



DIREZIONE SANITARIA

Prot. 5648

Palermo, li 18/04/2016

A TUTTE LE UU.OO.  
LORO SEDI

**Oggetto: Percorso Diagnostico-Terapeutico dell'A.O.U.P in seguito ad eventuale incidente occupazionale a rischio biologico.**

La presente modifica la precedente nota prot. 9385 del 02.09.2010 e indica le istruzioni operative per il percorso del dipendente dopo incidente occupazionale a rischio biologico in caso di contatto con sangue e/o altro materiale biologico potenzialmente infetto da HIV e/o virus epatitici (HBV, HCV), oppure a lesione/taglio/punture con strumenti contaminati cui l'Operatore Sanitario può andare incontro nell'espletamento delle sue funzioni lavorative.

MODALITA' OPERATIVE:

1. **In caso di infortunio il Dipendente Operatore Sanitario (O.S.) è obbligato a dare notizia al suo superiore Responsabile del Reparto ove è avvenuto l'incidente occupazionale, o in sua assenza al Medico di Guardia del suddetto reparto (Art. 52 comma 1 DPR 30/06/1965 n 1124), immediatamente.**

2. **Il lavoratore infortunato dopo avere sottoposto a lavaggio accurato e a disinfezione la parte esposta che potrebbe essere contaminata, si dovrà recare immediatamente al Pronto Soccorso, con la certificazione redatta dal Responsabile del Reparto sull'apposito Modulo A, dove saranno specificati l'orario dell'avvenuto evento accidentale, la sede della lesione, le modalità dell'accadimento e le caratteristiche cliniche del paziente fonte, incluso il suo pattern virologico, se noto.**

3. **Al Pronto Soccorso (P.S.), il Sanitario deve certificare all'O.S. esposto l'avvenuto infortunio, indispensabile per i risvolti medico-legali e per l'eventuale prognosi e terapia.**

4. **Al P.S. si praticherà prelievo ematico venoso per la determinazione dei markers virali HIV, HCV, HBV che verrà inviato, accompagnato dall'apposito Modulo B di richiesta, al Servizio di Analisi Microbiologiche, Virologiche e Parassitologiche. Se donna in età fertile, che non usa mezzi contraccettivi, è necessario test per la determinazione della Beta-HCG nel sangue o nelle urine che verrà inviato al Laboratorio Centralizzato.**

L'Operatore Sanitario sarà inoltre inviato in consulenza col Modulo A immediatamente presso l'U.O. di Malattie Infettive. L'infettivologo effettuerà il counselling e valuterà l'eventualità di effettuare la PEP (profilassi post-esposizione), secondo le linee guida più recenti.

L'infettivologo valuterà inoltre la necessità di richiedere al Responsabile del Reparto dove è avvenuto l'incidente occupazionale un prelievo in urgenza per definire lo stato sierologico del paziente fonte, se identificabile. Il prelievo, accompagnato dall'apposito Modulo C di richiesta, sarà inviato dall'U.O. dove è ricoverato il paziente fonte al Servizio di Analisi Microbiologiche, Virologiche e Parassitologiche, dal Lunedì al Venerdì dalle

8:00 alle 20:00 e il sabato dalle 8:00 alle 14:00. Il Sabato pomeriggio (14:00-20:00) e tutti i festivi, il servizio si attiverà tramite il centralino aziendale, che chiamerà il Reperibile del laboratorio.

Il prelievo verrà inviato al laboratorio centralizzato, tale procedura è finalizzata a ottenere il risultato virologico entro 24 ore.

5. Inoltre, l'infettivologo provvederà ad attivare la consulenza U.O.S. **Prevenzione di Malattie Epatobiliari** (Prof.ssa A.Licata) tutti i giorni feriali lavorativi dalle 8.30 alle 14.00 ai numeri di telefono 2114 – 2133 – 2168 – 2143 per conoscere lo stato sierologico pregresso riguardante l' HBV ed l' HCV dell'Operatore Sanitario andato incontro ad infortunio, sulla scorta delle informazioni rilevate dai registri degli esposti (HBV). In base a questi dati sarà valutata anche una eventuale offerta vaccinale.

6. Il Responsabile dell'U.O. presso la quale è avvenuto l'incidente provvederà ad inoltrare entro **i termini previsti dalla legislazione vigente** all'INAIL la denuncia di infortunio, dandone contestuale comunicazione:

- a) All' Ufficio Personale dell'A.O.U.P. via E. Toti, che ne curerà la registrazione nel registro infortuni aziendale, presso lo stesso custodito.
- b) All'Operatore Sanitario andato incontro all'infortunio

7. In ultimo, l'Operatore esposto dovrà recarsi presso la **Direzione Sanitaria del Presidio dal Responsabile dell'U.O. Prevenzione e Sorveglianza Infezioni Ospedaliere** dove sarà avviata l'indagine epidemiologica sull'avvenuto evento accidentale e la successiva registrazione su data-base aziendale dell'evento lesivo con i seguenti dati: qualifica dell'operatore, stato di servizio, vaccinazioni pregresse effettuate e dati relativi all'infortunio, stato sierologico dell'operatore sanitario e del paziente fonte e markers dei successivi controlli. (Modulo A)

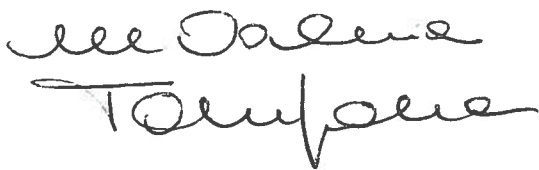
Sarà cura dell'Operatore Sanitario esposto, a 45gg, tre mesi e a sei mesi, recarsi presso il Servizio Prelievi Centralizzato per i successivi controlli sierologici con il modulo di richiesta consegnata dall' U.O. **Prevenzione e Sorveglianza Infezioni Ospedaliere (Prof. M.V. Torregrossa)**.

Sarà il **Responsabile dell'U.O. Prevenzione e Sorveglianza Infezioni Ospedaliere** a comunicare gli esiti dei successivi controlli sierologici agli operatori sanitari

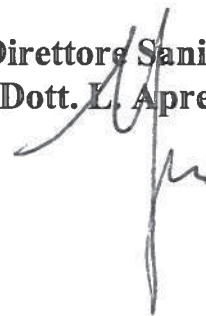
8. Tale procedura è valida inoltre per tutti gli esposti a rischio biologico che si presentano in urgenza al Pronto Soccorso, per quanto riguarda i primi interventi.

Il successivo follow-up dovrà essere attivato, a carico del SSN, su richiesta del MMG o PLS.

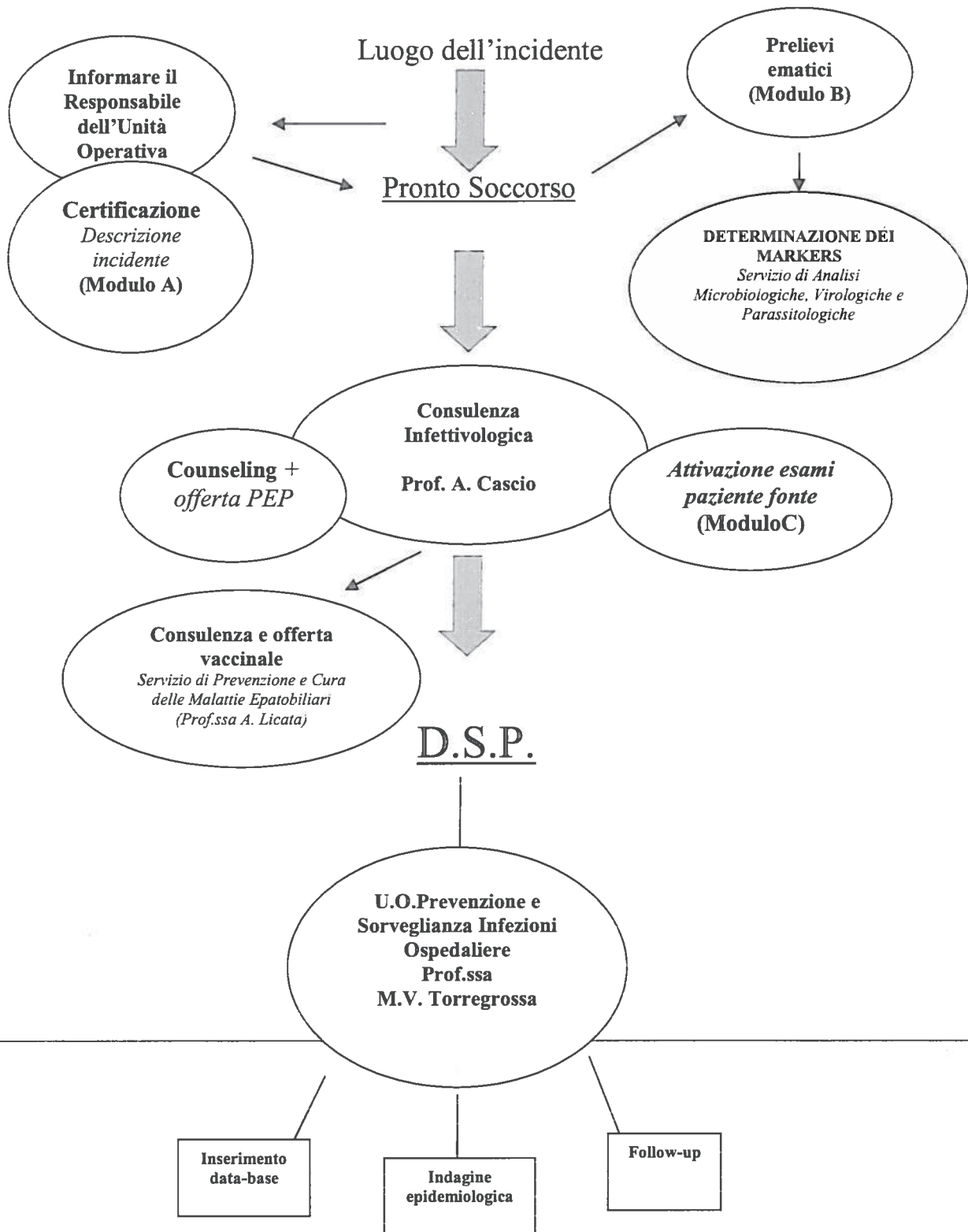
**Il Responsabile**  
**U.O. Prevenzione e Sorveglianza Infez.**  
**Ospedaliere**  
**Prof.ssa M.V. Torregrossa**



**Il Direttore Sanitario**  
**Dott. L. Aprea**



# PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DELL'AOUUP





PROTOCOLLO COMPORTAMENTALE PER LA GESTIONE DELL'ESPOSTO AL RISCHIO  
BIOLOGICO (HBV, HCV, HIV) DELL'AOUP

**MODULO A**

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE AL RISCHIO BIOLOGICO  
(HBV-HCV-HIV)

LAVORATORE **DIPENDENTE INFORTUNATO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ SESSO: M  F

U.O./SERVIZIO DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E N° DI TELEFONO (domicilio):  
\_\_\_\_\_

DATA DELL'INFORTUNIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

TIPO DI ESPOSIZIONE:

1.  Esposizione parenterale:  puntura d'ago (specificare tipo di ago) \_\_\_\_\_

taglio,  morso,  graffio

La lesione è stata:

superficiale (poco o assente sanguinamento)

moderata (cute perforata, modico sanguinamento)

profonda (puntura/taglio profondo o profuso sanguinamento spontaneo)

2.  Contaminazione mucosa

3.  Esposizione cutanea di cute lesa

4.  Strumentario chirurgico

5.  Altro \_\_\_\_\_

MODALITA' DELL'INFORTUNIO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VACCINAZIONE ANTI-HBV SI  NO

HA RISPOSTO ALLA VACCINAZIONE SI  NO  NON NOTO

CONSENSO:

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo l'esecuzione degli  
accertamenti sanitari previsti (compreso test HIV) al momento dell'infortunio (tempo 0) e durante il  
periodo della sorveglianza.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'infortunato \_\_\_\_\_

### NOTIZIE RIGUARDANTI IL PAZIENTE FONTE

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SESSO: M  F

- Paziente conosciuto, specificare se:
- fattori di rischio SI<sup>(1)</sup>  \_\_\_\_\_ NO  NON NOTO
  - immunodepressione SI  NO  NON NOTO
  - dialisi SI  NO  NON NOTO
- Paziente sconosciuto, specificare se:
- Ago/presidio proveniente da area ad alta probabilità di pazienti HIV-positivi
  - Ago/presidio proveniente da area a bassa probabilità di pazienti HIV-positivi
- Paziente che rifiuta il consenso al prelievo

Se sono disponibili per i dati già noti.

### ESAMI DI LABORATORIO

HBsAb \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HBsAg \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HCV Ab \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HIV Ab \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Altro (HIV-RNA, HCV-RNA) \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> nei casi in cui il paziente fonte presenti fattori di rischio e si tratti di infortunio a rischio maggiore (es. lesioni da bisturi, da ago cavo pieno di sangue, contaminazioni massive delle mucose e di cute non integra) il test HIV del paziente fonte va eseguito al più presto per valutare l'opportunità di continuare o interrompere la PEP farmacologica se iniziata. L'esecuzione del test HIV sul paziente fonte in urgenza può essere richiesta dallo specialista infettivologo in base alla valutazione dei fattori di rischio e previa acquisizione del consenso informato.



## MODULO B

### SCHEDA DI RICHIESTA DETERMINAZIONE MARKERS VIRALI PER ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE AL RISCHIO BIOLOGICO (HBV-HCV-HIV)

Da inviare alla U. O. di Analisi Microbiologiche Virologiche e Prassitologiche (81.01 )

Unità operativa richiedente: PRONTO SOCCORSO (codice U.O. 51.01.0)

Medico richiedente \_\_\_\_\_ n° tel. interno \_\_\_\_\_

SOGGETTO ESPOSTO:

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SESSO: M  F

U.O./SERVIZIO DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

#### Richiesta di indagini virologiche\*

PER ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE ACCIDENTALE AL RISCHIO BIOLOGICO  
(HBV, HCV, HIV)

Si richiedono le seguenti determinazioni:

- anti HIV Ig
- HBsAg
- anti HBs IgG
- anti HCV IgG

Modalità di campionamento sangue: 1 provetta per sierologia (tappo rosso).

**Il Richiedente**  
(firma leggibile)

Per eventuali informazioni telefonare al numero interno 3671-3670

\* Si ricorda che per l' esecuzione di tali indagini è indispensabile il consenso informato.





## MODULO C

### SCHEDA DI RICHIESTA DETERMINAZIONE STATO SIEROLOGICO DI PAZIENTE FONTE DI ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE A RISCHIO BIOLOGICO

Da inviare alla **Analisi Microbiologiche Virologiche e Prassitologiche (81.01)**

Unità operativa richiedente: \_\_\_\_\_ (codice U.O. \_\_\_\_\_)

Medico richiedente \_\_\_\_\_ n° tel. interno \_\_\_\_\_

#### **Richiesta di indagini virologiche in urgenza**

#### SU PAZIENTE FONTE DI ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE A RISCHIO BIOLOGICO DI LAVORATORE DIPENDENTE INFORTUNATO

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SESSO: M  F

Si richiede la seguente determinazione urgente su campione ematico del paziente fonte per valutare l'eventualità di effettuare la PEP (profilassi post-esposizione):

**anti HIV Ig**

**HBsAg,**

**anti-HBc,**

**anti-HCV**

**Modalità di campionamento sangue:** 1 provetta per sierologia (tappo rosso).

#### LAVORATORE DIPENDENTE INFORTUNATO

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SESSO: M  F

U.O./SERVIZIO DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

**Il Richiedente**  
(firma leggibile)

Per eventuali informazioni telefonare al numero interno 3671- 3670

\* Si ricorda che per l' esecuzione di tali indagini è indispensabile il consenso informato.