

	DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE M.O. Medicina del lavoro	
	Procedura Dipartimentale	
	<i>Gestione dell'infortunio a rischio biologico con possibile esposizione ai Virus HIV, HBV, HCV</i>	
Redazione	Cognome Nome	Funzione
	<i>Guido Tonetto</i>	Responsabile M.O. Medicina del Lavoro Medico competente
	<i>Massimo Felletti Patrizia Guerrini Stefania Marchini</i>	Operatori M.O. Medicina del Lavoro

1. Oggetto:

La presente procedura ha come oggetto la gestione degli infortuni professionali, con possibile esposizione ai Virus HIV, HCV, HBV, di tutti i lavoratori dell'Azienda USL di Ferrara.

2. Scopo/obiettivo:

Gli obiettivi della seguente procedura sono:

- uniformare gli interventi di gestione dell'infortunio nei casi di possibile esposizione ai virus HIV, HBV, HCV.
- tutelare l'operatore in caso di infortunio a rischio biologico;
- analizzare le modalità degli infortuni a rischio biologico anche attraverso indagini mirate;
- misurare l'incidenza dell'esposizione accidentale a materiali biologici nell'ambito lavorativo;
- potenziare l'attività di prevenzione nei confronti di incidenti occupazionali;
- contribuire alla valutazione dei rischi.

3. Campo di applicazione:

La presente procedura si applica in tutte le articolazioni ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL di Ferrara, per gli infortuni che si verificano in corso di attività svolte all'interno dei medesimi servizi.

4. Documenti di riferimento:

- Circolare n.7/2009 Regione Emilia Romagna "Aggiornamento delle raccomandazioni per il trattamento delle esposizioni occupazionali e non occupazionali a HIV, HBV e/o HCV"
- Decreto legislativo 81/08 "Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e succ. modifiche ed integrazioni
- Decreto del Ministero della Sanità 28/9/90 "Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private"

5. Definizioni e sigle:

Sigle	Descrizione
UO	Unità operativa
HIV	Virus della Immunodeficienza Umana
HBV	Virus dell'epatite B
HBsAg	Antigene di superficie del virus dell'epatite B
HBsAb	Anticorpi contro l'antigene di superficie del virus dell'epatite B
HCV	Virus dell'epatite C
PPE	Profilassi Farmacologica Post esposizione
MC	Medico Competente
DIPP	Dipartimento Interaziendale di Prevenzione Protezione
IO	Istruzione Operativa
INTER	Interaziendale
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni
MO	Modulo Operativo
MOD	Modulo
DOCWEB	Sistema di distribuzione informatizzata dei documenti nell'Azienda USL

ESPOSIZIONE A RISCHIO BIOLOGICO

Si intende per “*esposizione a rischio biologico*” ogni contatto con sangue o altro materiale biologico, derivato da puntura o ferita con aghi o altri oggetti taglienti, nonché da spruzzi o spandimenti su mucose o cute non integra, secondo le seguenti modalità di esposizione:

- ferita o puntura con ago o altro tagliente (bisturi o altro strumentario) contaminato;
- contaminazione di mucose (coniuntivale, nasale, orale);
- contaminazione di cute lesa (abrasioni, screpolature, dermatiti, ferite aperte, ecc)

LA PREVENZIONE E' RAPPRESENTATA DAL RISPETTO DELLE RACCOMANDAZIONI UNIVERSALI

“NORME DI PROTEZIONE DAL CONTAGIO PROFESSIONALE DA HIV NELLE STRUTTURE SANITARIE ED ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE”
(Decreto del Ministero della Sanità del 1990)

COSA SONO: idonee misure di barriera da adottare per prevenire l'esposizione parenterale, cutanea, mucosa, nei casi si preveda un contatto accidentale con sangue e altri liquidi biologici

A CHI SONO INDIRIZZATE: a tutti gli operatori sanitari

A QUALI PAZIENTI DEVONO ESSERE APPLICATE: routinariamente a tutti i pazienti/utenti

QUANDO DEVONO ESSERE APPLICATE: durante procedure e quando si maneggiano strumenti o attrezzature

MATERIALI BIOLOGICI AI QUALI APPLICARE LE RACCOMANDAZIONI UNIVERSALI

- sangue
- liquidi biologici contenenti sangue
- tessuti e frammenti ossei
- liquido cerebrospinale, sinoviale, pleurico, peritoneale, pericardio, amniotico
- sperma e secrezioni genitali femminili
- materiale di laboratorio (colture cellulari, sospensioni, materiale ad elevata concentrazione virale)

Aggiornato alla circolare n°7 RER del 23/06/09
“aggiornamento delle raccomandazioni per il trattamento delle esposizioni occupazionali e non occupazionali a HIV, HBV e/o HCV

NON VANNO APPLICATE LE RACCOMANDAZIONI

- feci
- sudore
- lacrime
- urina
- vomito
- secrezioni nasali
- secrezioni bronchiali
- latte umano

A MENO CHE NON CONTENGANO
SANGUE IN QUANTITÀ VISIBILE

COSA PREVEDONO

- Lavaggio delle mani
- Uso di DPI (guanti, camici, mascherine, occhiali, facciale filtrante)
- Precauzioni per prevenire le esposizioni accidentali
- Corretto uso e smaltimento di aghi e taglienti

LIQUIDI E MATERIALI BIOLOGICI A RISCHIO

Come previsto dalle raccomandazioni universali devono essere considerati a rischio di infezione da patogeni HIV, HBV, HCV, i seguenti liquidi o materiali biologici:

- sangue o qualsiasi altro materiale biologico contenente sangue in quantità visibile
- tessuti e frammenti ossei
- liquido seminale e secrezioni genitali femminili
- liquido cerebrospinale, sinoviale, pleurico, peritoneale, pericardico, amniotico
- materiale di laboratorio (colture cellulari, sospensioni, materiale ad elevata concentrazione virale)

Non sono considerati a rischio per quanto riguarda la trasmissione di HIV, HBV e HCV in ambito occupazionale (salvo che non contengano sangue in quantità visibile):

feci, secrezioni nasali, secrezioni bronchiali, sudore, lacrime, urine, vomito, latte umano.

L'esposizione occupazionale a saliva, *in caso di ferita da morso*, può essere implicata con un rischio basso ma non trascurabile nella trasmissione di HBV, HCV e HIV, se vi è stato evidente spandimento di sangue. Non è documentata la trasmissione di HIV, HBV o HCV in seguito a esposizione della cute integra a liquidi biologici.

6. Responsabilità

	ATTIVITA'	OPERATORE	LABORATORIO	MO MEDICINA DEL LAVORO	MODULISTICA
1	Al momento dell'infortunio: trattamento ferita/lesione, detersione zona contaminata	R			
2	Raccolta consenso – Esecuzione prelievo sulla FONTE	R			Allegato 1 – RICHIESTA ESAMI / CONSENSO
3	Esecuzione prelievo INFORTUNATO	R			Allegato 1 – RICHIESTA ESAMI / CONSENSO
4	Invio provette al laboratorio	R	C		Allegato 1 – RICHIESTA ESAMI / CONSENSO
5	Risposta Test HIV fonte	C	R		Eventuale consulenza malattie infettive Allegato 2 – RICHIESTA CONSULENZA
6	Percorso presso Medicina del Lavoro	C		R	MODULO INAIL 1SS ALLEGATO 3: "DATI IDENTIFICATIVI E MODALITA' DI ACCADIMENTO DEGLI INFORTUNI A RISCHIO BIOLOGICO PER HBV/HCV/HIV"

7. Descrizione delle Responsabilità

1 AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO

L'operatore infortunato, eventualmente aiutato da un collega, deve provvedere alla detersione della ferita/lesione o della parte esposta a rischio biologico

IN CASO DI FERITE O PUNTURE CON OGGETTI TAGLIENTI

Far sanguinare la ferita

Lavare abbondantemente con acqua corrente e trattare con antisettico (es. Povidone iodio 7.5%-10%, Clorexidina 4% o Amuchina 5%).

IN CASO DI ESPOSIZIONE DI CUTE NON INTEGRA

Lavare abbondantemente con acqua corrente e trattare con antisettico

IN CASO DI ESPOSIZIONE MUCOSA

Lavare abbondantemente con:

- acqua corrente (MUCOSA ORALE)
- soluzione fisiologica sterile (MUCOSA OCULARE)

2 ESECUZIONE PRELIEVO SUL PAZIENTE- FONTE/ACQUISIZIONE CONSENSO

L'operatore infortunato acquisisce il consenso dal paziente fonte per la ricerca dei markers HBV, HCV, HIV, utilizzando il MODULO INTEGRATO RICHIESTA ESAMI/CONSENSO (**ALLEGATO 1**)

IL MODULO VA RIPRODOTTO IN 3 COPIE (1 originale + 2 fotocopie):

- ➔ 1 originale – ACCOMPAGNA LE PROVETTE
- ➔ 1 copia – VA ACCLUSA ALLA DOCUMENTAZIONE DEL PAZIENTE
- ➔ 1 copia – VA CONSEGNATA AL MO MEDICINA DEL LAVORO

SI ESEGUE IL PRELIEVO AL PAZIENTE FONTE (1 provetta tappo ROSSO)

!! ATTENZIONE !!

IN CASO DI **FONTE SCONOSCIUTA**, IL PRELIEVO SULL'INFORTUNATO VA ESEGUITO IN MODALITA' ORDINARIA RIVOLGENDOSI AL SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO

NON UTILIZZARE LA MODULISTICA QUI CONTENUTA

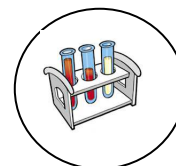
3 ESECUZIONE PRELIEVO SULL'INFORTUNATO

L'operatore infortunato si sottopone a un prelievo ematico per la ricerca dei markers HBV, HCV, HIV, da inviare al laboratorio unitamente al prelievo effettuato al paziente fonte.

(1 provetta tappo ROSSO)

4 INVIO PROVETTE AL LABORATORIO

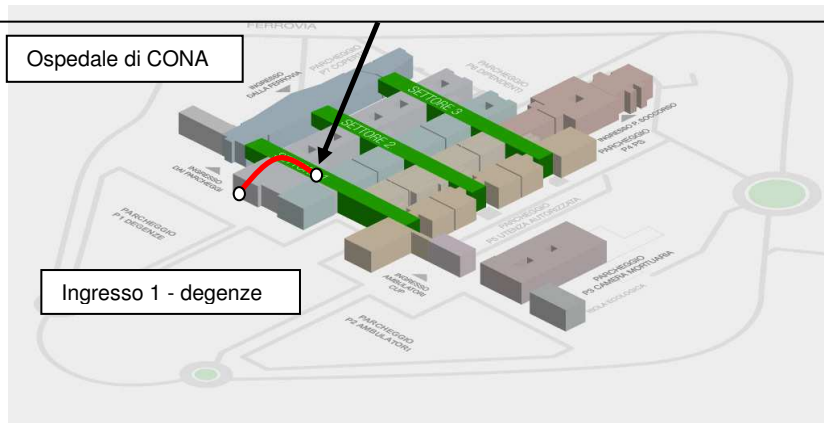
L'operatore infortunato si attiva per far pervenire le provette (corredate della richiesta di cui sopra) al **LABORATORIO ANALISI DI CONA**



1) **ATTIVANDO L'AUTISTA DISPONIBILE O REPERIBILE**

2) **in caso di impossibilità ad attivare l'autista e/o in caso l'attività assistenziale si svolga fuori dalla struttura ospedaliera, l'operatore può recarsi al Laboratorio PERSONALMENTE**

**INGRESSO 1 (degenze)
1° PIANO - CORRIDOIO A DESTRA
SETTORE 1 E 1 - SPORTELLO ACCETTAZIONE URGENZE**

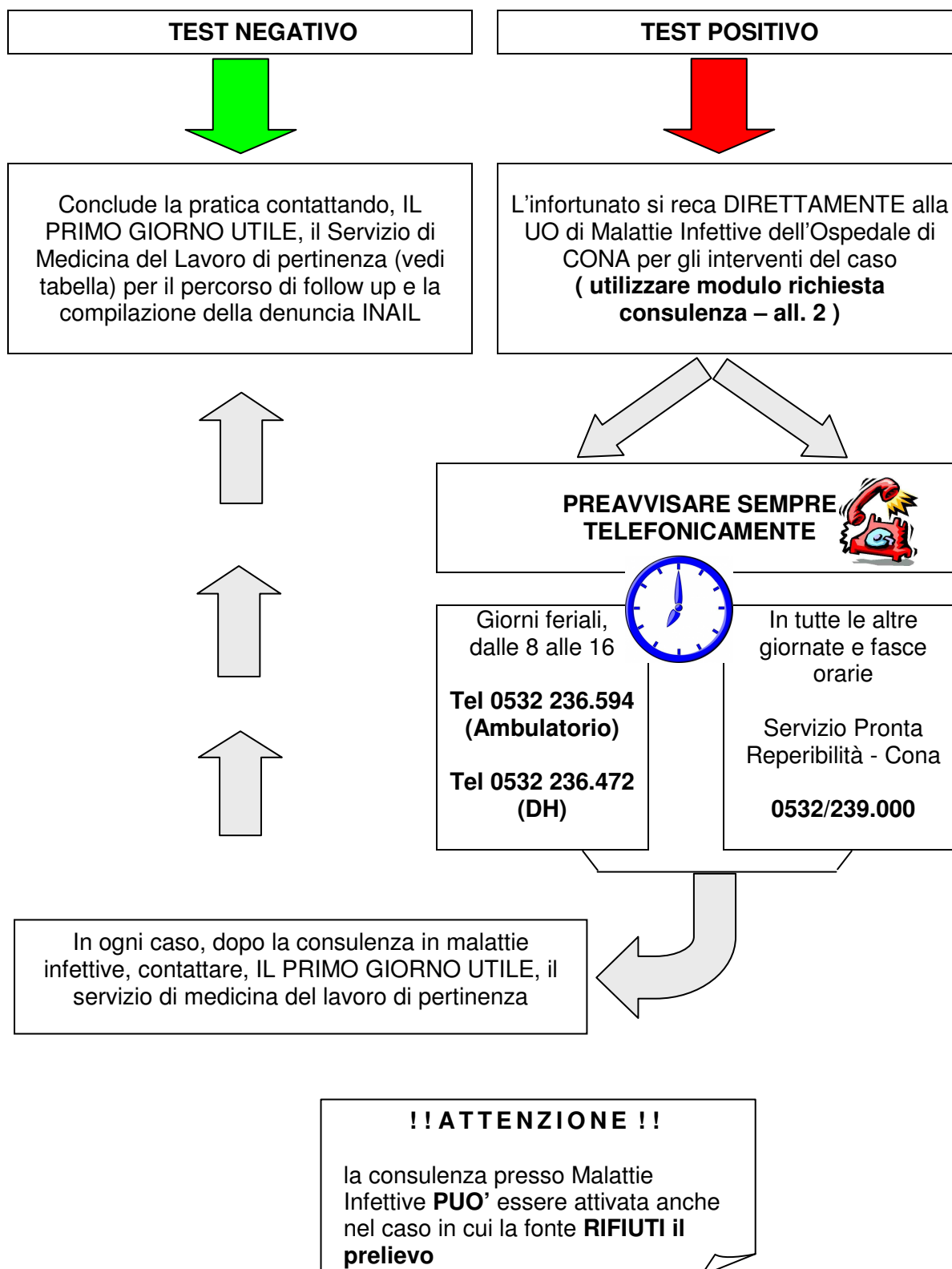


5 REFERTO TEST HIV FONTE

Il referto verrà comunicato:

A – DIRETTAMENTE ALL'INFORTUNATO IN ATTESA PRESSO IL LABORATORIO

B – TRAMITE IL NUMERO di FAX INDICATO NELLA RICHIESTA



6 **PERCORSO PRESSO LA MEDICINA DEL LAVORO**

L'operatore infortunato contatta in orari di ufficio il M.O. di Medicina del Lavoro di competenza.

In tale sede l'operatore infortunato:

- a) consegna copia dell'allegato 1 "Modulo integrato richiesta esami/consenso"
- b) compila l'allegato 3 "Dati identificativi e modalità di accadimenti degli infortuni a rischio biologico per HBV/HCV/HIV"

Contestualmente gli operatori della medicina del lavoro compilano:

- a) scheda di indagine di infortunio biologico
- b) modulo denuncia infortunio INAIL

STRUTTURE OSPEDALIERE/AREE TERRITORIALI	TELEFONO	COLLABORATORI SANITARI
ARGENTA/PORTOMAGGIORE CODIGORO/COMACCHIO LAGOSANTO	0533/723206	Massimo Felletti m.felletti@ausl.fe.it
COPPARO/TRESIGALLO CENTO/BONDENO	0532/879758 366/7877836 051/6838492	Stefania Marchini s.marchini@ausl.fe.it
FERRARA	0532/238024	Patrizia Guerrini p.guerrini@ausl.fe.it
MEDICO COMPETENTE – DOTT. GUIDO TONETTO CELL. AZIENDALE: 335 1016432 – g.tonetto@ausl.fe.it		

8. Accessibilità

La presente procedura è accessibile sul sito intranet (docweb) dell'Azienda Usl di Ferrara.

9. Parametri

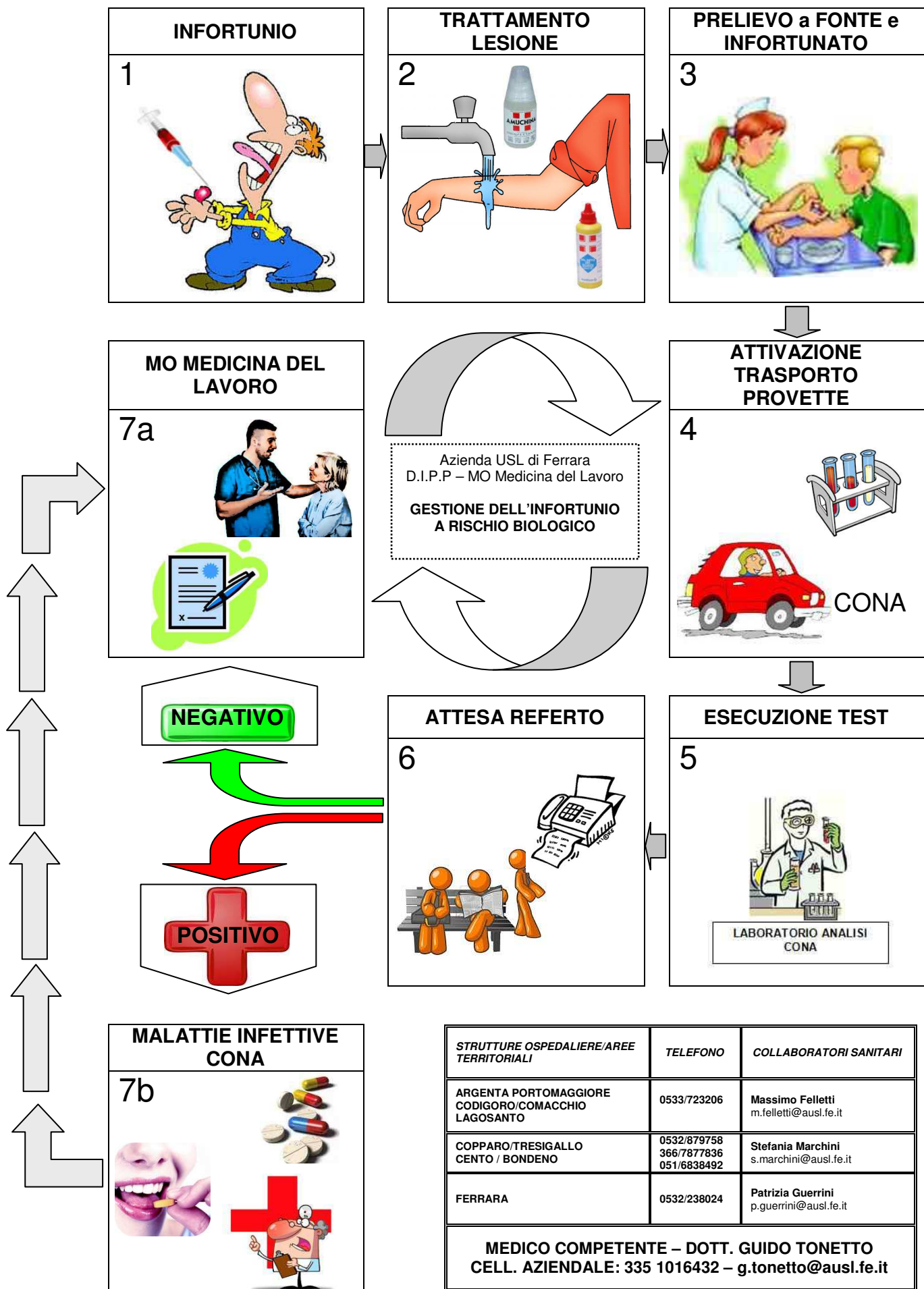
- Report semestrale di andamento degli infortuni a rischio biologico
- Rilevazione: n° siero-conversioni
n° totale infortuni annuali

10. Allegati

Allegato 1 "Modulo integrato richiesta esami/consenso"

Allegato 2 "Modulo richiesta consulenza malattie infettive"

Allegato 3 "Dati identificativi e modalità di accadimenti degli infortuni a rischio biologico per HBV/HCV/HIV"



MODULO INTEGRATO RICHIESTA ESAMI/CONSENSO

PAZIENTE – FONTE

Per il/la Sig./Sig.a

nato/a il Codice fiscale

SI RICHIEDONO I SEGUENTI ESAMI (1 PROVETTA TAPPO ROSSO)

URGENZA
HIV

ORDINARIO
ANTI HCV - HbsAg

OPERATORE INFORTUNATO

Per il/la Sig./Sig.a

nato/a il Codice fiscale

SI RICHIEDONO I SEGUENTI ESAMI (1 PROVETTA TAPPO ROSSO)

ORDINARIO
ANTI HIV – ANTI HCV – HbsAg - HbsAb

PER IL LABORATORIO
ANALISI REFERTANTE



I RISULTATI VANNO INOLTTRATI AL SEGUENTE **FAX:**

Recapito telefonico per eventuali comunicazioni da parte del laboratorio:.....

INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO

Verificatosi presso (UO, Servizio, Ambulatorio) :

Ospedale/Servizio/Struttura:Il giorno alle ore

CONSENSO INFORMATO PER LA RICERCA DEGLI ANTICORPI ANTI HIV, HBV, HCV

☐ CONSENSO GIA' ACQUISITO IN ALTRA DOCUMENTAZIONE (CARTELLA O ALTRO)

PAZIENTE – FONTE

Io sottoscritto/a, come identificato/a in intestazione a questa richiesta, poiché un operatore sanitario è stato accidentalmente esposto a materiale biologico proveniente dalla mia persona, con modalità che potrebbero consentire trasmissione di eventuali agenti infettivi presenti, debitamente informato,

ACCONSENTO

ad essere sottoposto/a al prelievo di sangue per la ricerca di infezione da HIV, HBV ed HCV, al fine di attivare le opportune misure di prevenzione e controllo a tutela dell'operatore sanitario coinvolto.

AUTORIZZO

la comunicazione e la trasmissione dei referti all'infortunato
In caso di minore o di impossibilità a firmare, esprime il consenso:

Sig./Sig.a grado di parentela

Data FIRMA

OPERATORE INFORTUNATO

Io sottoscritto/a, come identificato/a in intestazione a questa richiesta,

ACCONSENTO

a che venga effettuata su campioni del mio sangue la ricerca di anticorpi anti-HIV, HCV, HBV per poter meglio valutare la necessità di inizio della chemioprophilassi contro il virus HIV a seguito dell'infortunio

Data

.....

FIRMA

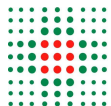
.....

DA REDIGERE IN 3 COPIE (1 ORIGINALE + 2 FOTOCOPIE)

1 (ORIGINALE) da allegare alle provette

1 (COPIA) da allegare alla documentazione paziente

1 (COPIA) da consegnare al MO Medicina del lavoro



Da compilare e utilizzare SOLO in caso di TEST HIV positivo

Richiesta di consulenza specialistica UO Malattie Infettive – Ospedale Cona

**INGRESSO 2 (Ambulatori)
PIANO TERRA – SETTORE 1 E 0
AMBULATORIO MALATTIE INFETTIVE**

**** SOLO NEGLI ORARI DI ATTIVITA' DELL'AMBULATORIO **
IN ALTERNATIVA ATTENERSI ALLE INDICAZIONI FORNITE
DAL MEDICO REPERIBILE**

Tel 0532 236.594 (Ambulatorio) - Tel 0532 236.472 (DH)

A seguito di infortunio a rischio biologico



Ingresso 2 – AMB.

PAZIENTE FONTE

Nominativo.....
Data di nascita.....
Ospedale Servizio/Amb.
TEST HIV POSITIVO del
(vedi referto allegato)

OPERATORE INFORTUNATO

Nominativo.....
Data di nascita
Qualifica
Sede Servizio.....
Recapiti telefonici

si richiede consulenza specialistica per valutare i provvedimenti del caso.

DIPP – MO Medicina del Lavoro
Azienda USL di Ferrara

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

Data Ora

1 – **Circostanze** (operazione / manovra / attività che si stava svolgendo) :
.....
.....
.....

2 - **Tipo di lesione** : ☐ ferita da punta ☐ ferita da taglio ☐ schizzo ☐ imbratto ☐ morso ☐ graffio ☐
escoriazione

3 - **Modalità** (prelievo, sutura, terapia IM, ecc) :

4 - **Agente** (ago, bisturi, forbice, ecc) :

5 - **Materiale biologico** (sangue, ecc) :

6 - **Via di contatto**: ☐ parenterale ☐ contatto ☐ aerea

7 - **Sede lesione/contatto** (braccio, mano, occhio, ecc) :

Da compilare e utilizzare SOLO in caso di TEST HIV positivo

Da compilare e utilizzare SOLO in caso di TEST HIV positivo

Da compilare e utilizzare SOLO in caso di TEST HIV positivo

**DATI IDENTIFICATIVI E MODALITA' DI ACCADIMENTO
DEGLI INFORTUNI A RISCHIO BIOLOGICO PER HBV/HCV/HIV**

INFORTUNIO	DENUNCIA INAIL
Data Ora	Data

PAZIENTE FONTE	OPERATORE INFORTUNATO
Nominativo	Nominativo
Data di nascita	Data di nascita
<u>Situazione:</u>	Qualifica
☐ RICOVERATO	Ospedale/Territorio
☐ AMBULATORIALE	Servizio/UO
☐ ALTRO	<u>SITUAZIONE VACCINALE</u>
	TETANO: ☐ SI ☐ NO EPATITE B: ☐ SI ☐ NO

1 – CIRCOSTANZE

a) Quale operazione/manovra stava effettuando

.....

.....

b) Contatto con materiale biologico: ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ESCREATO ☐ ALTRO

.....

2 – VIA DI CONTAMINAZIONE

☐ CUTE ☐ MUCOSE ☐ AEREA ☐ ALTRO

3 – AGENTE

☐ AGO CANNULA ☐ AGO SIRINGA ☐ AGO CHIRURGICO	<u>DISPOSITIVO</u>
☐ AGO BUTTERFLY ☐ BISTURI ☐ FORBICE	☐ PROTETTO
☐ ALTRO	☐ NON PROTETTO

4 – SEDE DELLA LESIONE

Specificare

5 – USO DEI DPI

Indossava DPI idonei quando è avvenuto l'infortunio?

SI, quali:

☐ GUANTI ☐ MASCHERINA ☐ VISIERA
☐ OCCHIALI ☐ CAMICE ☐ ALTRO

NO, perché:

☐ NON reperibili ☐ scomodi e poco confortevoli
☐ ritenevo che la manovra si potesse eseguire senza DPI
☐ Altro