



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo

CF e P.IVA: 05841790826

DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

U.O. PREVENZIONE SORVEGLIANZA INFEZIONI OSPEDALIERE

Via del Vespro n 129

Tel. 091.655 5226/5214

Email: [infezioniospedaliere@policlinico.pa.it](mailto:infezioniospedaliere@policlinico.pa.it)

Web: [www.policlinico.pa.it](http://www.policlinico.pa.it)

**A TUTTE LE UU.OO.**

**LORO SEDI**

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

### **PREMESSA**

La presente procedura, modifica e sostituisce la precedente (nota prot. 5648 del 18.04.2016), e fornisce indicazioni operative per il percorso da seguire in caso di incidente occupazionale a rischio biologico, secondo le linee guida del Ministero della Salute, "Prevenzione della trasmissione di infezioni da HIV, HBV e HCV in ambito sanitario". In particolare, si fa riferimento a esposizioni a sangue e/o materiale biologico potenzialmente infetto da HIV e/o virus epatici (HBV, HCV), nonché a lesioni, tagli o punture con strumenti contaminati, cui l'operatore sanitario può andare incontro nello svolgimento delle proprie funzioni.

La gestione tempestiva e corretta di tali situazioni è cruciale per la tutela della salute e della sicurezza degli operatori sanitari, in quanto consente di ridurre significativamente il rischio di trasmissione di malattie infettive e di garantire un ambiente di lavoro sicuro.

La valutazione del rischio biologico deve essere tempestiva e basata su evidenze scientifiche. Il rischio di trasmissione varia in base a diversi fattori, tra cui la dinamica dell'incidente, il tipo di esposizione (contatto con sangue, fluidi biologici, cute lesa o mucose), la quantità di materiale coinvolto e lo stato sierologico/virologico del paziente fonte.

Le punture accidentali con aghi o strumenti taglienti contaminati rappresentano la modalità di esposizione più comune, ma anche il contatto con mucose o cute non integra è considerato a rischio.

Un ulteriore elemento da considerare nella valutazione è la carica virale del paziente fonte: una carica elevata è associata a un rischio maggiore, mentre una carica virale non rilevabile riduce,

pur non azzerandolo, il rischio di trasmissione. L'analisi dello stato virologico del paziente permette quindi di calibrare con maggiore precisione le misure di contenimento e trattamento post-esposizione.

Alla luce di quanto sopra, la presente procedura ha lo scopo di guidare il personale nella gestione corretta e uniforme degli incidenti occupazionali a rischio biologico, con particolare attenzione alla prevenzione della trasmissione di HIV, HBV e HCV, secondo criteri di efficacia, sicurezza e tempestività.

Si ringraziano per la collaborazione l'U.O.C. di Malattie Infettive e l'U.O.C. di Microbiologia e Virologia.

## MODALITA' OPERATIVE

1. **In caso di infortunio il Dipendente Operatore Sanitario (O.S.)** è obbligato a dare immediatamente notizia al 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).

2. **Il lavoratore infortunato**, dopo aver 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, a cui si dovrà effettuare immediatamente un prelievo di sangue per accertare la sua situazione sierologica per i markers virali HIV, HBV ed HCV, ad eccezione dei casi in cui si conosca già il suo pattern virologico (qualora i Markers virali fossero risultati positivi bisognerà procedere ad un prelievo ematico per la valutazione della carica virale).

Il prelievo, accompagnato dall'apposito **Modulo C** di richiesta, sarà inviato dall'U.O. dove è ricoverato il paziente fonte all'**U.O.C. di Microbiologia e Virologia**, 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 (08:00 - 20:00), il servizio si attiverà tramite il centralino aziendale, che chiamerà il Reperibile del laboratorio.

Tale procedura è finalizzata a ottenere il risultato virologico entro 24 ore.

Prima del prelievo è necessario da parte dell'U.O. richiedente l'acquisizione del consenso informato per l'esecuzione del test HIV (Modulo allegato al Modulo C della presente procedura).

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 un prelievo ematico venoso per la determinazione dei markers virali HIV, HCV, HBV che verrà inviato, accompagnato dall'apposito **Modulo B** di richiesta, all'**U.O.C. Microbiologia e Virologia** 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 nei giorni festivi (08:00-20:00) il servizio si attiverà tramite il centralino aziendale, che chiamerà il Reperibile del laboratorio (tale procedura si attiva in urgenza solo ed esclusivamente se è contestualmente disponibile il campione ematico del paziente fonte).

Prima del prelievo è necessario da parte del P.S. l'acquisizione del consenso informato per l'esecuzione del test HIV (Modulo allegato al Modulo B della presente procedura).

Se l'infortunata è una donna in età fertile non sottoposta a contraccezione, è necessario eseguire un test per la determinazione della beta-HCG nel sangue o nelle urine che verrà effettuato al Laboratorio Analisi: U.O.C. di Medicina di Laboratorio.

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

5. Inoltre, l'Infettivologo provvederà ad attivare la consulenza presso l'**U.O.S. di Medicina Interna, Malattie Epatobiliari e Intestinali** tutti i giorni feriali lavorativi dalle 8:00 alle 13:30, per conoscere lo stato sierologico pregresso riguardante HBV e HCV dell'Operatore Sanitario andato incontro ad infortunio, sulla scorta delle informazioni rilevate dai registri degli esposti. In base a questi dati sarà valutata anche una eventuale offerta vaccinale e immunizzazione per HBV.

6. L' U.O.C. di Malattie Infettive dovrà essere dotata dei presidi farmacologici necessari per la gestione delle emergenze per quanto concerne l'HIV.

7. 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:

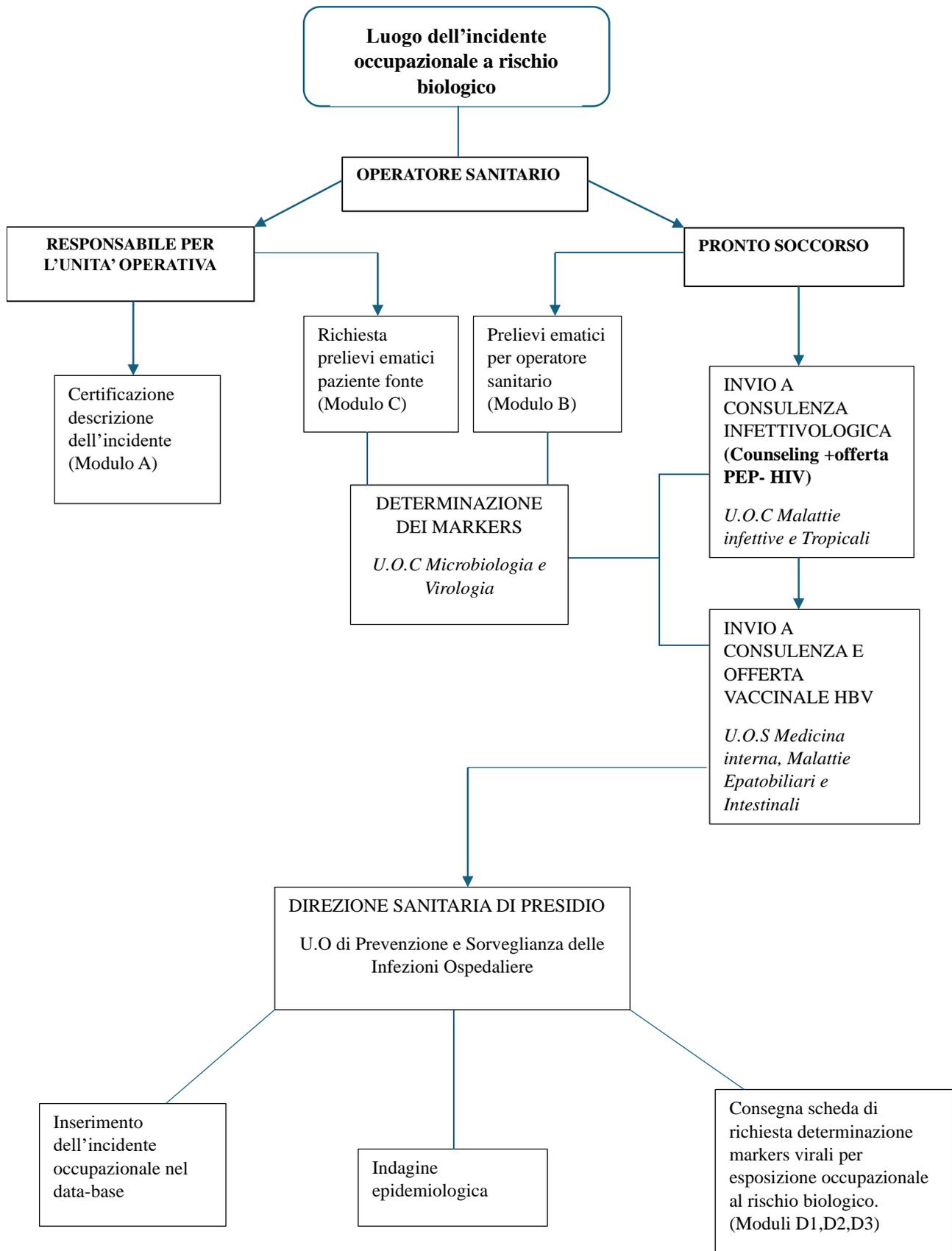
- All' **Ufficio Personale dell'A. O. U. Policlinico "P. Giaccone"**, che ne curerà la registrazione nel registro infortuni aziendale, presso lo stesso custodito.
- All'**Operatore Sanitario** andato incontro all'infortunio.

8. In ultimo, l'**Operatore esposto** dovrà recarsi presso l'**U.O. di Prevenzione e Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere**, afferente alla **Direzione Sanitaria di Presidio**, 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 45 gg, 3 mesi e a 6 mesi, recarsi presso il Servizio Prelievi Centralizzato per i successivi controlli virologici/sierologici con il modulo di richiesta (D1, D2 e D3) consegnato dall'U.O. di Prevenzione e Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere.** Successivamente, la medesima U.O. consegnerà all' operatore sanitario, gli esiti dei controlli effettuati.

9. Tale procedura è valida anche per gli esposti a rischio biologico esterni alla struttura AOUP, che si presentino al Pronto Soccorso per i primi interventi. In tali casi, però, il sabato pomeriggio e nei giorni festivi, in assenza del paziente fonte, non si prevede la chiamata in reperibilità del personale del laboratorio di Microbiologia e Virologia, e il prelievo ematico del soggetto esposto a rischio sarà conservato in PS a 4-8°C e inviato al laboratorio per la determinazione dei markers virali il primo giorno lavorativo utile. Il successivo follow-up dovrà essere attivato, a carico del SSN, su richiesta del MMG.

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





A.O.U. POLICLINICO  
"P. GIACCONE"

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  \_\_\_\_\_ 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-HCV e HBV positivi

Ago/presidio proveniente da area a bassa probabilità di pazienti HIV-HCV e HBV positivi

Paziente che rifiuta il consenso al prelievo

Se sono disponibili per i dati già noti.

#### ESAMI DI LABORATORIO

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

AntiHBsAb \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AntiHBcAb \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

HIV-RNA, \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HCV-RNA, \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HBV-DNA \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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.



A.O.U. POLICLINICO  
"P. GIACCONE"

**MODULO B**

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

Da inviare alla U. O. C. di MICROBIOLOGIA e VIROLOGIA (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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> U.O./SERVIZIO DI APPARTENENZA _____
--

**Richiesta di indagini virologiche\***

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

Si richiedono le seguenti determinazioni:

- HIV 1/2 Ag/Ab Combo
- HBsAg
- anti HBs Ab
- anti HCV Ab

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

**Il Richiedente**  
(firma leggibile)

\_\_\_\_\_

Per eventuali informazioni telefonare al numero interno 3450

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



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo  
CF e P.IVA: 05841790826

## CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DEL TEST HIV IN CASO DI INCIDENTE OCCUPAZIONALE

### INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

L'HIV (Virus dell'Immunodeficienza Umana) è un virus che attacca il sistema immunitario e, se non trattato, può portare allo sviluppo dell'AIDS (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita). L'HIV si trasmette attraverso il contatto con sangue infetto, rapporti sessuali non protetti, e da madre a figlio durante la gravidanza, il parto o l'allattamento.

### PERCHÉ ESEGUIRE IL TEST HIV DOPO UN INCIDENTE OCCUPAZIONALE?

In seguito a un incidente occupazionale (es. puntura con ago, contatto con sangue o fluidi biologici), è raccomandata la valutazione immediata per escludere una infezione da HIV già in atto e per avviare tempestivamente, ove indicato le terapie preventive (PEP – Profilassi Post-Esposizione) per ridurre il rischio di contagio.

### DESCRIZIONE DEL TEST

Il test HIV di prima istanza prevede un prelievo di sangue per la ricerca combinata di **anticorpi anti-HIV** e **antigene p24** (test di quarta generazione). Il risultato può essere:

- **Negativo/NON REATTIVO**: non sono presenti segni di infezione in atto o recente (vedi paragrafo sul periodo finestra).
- **Positivo/REATTIVO**: necessita di ulteriori test di conferma (Western blot o test molecolare HIV-RNA) e valutazione clinica.

### PERIODO FINESTRA

- Con il test di quarta generazione, la maggior parte delle infezioni viene rilevata entro **2-4 settimane** dall'esposizione. Pertanto, si raccomanda di ripetere il test a 6 settimane e a 3 mesi dall'incidente per escludere definitivamente l'infezione.

### GARANZIE DI RISERVATEZZA

Il test è volontario e i risultati sono coperti da segreto professionale. I dati personali sono trattati nel rispetto della privacy (Regolamento UE 679/2016 e Legge 135/1990). Il referto sarà comunicato solo al diretto interessato.

### ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritt\* \_\_\_\_\_, nat\*  
il \_\_\_\_\_, dichiaro di aver ricevuto informazioni chiare e complete sull'esecuzione del test HIV, sulle sue finalità, sui potenziali rischi e benefici, nonché sulle modalità di tutela della privacy.



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo  
CF e P.IVA: 05841790826

Liberamente e consapevolmente:

- ACCONSENTO** all'esecuzione del test HIV e autorizzo il prelievo ematico.  
 **NON ACCONSENTO** al test HIV, consapevole delle implicazioni per la mia salute.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

#### **DICHIARAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO**

Il sottoscritt\* \_\_\_\_\_, in qualità di operatore sanitario, dichiara di aver fornito tutte le informazioni necessarie e di aver risposto alle eventuali domande del paziente.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Operatore \_\_\_\_\_



A.O.U. POLICLINICO  
"P. GIACCONE"

**MODULO C**

SCHEDA DI RICHIESTA DETERMINAZIONE STATO SIEROLOGICO DI PAZIENTE FONTE DI  
ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE A RISCHIO BIOLOGICO  
Da inviare alla U. O. C. di MICROBIOLOGIA e VIROLOGIA (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):

- HIV1/2 Ag/Ab Combo<sup>(1) (2)</sup>
- HBsAg<sup>(2)</sup>
- anti HBc Ab
- anti HCVAb<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Si ricorda che per l'esecuzione di tali indagini è indispensabile il consenso informato.

<sup>(2)</sup> In caso di positività ai test HIV 1/2 Ag/Ab Combo, HBsAg o anti HCVAb, si procederà al più presto alla determinazione della relativa carica virale

**Modalità di campionamento sangue:** 1 provetta per sierologia (tappo rosso);  
3 provette per emocromo (tappo viola).

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 **3450**.



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo  
CF e P.IVA: 05841790826

## CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DEL TEST HIV SU PAZIENTE "FONTE" IN CASO DI INCIDENTE OCCUPAZIONALE

### INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

L'HIV (Virus dell'Immunodeficienza Umana) è un virus che colpisce il sistema immunitario e, se non trattato, può evolvere in AIDS (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita). Si trasmette principalmente attraverso contatto con sangue infetto, rapporti sessuali non protetti, e da madre a figlio durante gravidanza, parto o allattamento.

### PERCHÉ LE VIENE PROPOSTO IL TEST HIV?

A seguito di un incidente occupazionale (ad esempio puntura accidentale con ago o contatto con sangue o fluidi biologici) che ha coinvolto un operatore sanitario, Le viene proposto di eseguire un test HIV. L'obiettivo è verificare un'eventuale presenza del virus HIV o dei suoi marcatori nel Suo sangue, al fine di valutare il rischio per l'operatore coinvolto e, se necessario, avviare tempestivamente un percorso terapeutico appropriato anche per Lei.

### DESCRIZIONE DEL TEST

Il test HIV di prima istanza consiste in un prelievo di sangue per la ricerca combinata di anticorpi anti-HIV e antigene p24 (test di quarta generazione).

L'esito potrà essere:

- **Negativo / NON REATTIVO:** nessun segno di infezione in atto o recente (vedi "periodo finestra").
- **Positivo / REATTIVO:** richiederà ulteriori indagini di conferma (Western Blot o test molecolare HIV-RNA) e valutazione clinica.

### PERIODO FINESTRA

Con i test di quarta generazione, la maggior parte delle infezioni viene rilevata entro 2–4 settimane dall'esposizione. Tuttavia, in caso di sospetto di infezione molto recente, il test potrebbe non essere ancora positivo; il medico potrà consigliare ulteriori controlli.

### RISERVATEZZA E TUTELA DEI DATI

Il test è volontario. I risultati sono strettamente riservati e comunicati esclusivamente a Lei. I dati personali e sanitari saranno trattati nel rispetto della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 – GDPR; Legge 135/1990).



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo  
CF e P.IVA: 05841790826

### ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritt\* \_\_\_\_\_ nat\* il  
\_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto informazioni chiare e complete sull'esecuzione del test HIV, sulle sue finalità, benefici e limiti, e di aver potuto porre domande a cui è stata fornita risposta.

- ACCONSENTO** all'esecuzione del test HIV e autorizzo il prelievo ematico.  
 **NON ACCONSENTO** all'esecuzione del test HIV.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Il sottoscritt\* \_\_\_\_\_  
in qualità di operatore sanitario, dichiara di aver fornito informazioni complete e comprensibili in merito al test HIV e di aver risposto alle eventuali domande.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Operatore \_\_\_\_\_