

	Procedura <b>Direzione Strategica</b> <b>Gestione degli infortuni biologici dei lavoratori          dell'Azienda USL Valle d'Aosta</b>	<b>PAZ 26</b>  Rev. 0 del 28 /11 / 2011  Pag. 1 di 9
---	--	--

Stato delle revisioni					
Indice rev.	Data	Par n°	Pag n°	Sintesi della modifica	Redazione
0	28/11/2011			Prima emissione	A.Mombelloni M.Tumiati

### 1. Oggetto e scopo

La presente procedura ha lo scopo di definire le modalità di gestione degli **infortuni biologici**. Per infortunio biologico si intende un contatto del lavoratore con sangue o altri liquidi biologici a rischio (cerebrospinale, sinoviale, amniotico, pleurico, pericardico, peritoneale, sperma) o materiale da laboratorio potenzialmente infetto attraverso lesione da pungente/tagliante o contatto con mucose o cute lesa.

### 2. Campo di applicazione

La procedura si applica a tutti i lavoratori operanti all'interno dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, così come individuati all'art. 2 del D.lgs.81/2008.

Sono compresi quindi gli operatori con contratto atipico, i volontari, gli studenti dei Corsi di Laurea e di Formazione Professionale afferenti al CLI o ad altre Strutture di formazione che prevedano un tirocinio all'interno dell'Azienda ed il personale distaccato da altri Enti.

### 3. Responsabilità

Funzione	Processo		Sistema di Gestione per l'Accreditamento				
	Decide	Opera	Elabora	Verifica	Approva	Verifica attuazione	Formazione Consulenza
Operatore sanitario di reparto/distretto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Medico/infermiere S.S. Malattie Infettive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Personale Amm. Pronto Soccorso		<input type="radio"/>					
S.C. Microbiologia		<input type="radio"/>					
S.C. SPP			<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S.S Medicina Preventiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Direttore Dipartimento GRCQSP				<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Direzione Aziendale/Coll. Direzione					<input type="radio"/>		

### 4. Documenti di riferimento

Decreto Legislativo 09/04/08 n.81.

Linee Guida SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale) RISCHIO BIOLOGICO

File	<b>PAZ 26 Gestione Infortuni Biologici.doc</b>	Redazione	<b>Dott.ssa A. Mombelloni Dott.ssa M. Tumiati</b>
Data applicazione	<b>01 gennaio 2012</b>	Verifica	<b>Direttore Dipartimento GRCQSP Dott. Pierluigi Berti</b>
Copia	<b>Controllata</b>	Approvazione	<b>Direzione Aziendale: Dott. Giuseppe De Filippis</b>

	Procedura <b>Direzione Strategica</b> <b>Gestione degli infortuni biologici dei lavoratori          dell'Azienda USL Valle d'Aosta</b>	<b>PAZ 26</b>  Rev. 0 del 28 /11 / 2011  Pag. 2 di 9
---	--	--

## 5. Definizioni

**Utente fonte:** paziente da cui proviene il liquido biologico con cui si è verificato il contatto

**Operatore sanitario di reparto:** Direttore della S.C. da cui proviene il paziente fonte o, in sua assenza, medico della stessa Struttura o comunque medico presente in occasione dell'evento o ancora, in assenza di personale medico, sanitario con maggiore anzianità

**Operatore sanitario di distretto:** Direttore di Distretto o operatore sanitario con maggiore anzianità presente in occasione dell'evento

## 6. Contenuto

**6.1** Il **lavoratore** che dovesse aver subito un infortunio biologico procede come segue:

- fa sanguinare, deterge e disinfetta eventuali ferite.

### L'infortunato contatta immediatamente l'operatore sanitario di reparto

#### 6.2 L'operatore sanitario di reparto

- compila il rapporto di infortunio biologico di cui in allegato 4 e ne consegna copia all'infortunato.
- si accerta della possibilità di individuare l'utente fonte.
- se non individuabile l'utente fonte, non effettua ulteriori accertamenti ed invita il dipendente a recarsi presso il Pronto Soccorso.
- se individuabile l'utente fonte ed i dati sierologici sono conosciuti, compila accuratamente in ogni sua parte la scheda dati anamnestici dell'utente fonte di cui all'allegato 3 e ne consegna copia all'infortunato. Trasmette l'originale alla S.S. Medicina Preventiva.
- se individuabile l'utente fonte, ma i dati sierologici dello stesso non sono conosciuti, dispone per l'immediata esecuzione del prelievo ematico sull'utente fonte, dopo averne acquisito il consenso mediante la scheda CIF di cui all'allegato 2 (di cui consegna copia all'infortunato). Gli esami richiesti dall'operatore sanitario di reparto sul paziente fonte sono i seguenti:

#### **HBsAg – HBsAc – HCVAc – HIVAc**

che vengono inseriti su Medtrak dal laboratorio che li effettua come richiesta della S.S. Medicina Preventiva. In questo caso l'operatore sanitario di reparto, compilato il modulo di richiesta di cui in allegato 1, attiva immediatamente, con preavviso telefonico, il trasporto e l'esecuzione delle analisi sul campione ematico dell'utente fonte presso la S.C. di Microbiologia, che assicura l'esecuzione del test HIV nel tempo massimo di 4/6 h sulle 24 h compresi i giorni festivi, mentre le altre indagini possono essere differite ad una fase successiva.

- riporta i risultati del Test HIV, non appena pervenuti gli esiti dalla S.C. di Microbiologia, sulla scheda dati anamnestici dell'utente fonte di cui all'allegato 3; ne consegna copia all'infortunato invitandolo a recarsi quanto prima al Pronto Soccorso, con particolare sollecitudine nel caso di positività al Test HIV dell'utente fonte. Trattiene invece l'originale della scheda dati anamnestici dell'utente fonte.
- Appena pervenuti gli esami completi dell'utente fonte, completa la scheda dati anamnestici dell'utente fonte di cui all'allegato 3 e la trasmette alla S.S. Medicina Preventiva.

### L'infortunato si presenta quindi presso il Pronto Soccorso.

**NOTA:** se non individuabile un operatore sanitario di reparto (zone comuni, passaggi ecc..) l'accesso del lavoratore al Pronto Soccorso avviene immediatamente.

	Procedura <b>Direzione Strategica</b> <b>Gestione degli infortuni biologici dei lavoratori          dell'Azienda USL Valle d'Aosta</b>	<b>PAZ 26</b>  Rev. 0 del 28 /11 / 2011  Pag. 3 di 9
---	--	--

### 6.3 Nel caso di infortunio di un lavoratore sul territorio:

- caso a) è individuabile l'utente fonte: **l'operatore sanitario di distretto** si fa carico, nel più breve tempo possibile, compatibilmente con l'organizzazione dei distretti, dei passaggi precedentemente illustrati dal punto 7.2.1 al punto 7.2.7 come competenza dell'operatore sanitario di reparto. L'infortunato si reca comunque immediatamente al Pronto Soccorso, dopo averne informato il Direttore di Distretto.
- caso b) non è individuabile l'utente fonte: l'infortunato si reca immediatamente presso la postazione infermieristico/amministrativa del Pronto Soccorso, dopo aver informato il Direttore di Distretto.

### 6.4 L'operatore amministrativo del Pronto Soccorso

Compila il Primo certificato medico di infortunio sul modulo INAIL (e ne invia una copia al Servizio Prevenzione e Protezione e una copia all'INAIL)

### L'infortunato si reca quindi direttamente presso la S.S. Malattie Infettive

### 6.5 L'infermiere della S.S. Malattie Infettive:

- Esegue il prelievo di base al Tempo Zero dopo aver acquisito dall'infortunato il relativo consenso informato su apposita **scheda CID** di cui consegna copia all'infortunato stesso
- Verifica quanto riportato dall'operatore sanitario di reparto sulla scheda dati anamnestici dell'utente fonte di cui all'allegato 3 consegnatagli dall'infortunato, qualora tali dati siano disponibili.
- Fa intervenire il medico infettivologo

### 6.6 Il Medico Infettivologo

- Provvede all'offerta/somministrazione di farmaci antiretrovirali in base alla disponibilità ed esito degli esami sull'utente fonte.
- nel caso di profilassi con antiretrovirali, compila la scheda CIP di consenso informato alla profilassi post-esposizione ad HIV e ne consegna copia all'infortunato
- compila il modulo di consulenza infettivologica, di cui rilascia copia all'infortunato.

### L'infortunato si reca quindi presso la S.S. Medicina Preventiva

### 6.7 Nell'orario di ufficio della S.S. Medicina Preventiva, l'infortunato consegna:

- scheda CID di consenso informato del dipendente
- eventuale scheda CIF di consenso informato della fonte di cui in allegato 2
- rapporto di infortunio biologico di cui all'allegato 4
- il modulo di consulenza infettivologica
- eventuale scheda CIP di Consenso Informato alla Profilassi

### 6.8 L'operatore della S.S. Medicina Preventiva

- Verifica in primo luogo la completezza della documentazione consegnata dall'infortunato
- Raccoglie ed inserisce nel programma della sorveglianza sanitaria e nella cartella sanitaria dell'infortunato i risultati degli esami di laboratorio che vengono inviati dalla S.C. Microbiologia e dalla S.C. Analisi Chimico Cliniche relativi al prelievo al Tempo Zero.
- Raccoglie ed inserisce nel programma della sorveglianza sanitaria e nella cartella sanitaria dell'infortunato i dati contenuti nella scheda dati anamnestici dell'utente fonte di cui all'allegato

	<p>Procedura</p> <p><b>Direzione Strategica</b></p> <p><b>Gestione degli infortuni biologici dei lavoratori dell'Azienda USL Valle d'Aosta</b></p>	<p><b>PAZ 26</b></p> <p>Rev. 0 del 28 /11 / 2011</p> <p>Pag. 4 di 9</p>
---	--	---

- 3 (trasmessa dal Sanitario di reparto o di Distretto nella sua versione definitiva), al termine degli accertamenti effettuati e trasmessi dalla S.C. Microbiologia.
- Programma il follow up dell'infortunato sulla base degli esiti degli esami sull'utente fonte e sul dipendente; in base agli esiti degli accertamenti di follow-up aggiorna la cartella sanitaria dell'infortunato e la banca dati informatizzata.
  - Invia alla S.S. Malattie Infettive i risultati degli esami durante il periodo di profilassi
  - Invia all'INAIL copia degli esami dell'infortunato al Tempo Zero, della scheda dati anamnestici dell'utente fonte e della scheda INAIL di infortunio biologico.
  - Archivia la documentazione
  - Esegue gli accertamenti previsti nel programma di follow-up nell'ambito della sorveglianza sanitaria.
  - Trasmette al SPP il rapporto di infortunio biologico di cui all'allegato 4 e il primo certificato medico di infortunio su modello INAIL

## **6.9 L'operatore del SPP**

Compila la pagina della banca dati infortuni sulle modalità dell'infortunio stesso, sulla base di quanto riportato nel rapporto di infortunio ed effettua eventuali ulteriori accertamenti sulla dinamica dell'evento, adottando gli eventuali interventi di prevenzione/protezione che si rendessero necessari.

## **7. Allegati**

1. Modulo per richiesta esami su utente fonte
2. Scheda CIF (Consenso Informato Utente Fonte)
3. Scheda dati anamnestici dell'utente fonte
4. Rapporto di infortunio biologico

	<p>Procedura <b>Direzione Strategica</b> <b>Gestione degli infortuni biologici dei lavoratori dell'Azienda USL Valle d'Aosta</b></p>	<p><b>PAZ 26</b>  Rev. 0 del 28 /11 / 2011  Pag. 5 di 9</p>
---	--	---

**Allegato 1**  
**Modulo per richiesta esami su utente fonte**



AZIENDA USL  
VALLE D'AOSTA

*UNITÉ SANITAIRE LOCALE  
VALLÉE D'AOSTE*

Struttura:

Aosta, li

Alla S.C. Microbiologia

Oggetto: richiesta esami sierologici su utente fonte

Come previsto da Procedura Aziendale per la gestione degli infortuni biologici, si richiede di eseguire sul campione ematico inviato mediante servizio di trasporto interno i seguenti esami:

HBsAg – HBsAc – HCVAc – HIVAc

Cordiali saluti.

L'operatore Sanitario di Reparto/Distretto

---



**Allegato 2**  
**Consenso Informato "Utente Fonte" - SCHEDA CIF**

Il sig.....nato il.....

a.....

A conoscenza delle motivazioni per cui gli viene chiesto di sottoporsi a prelievo ematico di controllo ed in riferimento alla L 135/90 art. 5, punto 3, "nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV, se non per motivi di necessità clinica..." **ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO** a sottoporsi a prelievo ematico per ricerca HIV, HCV, HBV.

FIRMA .....

**ESPRIME IL PROPRIO RIFIUTO** a sottoporsi a prelievo ematico, ai sensi della L 135/90, art. 5, p.3.

FIRMA .....

DATA .....

	Procedura <b>Direzione Strategica</b> <b>Gestione degli infortuni biologici dei lavoratori          dell'Azienda USL Valle d'Aosta</b>	<b>PAZ 26</b>  Rev. 0 del 28 /11 / 2011  Pag. 7 di 9
---	--	--

**Allegato 3**  
**SCHEDA DATI ANAMNESTICI DELL'UTENTE FONTE**  
 (per il Consulente Infettivologo)

**Compilazione a Cura dell'Operatore Sanitario di Reparto/Distretto:**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

SC/Distretto: \_\_\_\_\_

◆ Fornire elementi utili al riconoscimento del paziente (n° cartella clinica, registro di pronto soccorso.) \_\_\_\_\_

◆ S.C./Distretto di provenienza \_\_\_\_\_

◆ L'utente-fonte è clinicamente e/o epidemiologicamente a rischio per patologie infettive:

NO                       NON SO                       SI \_\_\_\_\_

◆ E' stato eseguito il prelievo all' "utente fonte" per ricerca HbsAg, HCVAc, HIVAc:                       SI                       NO

◆ **Esami di laboratorio dell'utente-fonte:**

HBsAg	data _____	esito _____
HBsAc	data _____	esito _____
HCVAc	data _____	esito _____
HIVAc	data _____	esito _____

◆ L'operatore sanitario di reparto/ distretto si impegna a dare comunicazione dei risultati degli esami dell'utente-fonte al Consulente Infettivologo entro le 4 ore dall'infortunio.

◆ **Se l'utente-fonte non è ricoverato (ad es. utente che richiede prestazione ambulatoriale o di primo soccorso):**

Indicare i motivi che hanno determinato la necessità di una prestazione sanitaria \_\_\_\_\_

◆ **Se l'utente-fonte è ricoverato:**

indicare la diagnosi di ammissione \_\_\_\_\_

**se l'utente-fonte è deceduto:**

Indicare il referto del riscontro autoptico (se disponibile) \_\_\_\_\_

No-  
te: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ LUOGO: \_\_\_\_\_

FIRMA : \_\_\_\_\_



**Allegato 4**  
**RAPPORTO DI INFORTUNIO BIOLOGICO**

 <p>Unità Sanitaria Locale della Valle d'Aosta        Unité Sanitaire Locale de la Vallée d'Aoste  <b>S.C. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE</b></p>		
<p><b>RAPPORTO di INFORTUNIO</b>          categoria: <b>Biologico</b>  <b>compilazione a cura del Medico di Reparto</b></p>		
COGNOME E NOME del lavoratore .....	STRUTTURA di appartenenza .....	MANSIONE .....
DATA EVENTO Data: ..... Ora: .....	ABBANDONO POSTO DI LAVORO Data: .....	LUOGO IN CUI E' AVVENUTO L'INFORTUNIO .....
Persone Presenti: .....		
<b>DESCRIZIONE DEL FATTO:</b>		
Descrizione dell'INFORTUNIO con indicazione dettagliata di: 1) Posizione fisica della persona interessata l'infortunio; 2) come veniva eseguita la fase di lavoro in corso, specificando quali DPI, utensili, attrezzature, macchine e materiali venivano utilizzati e quali persone prendevano parte all'operazione; 3) che cosa ha provocato l'infortunio.		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		
<p><b>Parte del corpo          contaminata / lesionata</b>          (Indicare con una freccia)</p>		
		<b>Sede della lesione :</b> _____
<p><b>COMPILARE GLI SCHEMI A PAG 2</b>          (NATURA, MATERIALE, MANOVRA, STRUMENTO, DPI)</p>		



**Unità Sanitaria Locale della Valle d'Aosta**  
 Unité Sanitaire Locale de la Vallée d'Aoste  
**S.C. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**

**DETTAGLIO RAPPORTO DI INFORTUNIO BIOLOGICO:**

**NATURA DELLA CONTAMINAZIONE**

- Ferita
- Puntura
- Contaminazione cutanea (su cute lesa)
- Contaminazione mucosa-oculare
- Contaminazione mucosa-orale
- altro (specificare) .....

**STRUMENTO IN USO:**

- ago da insulina
- ago ipodermico
- ago per puntura lombare
- ago cannula
- ago standard
- ago sutura
- bisturi
- forbice
- lancetta pungidito
- microbisturi
- pinza dilatatrice
- rasolo
- strumento chirurgico
- vetreria
- altro (specificare) .....

**DPI:**

- In uso e adeguati
- non in uso / non adeguati

**MANOVRA IN ESECUZIONE:**

- Manovre assistenziali
- Intervento chirurgico
- Esame endoscopico
- Procedure di laboratorio
- Manovra rianimatoria
- Eliminazione materiale usato
- Riordino/pulizia strumentario
- Chiusura/allontanamento rifiuti
- altro (specificare) .....

**MATERIALE BIOLOGICO:**

- sangue
- urine
- liquido amniotico
- liquido articolare
- liquido peritoneale
- liquido pleurico
- liquor cerebrospinale
- saliva
- siero
- secrezioni vaginali
- ultrafiltrato (urina) proveniente da attrezzatura di dialisi
- altro (specificare) .....
- non noto

IL MEDICO DI REPARTO  
(firma)

IL LAVORATORE  
(firma)

**SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE**  
(istruttoria interna)

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione  
(firma)