre le condizioni in cui somministrare una terapia - con farmaci e tempi diversi - nel caso in cui si sospetti un possibile contagio: se il piccolo non è positivo al test ma un adulto a lui vicino ha contratto il germe, sottoporlo a profilassi previene il contagio e l'evoluzione in malattia; se il bimbo è sicuramente infetto, lo tratto proprio per

evitare che la positività evolva in patologia conclamata; se, infine, l'infezione è già palese, somministrare al paziente una profilassi intensiva di almeno due mesi, che poi andrà modulata almeno per altri sei mesi.

**Di quali strumenti dispone il pediatra di base?**

Innanzitutto della conoscenza delle condizioni di vita e di salute del bambino e della sua famiglia; quanto agli strumenti diagnostici, forse la scelta migliore è consigliare test basati sul prelievo di sangue, in grado di rivelare se il soggetto presenta cellule reattive a componenti del germe. Altri test, come il «ppd», sono ormai difficil-

mente reperibili in Italia, così come molti farmaci in formulazione pediatrica.

**Se il test risulta negativo c'è da stare tranquilli?**

Nel caso in cui ci sia un alto rischio di contagio il test va comunque ripetuto perché prima che si «positivizzi», dal momento del contatto con il bacillo, possono passare settimane o mesi. Se la mamma, a esempio, è contagiosa e il bimbo risulta «negativo», è opportuno comunque procedere con la profilassi in un'ottica di prevenzione. E, a distanza di pochi mesi, ripetere il test per ottenere una diagnosi certa.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## IL PARERE DELL'INFETTIVOLOGO

### Stranieri e detenuti prime vittime: igiene sotto accusa

«**I**l carcere anticipa i tempi: è successo con i flussi migratori e anche con la tubercolosi, su cui da tempo i medici penitenziari avevano lanciato l'allarme. Perché sanno bene che ciò che succede all'interno degli istituti di pena non è confinato lì». Parola di Sergio Babudieri, presidente della Società italiana di medicina e Sanità penitenziaria (Simpe) e professore associato di malattie infettive all'Università di Sassari.

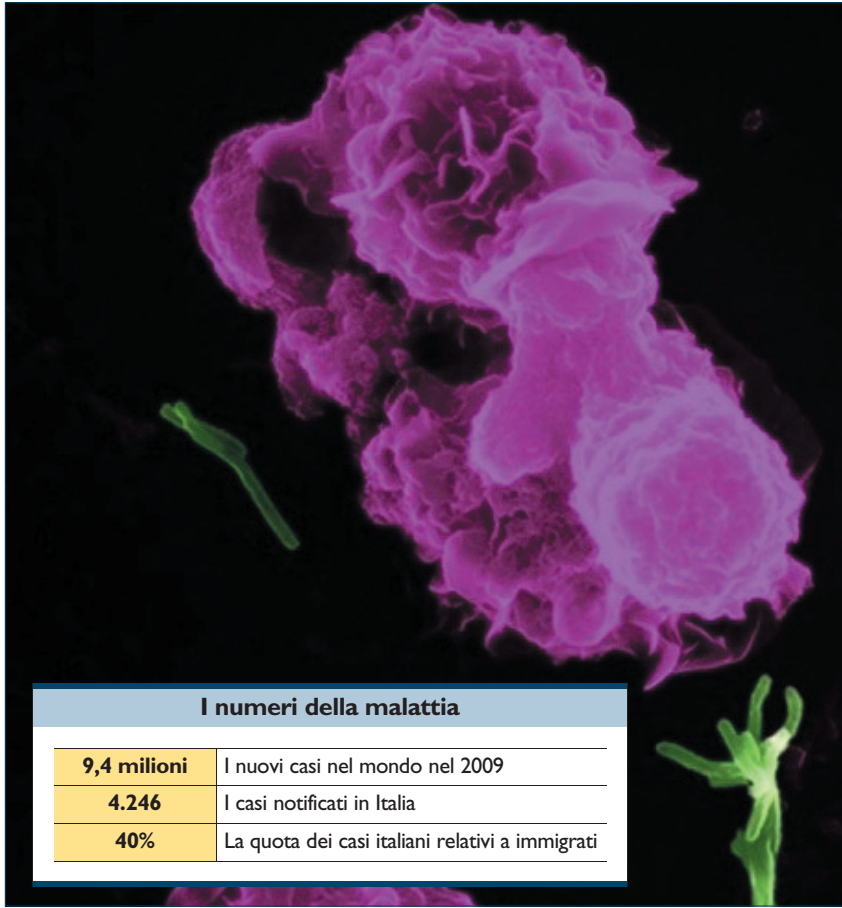
Babudieri ci tiene a sfatare un'equazione molto in voga, vagamente razzista: «Gli stranieri non portano malattia. In Italia, per ovvie ragioni, arrivano i migranti sani. Ma le cattive abitudini che acquisiscono nel nostro Paese, insieme con le condizioni spesso malsane in cui sono costretti a vivere, favoriscono l'insorgenza di epatiti, infezioni da Hiv e anche Tbc». «Nel 2005 - racconta Babudieri - con Sergio Carbonara dell'Università di Bari verifi-

cammo in uno studio che essere maschio, straniero e con due anni di soggiorno in Italia aumentava di molto (circa il 33%) le probabilità di essere positivi al test della tubercolina».

Per capire perché occorre comprendere la particolarità della tubercolosi. «La malattia è estremamente rara, subdola, quasi impalpabile», spiega l'esperto. «Perché si sviluppi nei soggetti entrati in contatto con il bacillo servono «occasioni di immunodeficienza», che pos-

sono essere scatenate da malnutrizione, carenze igieniche, altre malattie e farmaci con effetti immunosoppressori». E qui si apre un altro capitolo. Babudieri ha appena segnalato ai Cdc di Atlanta un caso emblematico di quanto la Tbc sia insidiosa: a novembre è entrato in carcere a Sassari un detenuto in buone condizioni di salute, risultato positivo ai test effettuati all'ingresso sia per la Tbc sia per l'epatite C. «Essendo sano ed essendo consci che la Tbc si sviluppa raramente - dice Babudieri - lo abbiamo messo in terapia con interferone per curare l'epatite ma dopo otto mesi si è però ammalato».





#### I numeri della malattia

<b>9,4 milioni</b>	I nuovi casi nel mondo nel 2009
<b>4.246</b>	I casi notificati in Italia
<b>40%</b>	La quota dei casi italiani relativi a immigrati

Didascalia

ranno nuovi infetti e quindi nuovi casi. Riconoscere e trattare correttamente un individuo ammalato è considerato l'intervento di Sanità pubblica con il miglior rapporto costo/efficacia. A tal fine può essere utile un programma capillare di formazione, indirizzato a tutte le componenti della classe medica coinvolte nei processi di diagnosi, cura e prevenzione con il preciso scopo di migliorare, attraverso la ricostruzione delle competenze cliniche, il sistema di controllo e le sue ricadute di salute pubblica.

Nel nostro Paese il 50% dei casi di tubercolosi interessa immigrati che presentano rispetto alla componente autoctona problemi di diagnosi e di trattamento più complessi soprattutto dal punto di vista sociale. Le difficoltà linguistiche, di accesso ai servizi e la forte mobilità sul territorio oltre che situazioni di presenza illegale e

condizioni di fragilità sociale, spesso impediscono la fase diagnostica e soprattutto la gestione corretta di un trattamento che dura almeno sei mesi. Pertanto potrebbe essere utile, in caso di sospetto diagnostico, mettere in atto quelle iniziative che facilitino e incentivino l'accesso gratuito alle strutture sanitarie onde favorire una diagnosi precoce e assicurare un adeguato ciclo di terapia.

Attualmente in Italia non sono commercializzati i farmaci di seconda linea necessari al trattamento dei pazienti affetti da tubercolosi multiresistente ed è possibile reperirli solo all'estero con tempi di acquisizione e procedure farraginose che spesso costringono i pazienti alla sospensione temporanea della terapia e quindi alla comparsa di nuove resistenze.

Altri farmaci sono commercializzati ma, pur essendo riconosciuta dalla comunità scientifica la loro attività antituberco-

lare, sono off-label e rendono ancora più difficoltosa una terapia già complessa e di lunga durata con costi elevati. È necessario individuare la possibilità di produzione in Italia dei farmaci non reperibili e il riconoscimento ufficiale dell'attività anti-tubercolare per i farmaci comunemente utilizzati nella terapia delle forme resistenti, e quindi il loro utilizzo "in label".

La tubercolosi multiresistente Mdr/Xdr rappresenta il problema clinico attualmente più rilevante. Secondo dati più recenti (anno 2006, fonte EuroTb) si stima una prevalenza del 3%, in gran parte soggetti giovani-adulti, immigrati, va inoltre sottolineato che i test di sensibilità ai farmaci sono presenti solo nel 19% dei casi sul totale di quelli notificati. È necessario che le istituzioni si adoperino nell'incentivare la formazione degli operatori, l'informazione dei cittadini e la promozione di piani di sorveglianza.

Una delle emergenze mondiali è rappresentata dalla confezione Hiv-tubercolosi che si presenta con caratteristiche epidemiologiche, cliniche, diagnostiche, terapeutiche peculiari che richiedono interventi mirati, e un sistema specifico di monitoraggio e di interventi (in Italia si stima che circa il 10% di tutti i casi di tubercolosi insorgano in soggetti con infezione da Hiv). È necessario includere nel sistema di notifica della tubercolosi il dato di eventuale associazione con l'infezione da Hiv, come previsto dalle raccomandazioni nazionali e internazionali per integrare nel sistema di sorveglianza gli indicatori relativi alla coinfezione che l'Italia è tenuta a trasmettere all'Oms e all'Ecdc.

**Alfonso Maria Altieri**

Responsabile Gruppo di studio Tubercolosi  
 Associazione italiana pneumologi  
 ospedalieri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### LA POSIZIONE DEI GENERALISTI

## «La malattia è rara, nessuna emergenza»

«La tubercolosi non rientra tra le prime ipotesi diagnostiche dei medici di famiglia, e non deve rientrarci perché nel nostro Paese non raggiunge livelli tali da essere considerata un'emergenza». **Giacomo Milillo**, segretario nazionale della Fimmg, invita a non allarmarsi e difende i medici di base dal sospetto di non essere adeguatamente preparati a diagnosticare la malattia.

**Sia sincero: i medici di base oggi sono in grado di riconoscere la tubercolosi?**

Sì, perché il 90% dei generalisti attivi l'ha studiata all'università anche se poi non l'ha quasi mai trovata. Non c'è un problema di formazione. Le caratteristiche della tubercolosi non sono quelle di una malattia

virale: la sua diffusione è strettamente legata a condizioni igieniche, alimentari e ambientali scadenti. Fortunatamente, grazie al miglioramento di queste condizioni, dal dopoguerra in poi i casi in Italia si sono drasticamente ridotti e oggi non rientra più, giustamente, nelle priorità delle ipotesi diagnostiche.

**Ma adesso in molti segnalano una recrudescenza...**

La recrudescenza c'è ma non è tale da richiedere un cambiamento nella prassi fin qui seguita: finiremmo per sottoporre i

nostri assistiti a indagini fastidiose e inutili. Ma è comunque una recrudescenza sufficiente perché i medici di famiglia prendano in considerazione l'ipotesi diagnostica per le categorie a rischio, come gli immigrati.

**Gli operatori sanitari non sono categorie a rischio che anche il medico curante dovrebbe considerare?**

Sì, ma nel loro caso è la struttura sanitaria per cui lavorano, attraverso il medico competente, a sottoporli a screening

periodici. In ogni caso il meccanismo perfetto non esiste. E per la Tbc è fondamentale ricordare che la positività al test non è malattia. Avere un soggetto che diffonde bacilli, poi, non è una disgrazia perché in pochissimi sviluppano la patologia. È lo sviluppo della malattia che va individuato.

**Ricapitolando?**

Non bisogna dimenticare la Tbc ma non bisogna neanche ritenerla prioritaria nella diagnosi. Non c'è bisogno di linee guida aggiornate per i medici di famiglia, ma semmai per la comunità: è un problema di igiene pubblica.

**Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di tubercolosi polmonare, fortunatamente individuata subito. È stata probabilmente la terapia anti-Hcv a favorire l'insorgenza della Tbc.

Qual è la lezione? L'infettivologo non ha dubbi: «Occorre essere molto tranquilli ma anche attenti e attivi. Perché quelle che ho chiamato "occasioni di immunodeficienza" che potrebbero scatenare la tubercolosi oggi si sono moltiplicate: oltre agli stranieri e ai detenuti, per i motivi che ho spiegato, penso ai malati di tumore ma anche alle persone affette da patologie reumatiche curate con farmaci immunosoppressori o, più banalmente, a chi fa uso di cortisonici e corticosteroidi.

Serve quindi molto buon senso da parte di tutti i medici: quando si prescrivono farmaci, bisogna tenere presente che la malattia esiste. Se c'è una recrudescenza non è perché la tubercolosi è cambiata, ma perché è cambiato qualcosa nelle nostre condizioni di vita».

Se in carcere i tassi di positività al test della tubercolina sfiorano il 40% tra i detenuti, il 18% tra gli agenti penitenziari e il 14% tra i civili, come appurato da uno studio condotto nel 2007 nell'istituto di pena di Alghero, i dati nella popolazione generale dovrebbero essere molto più bassi. «Su 100 test realizzati - sostiene **Gianni Rezza**,

direttore del Dipartimento di malattie infettive dell'Istituto superiore di Sanità - in generale ce ne attendiamo almeno 10 positivi. Il rischio di diventare positivi cresce con il tempo nei bambini e riguarda tutti gli adulti, e questo non deve allarmare perché la semplice positività indica solo un'infezione allo stato latente. Appena un decimo delle persone positive può infatti andare incontro alla malattia. Con la profilassi il rischio si riduce dell'80-90 per cento».

**M.Per.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### IN PUNTA DI DIRITTO

## Le responsabilità per il contagio

La guida sono le norme per la sicurezza sul lavoro

Di fronte a notizie come quella della tubercolosi contratta dai bambini del reparto di neonatologia del Gemelli sorgono spontanee alcune domande: si poteva evitare? Ci sono responsabilità? Cosa stabilisce la legge in proposito?

Vediamo allora di ricapitolare, in linea di massima, gli aspetti giuridici della questione.

Intorno agli anni '70 il legislatore emanava una legge (L. 1088/1970) che all'articolo 10 stabiliva la vaccinazione obbligatoria contro la tubercolosi per una serie di soggetti tra cui i soggetti cutinegativi addetti a ospedali, cliniche e ospedali psichiatrici e altresì gli studenti di medicina cutinegativi.

Tale previsione normativa veniva abrogata dall'articolo 93 della legge 388/2000 (Finanziaria 2001), in ragione delle mutate condizioni sanitarie del Paese, rinviando a un successivo decreto nel quale stabilire i casi di vaccinazione obbligatoria. Con Dpr 465/2001 si stabiliva poi l'obbligatorietà solo per il personale sanitario che, con test tubercolinico negativo,

Parallela- mente, per orientare comunque l'attività delle Re-

gioni, venivano emanate dal ministero della Salute le "Linee guida per il controllo della malattia tubercolare".

Tale documento rappresenta oggi il cardine delle prescrizioni in materia.

Oltre a prevedere particolari controlli per i soggetti esposti a contrarre la malattia per rischio professionale («gli operatori sanitari di ospedali o reparti che assistono frequentemente pazienti con tubercolosi» - punto 2.5.3), le Lg danno indicazioni più generali sulla sorveglianza da attuare in tutti i presidi, in ragione del diverso livello di rischio.

Si stabilisce infatti che «Alcuni interventi preventivi sono raccomandati per tutti i presidi, a prescindere dal livello di rischio» e altresì che «tutti i presidi devono definire e adottare protocolli per l'identificazione tempestiva, l'isolamento, la diagnosi e il trattamento dei casi con tubercolosi nota o sospetta. Varieranno, invece, altri interventi quali, a esempio, la frequenza dei controlli tubercolinici degli operatori sanitari o la frequenza con cui dovranno essere rivalutate le misure di controllo della trasmissione intra-ospedaliera...».

Circa poi la sorveglianza e la profilassi individuale degli operatori al punto 2.5.3.3. delle Lg si stabilisce che «La sorveglianza attiva della tubercolosi

tra gli operatori sanitari deve prevedere sia la pronta identificazione dei casi di tubercolosi attiva (diagnosi tempestiva della malattia) sia l'esecuzione periodica di screening tubercolinici al fine di identificare precocemente gli infetti (screening dell'infezione)». Ciò a maggior ragione per gli operatori a contatto con i bambini di età inferiore ai 5 anni considerati soggetti particolarmente a rischio in ragione di un sistema immunitario ancora immaturo (Lg punto 2.3.1.2).

Qui le prescrizioni delle Lg si intersecano, sotto il profilo giuridico, con il Dlgs 81/2008 sulla sicurezza sui luoghi di lavoro.

Pacifico infatti che il datore di lavoro deve predisporre delle misure generali di tutela per i lavoratori e i terzi attraverso l'analisi dei rischi, che ovviamente varia a seconda della tipologia di rischio (in questo caso biologico), della tipologia di attività (ospedale) e del rischio in capo al lavoratore di contrarre una malattia ed eventualmente trasmetterla.

Sulla base di tale analisi dei rischi vengono poi determinati gli obblighi di sorveglianza sanitaria sui lavoratori, la loro maggiore o minore periodicità nonché la tipologia dei controlli, eseguiti dal medico competente (articoli 38 e seguenti).

Così senza dubbio per quanto attiene al rischio trasmissione tubercolosi, gli ospedali sono tenuti (ma identicamente, seppure in condizioni di fatto diverse, anche gli asili o le scuole ecc.) a valutare il rischio di assunzione e trasmissione della malattia, tenendo conto delle indicazioni contenute nella Linee guida sopra evidenziate e della situazione dei diversi reparti.

Un'ultima norma chiude il cerchio, al fine di andare a coprire le eventuali ipotesi di malattia (nel nostro caso la tubercolosi) che si verificassero al di fuori dell'analisi dei rischi.

L'articolo 20 dello stesso Dlgs 81/2008 sancisce infatti: «Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro su cui ricadono gli effetti delle sue azioni od omissioni...» e conseguentemente «I lavoratori devono segnalare immediatamente al datore di lavoro qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza...». In carenza di comunicazione è prevista l'applicazione di una sanzione penale (articolo 58).

**Silvia Stefanelli**  
 Avvocato

© RIPRODUZIONE RISERVATA