



REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI
Viale Matteucci n. 9 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577



UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA RIETI-AMATRICE
DIRETTORE: Dr Pietro Manzi

Tel. 0746/278221 – FAX 0746/278440 – email: p.manzi@asl.rieti.it

Dirigente medico responsabile del procedimento: Dssa Antonella Stefania Morgante e-mail: a.morgante@asl.rieti.it

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE ESPOSIZIONI OCCUPAZIONALI AD HIV E VIRUS EPATITI B, C

PREMESSA:

in caso d'incidente occupazionale a rischio di contagio da agenti biologici patogeni trasmissibili per via parenterale (ferite da taglio, da punta, contaminazioni mucose e/o di cute non integra), distingueremo tra le procedure da adottarsi a tutela dell'OPERATORE SANITARIO (ovvero studente/volontario/tirocinante) infortunatosi e quelle da applicarsi nei confronti del SOGGETTO FONTE del potenziale contagio.

Inoltre, in considerazione della nostra specifica articolazione aziendale e configurazione territoriale, distingueremo anche tra i casi occorrenti presso il presidio ospedaliero di Rieti, i due presidi ospedalieri periferici e le afferenze distrettuali fino all'assistenza domiciliare.

DESTINATARI:

operatori sanitari con ogni qualifica e tipologia contrattuale, studenti universitari/specializzandi frequentanti le strutture aziendali, volontari autorizzati, tirocinanti etc;
soggetti/utenti delle strutture dell'Azienda USL Rieti fonti di eventuale contagio.

CAMPO DI APPLICAZIONE:

Tutte le realtà operative ospedaliere e territoriali della ASL di Rieti fino al domicilio dei pazienti Assistiti in ADI nelle quali vengano svolte attività sanitarie assistenziali di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

VALIDITA' E DECORRENZA:

dal 01/10/2009 fino alla successiva revisione.

Validazione a cura di:

- Direttore Medico del Presidio Ospedaliero Unificato
- Comitato Infezioni Ospedaliere.
- Medico Competente

1. PROCEDURA A TUTELA DELL'OPERATORE PRESSO IL PRESIDIO DI RIETI:

In tutti i casi in cui un operatore (ovvero altri soggetti sopra indicati) s'infortuni per contatto accidentale (ferite da taglio/punta, contaminazione di mucose e/o di cute non integra, lesione da morso etc) con liquidi biologici potenzialmente infetti (sangue e/o fluidi biologici potenzialmente infetti) questi informerà il medico di riferimento e si recherà in Pronto Soccorso, dove:

- verranno praticate le prime cure necessarie;
- verrà avviata la pratica d'infortunio INAIL;
- verrà inviata al SPP l'allegata modulistica per gli infortuni a rischio biologico;
- verranno richiesti, tramite apposita modulistica (modello A/PPE), gli accertamenti necessari.

Questi verranno effettuati presso il LABORATORIO ANALISI tramite prelievo ematico, comprensivo, oltre agli esami di pertinenza (HIVAb, AST, ALT), di un campione di siero da stoccare congelato a -20°C per un anno per finalità medico-legali e di una provetta da destinare al SIMT per gli esami di competenza;

- verrà avvisato il medico di Malattie Infettive e richiesta la consulenza infettivologica, per l'espletamento delle procedure di competenza specialistica.

NB: risulta di particolare rilievo accertare già in sede di PS se l'esposto si dichiara o sia vaccinato o no nei confronti del virus dell'epatite B e fornire tale informazione all'infettivologo, configurandosi, in caso di non vaccinazione, diverse modalità di approccio e di gestione anche "temporale" dell'esposizione).

Il Pronto Soccorso invierà la documentazione amministrativa (modello SPP e primo certificato INAIL) inerenti l'incidente occupazionale al Servizio di Prevenzione e Protezione e la documentazione sanitaria al Medico Competente.

Il prelievo di regola verrà eseguito dal laboratorio contestualmente ovvero, qualora l'infortunio si sia verificato oltre i suoi normali orari di attività, entro le 48 ore dall'evento non rivestendo carattere di urgenza.

L'operatore non sarà tenuto al pagamento di alcun onere e la prestazione sarà conteggiata e registrata internamente mediante consegna mensile al CUP delle prestazioni effettuate.

1a) PROCEDURA A TUTELA DELL'OPERATORE PRESSO IL PRESIDIO DI MAGLIANO e AMATRICE

Analoga alla 1). In questo caso la consulenza infettivologica, ove necessaria, verrà telefonicamente concordata con gli specialisti dell'UOC di Malattie Infettive.

1b) PROCEDURA A TUTELA DEGLI OPERATORI DEI DISTRETTI O IN ADI

L'infortunato si recherà presso la sede di Pronto Soccorso più immediatamente raggiungibile, presso la quale si procederà come sopra.

2. PROCEDURA DA ATTIVARE SUL PAZIENTE FONTE PRESSO IL P.O. DI RIETI:

In tutti i casi in cui sia possibile risalire al soggetto fonte del potenziale contagio ed ovunque l'infortunio si sia verificato (reparti, servizi, sale operatorie, sala parto, Pronto Soccorso) e' necessario che un medico di riferimento della struttura sede dell'evento sia esso in guardia attiva che in servizio o in Pronta Disponibilità, proceda tempestivamente ad un colloquio informativo con il soggetto fonte, teso ad acquisire il formale consenso (controfirmato e comunque documentato in cartella clinica, vedasi modello C/PPE) all'effettuazione di un prelievo ematico IMMEDIATO (1 provetta Tappo Rosso e una provetta Tappo Arancio).

Qualora il medico di reparto non fosse presente al momento dell'esposizione, si attiverà il medico di guardia e/o il reperibile, anche in ambito interdivisionale.

Per le richieste, si utilizzerà la modulistica (cartacea e/o informatizzata) allegata alla presente procedura.

La provetta Tappo Rosso va inviata subito al Laboratorio Analisi per l'esecuzione urgente del test HIV.

L'altra provetta Tappo Arancio va inviata al SIMT, previ opportuni accordi telefonici, per l'esecuzione, non urgente, dei tests sierologici HBsAg e Anti HCV. In caso di esposizione durante l'orario di chiusura del SIMT, la provetta dovrà essere temporaneamente ed adeguatamente conservata in PS o in reparto reparto in apposito porta provette a temperatura ambiente.

Il Laboratorio Analisi provvederà a comunicare direttamente al medico di Malattie Infettive, immediatamente per via telefonica (e ad inviare quanto prima possibile in cartaceo, nelle more dell'implementazione della modalita' informatizzata) l'esito del test diagnostico per l'HIV sul soggetto fonte.

Il medico di Mal. Infettive provvederà, in caso di esito positivo del test HIV sul paziente fonte, a contattare tempestivamente l'operatore infortunato per il necessario "counselling" specialistico nonché ad avviare (se accettata) la specifica profilassi farmacologica, previa compilazione e sottoscrizione del modello B/PPE.

In caso di esito positivo del test HIV, anche il soggetto fonte verrà contattato, se ricoverato, dal medico di Malattie Infettive per il counselling e le misure eventualmente necessarie.

Nel caso in cui il soggetto fonte non sia ricoverato e risulti positivo al test HIV, andranno di volta in volta individuate le strategie più opportune per l'invio dello stesso all' UOC Malattie Infettive.

In caso di formale diniego controfirmato da parte del soggetto fonte ad essere sottoposto alle indagini di cui sopra, questo dovrà comunque essere comunicato all'UOC di Malattie Infettive, in quanto l'operatore coinvolto dovrà comunque essere contattato in merito e dovrà in via precauzionale essergli offerta, qualora ne ricorrano le condizioni, la più opportuna profilassi farmacologica in via precauzionale.

2a) PROCEDURA DA ATTIVARE SUL PAZIENTE FONTE PRESSO IL P.O. MAGLIANO:
analoga al 2).

2b) PROCEDURA DA ATTIVARE SUL PAZIENTE FONTE PRESSO IL P.O. AMATRICE:

Non essendo tecnicamente possibile l'esecuzione del test diagnostico urgente per l'HIV, il prelievo effettuato sul soggetto fonte dovrà essere inviato tempestivamente al laboratorio di Rieti ed andranno presi gli accordi del caso con l'UOC di Malattie Infettive.

In caso di diniego ci si atterrà a quanto sopra indicato.

2c) PROCEDURA DA ATTIVARE SUL SOGGETTO FONTE SUL TERRITORIO:

Analoga al 2b), con il distinguo relativo al territorio posto in prossimità del P.O. di Magliano, al quale e' possibile far riferimento in quanto il suo Laboratorio Analisi garantisce l'esecuzione del test per l'HIV anche in urgenza.

3. ADEMPIMENTI SUCCESSIVI:

L'UOC di Malattie Infettive provvederà:

- a somministrare il vaccino antiepatite B agli esposti non vaccinati consenzienti (o a praticarne la dose di richiamo quando necessario), delineando il successivo calendario vaccinale;
- a determinare le condizioni in cui sia opportuno ricorrere alla somministrazione di immunoglobuline specifiche anti-HBV (in tal caso, l'intervento è tanto più efficace quanto più precoce rispetto all'esposizione);
- alla consegna all'operatore esposto dei risultati degli esami effettuati;
- a concordare con l'operatore esposto le eventuali misure terapeutiche in caso di riscontri patologici;
- a consegnare i moduli di richiesta di esami per i prelievi successivi, da effettuare in Laboratorio Analisi, fissandone eventualmente le date (di regola: 6 sett./3 mesi; 6 mesi; solo in casi particolari e selezionati, anche a 12 mesi);
- a consegnare ai soggetti fonte non ricoverati l'esito degli esami eseguiti, concordando e fissando quando necessario le date dei successivi prelievi (l'esito degli esami per i ricoverati seguirà il percorso usuale; sarà cura del medico di reparto di appartenenza contattare l'UOC di Malattie Infettive se ritenuto necessario).

Tutta la documentazione sanitaria relativa agli operatori dipendenti verrà inviata in copia al Medico Competente per gli aspetti e gli adempimenti di sorveglianza sanitaria di sua pertinenza.

Per quanto riguarda studenti, tirocinanti e volontari a vario titolo, si applicherà la presente procedura assistenziale ed organizzativa e si farà riferimento, con il supporto della DMO, ai Responsabili ed ai Medici Competenti dei rispettivi Enti di Provenienza.

Quanto sopra, infine, e' da considerarsi applicabile anche in caso d'infortuni a rischio biologico occorsi negli ospedali o nelle altre strutture sanitarie aziendali al personale di società esterne fornitrici di servizi/tecnologie (compresi addetti dei servizi esternalizzati, tecnici e/o esperti occasionalmente presenti per interventi tecnico-manutentivi o di formazione, il personale dell'attuale servizio appaltato per i Trasporti Sanitari, il personale ARES118, agenti di Polizia o altro Corpo, gli agenti della vigilanza "Sabinapol" o altro) fatta salva la verifica da parte della DMO di eventuale rivalsa di tipo economico per le prestazioni erogate.

4) PROFILASSI ANTIRETROVIRALE

In considerazione della lontana dislocazione dei due presidi periferici di Amatrice e Magliano, gli stessi saranno dotati di un piccolo quantitativo-scorta dei farmaci attualmente utilizzati per la profilassi anti-HIV (antiretrovirali) , in modo che, ove particolari circostanze lo richiedano , possa essere fatta tempestivamente iniziare al personale infortunatosi la terapia di cui trattasi.

(Si ricorda che in caso di profilassi farmacologica anti-HIV, le operatrici esposte dovranno dichiarare di poter escludere una eventuale gravidanza in corso.)

IL DIPENDENTE ESPOSTO DEVE SEMPRE :

- **rispettare le date indicate per i prelievi successivi al primo, da effettuarsi sempre presso il Laboratorio Analisi;**
- **recarsi presso l'ambulatorio di Malattie Infettive entro 7/10 giorni dal prelievo, sia basale (tempo 0) che dei controlli successivi (sei settimane, 3-6 ± 12 mesi), per ritirare di persona la risposta degli esami eseguiti, controfirmando al momento del ritiro;**
- **rispettare gli appuntamenti e quanto concordato con lo specialista infettivologo in caso di profilassi (anti-HIV/ anti-HBV o altro) post-esposizione.**

IN OGNI CASO, È DEMANDATA ALL'OPERATORE ESPOSTO LA RESPONSABILITÀ DEL RISPETTO DELLE DATE INDICATE PER I PRELIEVI ED I CONTROLLI, NON ESSENDO PREVISTA IN ALCUN MODO LA SUA CONVOCAZIONE.

N.B. La non osservanza delle presenti indicazioni può comportare la possibile inadempienza alle disposizioni dell'art.20-obblighi dei lavoratori- del D.lgs81/2008 e s.m.i., riguardante la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

MODELLO A/PPE -SORVEGLIANZA SANITARIA

RICHIESTA ESAMI SIEROLOGICI PER INFORTUNIO PROFESSIONALE

Scheda per la sorveglianza dell' operatore sanitario esposto

tempo 0 **6 sett** **3 mesi** **6 mesi** **12 mesi** (barrare la scadenza di interesse)

Data:/...../.....

COGNOME

NOME.....

DATA DI NASCITA...../...../.....

TEL/CELL.....

QUALIFICA.....

UNITA' OPERATIVA Tel/Fax.....

ESPOSIZIONE AVVENUTA IN DATA/...../.....

CONTROLLI SIEROLOGICI RICHIESTI:

- HbcAb (solo se vaccinazione per epatite B non eseguita o dubbia)
- HBsAg (solo se vaccinazione per epatite B non eseguita o dubbia)
- HBsAb
- HCVAbs
- HIV
- ALT
- AST

Con la presente s' informa il dipendente che dovrà recarsi personalmente, entro 7 - 10 giorni dal prelievo, presso l'ambulatorio di Malattie Infettive.

IL DIPENDENTE

Il Medico Richiedente (timbro e firma)

.....

MODELLO B/PPE- SORVEGLIANZA SANITARIA

CONSENSO INFORMATO ALLA PROFILASSI ANTIRETROVIRALE

Lei ha segnalato un incidente avvenuto durante la sua attività lavorativa che comporta un rischio potenziale di infezione da HIV che potrebbe derivare da un'ipotetica presenza del virus nel sangue del soggetto fonte. Per tale motivo le è stata offerta la possibilità di assumere dei farmaci come mezzo di prevenzione della trasmissione della infezione (profilassi). Alla luce delle attuali conoscenze lei è stato informato:

- a. circa l'entità del rischio di infezione da HIV in generale e riferito al suo caso specifico;
- b. che alcuni studi hanno evidenziato la potenziale efficacia dell'assunzione di farmaci diretti contro l' HIV nel ridurre tale rischio;
- c. che i risultati di tali studi non possono comunque essere considerati definitivi e che, sulla base delle attuali conoscenze ed evidenze scientifiche, l'efficacia di tali farmaci nel prevenire l'infezione non può considerarsi assoluta;
- d. che esistono pochi dati sulla tossicità di tali farmaci in soggetti senza infezione da HIV, soprattutto per quanto riguarda gli effetti a lungo termine, che però sono ritenuti improbabili;
- e. delle possibili controindicazioni assolute di tali farmaci, tra le quali la gravidanza;
- f. delle modalità di somministrazione dei farmaci e dei controlli previsti.

I suoi diritti medico-legali non sono in alcun modo messi in discussione, qualsiasi sia la sua decisione. In tutti i casi le visite, le consulenze, i farmaci ed i controlli necessari le saranno assicurati senza alcuna spesa. I sanitari che la seguono hanno l'obbligo del segreto professionale.

Lei può accettare tutti o solo alcuni dei farmaci che le sono proposti e interrompere in qualsiasi momento la profilassi, anche se è assolutamente consigliato discuterne prima con il medico specialista che la segue.

La possibile efficacia della profilassi dipende in parte anche dal tempestivo inizio della loro assunzione, per tale motivo le viene richiesto di sottoscrivere ora il presente modulo sia in caso decida di assumere i farmaci che di non farlo.

Io sottoscritto/a..... sulla base dell'attenta lettura di tutto quanto sopra esposto e di quanto discusso con il Drin servizio presso l'U.O..... del P.O., dichiaro di accettare/rifiutare.....(scrivere per esteso la voce che interessa) l'offerta di una profilassi farmacologica dell'infezione da HIV.

Firma dell'operatore esposto

Firma e timbro del medico

Luogo e data:li...../...../.....

MODELLO C/PPE

CONSENSO INFORMATO DEL SOGGETTO FONTE

Io sottoscritto.....dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal Dr.....in servizio presso l'UO di..... del Presidio Ospedaliero di..... Dell'Azienda USL di Rieti delle possibili conseguenze sulla salute dell'operatore sanitario derivabili dall'infortunio professionale appena occorsogli mentre mi prestava assistenza e della necessita' di essere pertanto sottoposto alle indagini diagnostiche di laboratorio di seguito specificate, tese ad accertare la mia eventuale contagiosità, acconsento/rifiuto*..... a sottopormi ad un prelievo ematico per la determinazione degli anticorpi anti- HIV, anti-HBV e anti-HCV.

Dopo l'esecuzione del prelievo sarò contattato dal personale di questa struttura sanitaria per le successive informazioni e per gli accordi relativi al ritiro del suo esito, che potrò effettuare di persona presso.....del Presidio Ospedaliero di.....

Tutti i sanitari, compreso lo stesso operatore sanitario appena infortunatosi, sono tenuti all'obbligo del segreto professionale sul caso.

LUOGO E DATA:li...../...../.....

FIRMA.....

INDIRIZZO.....N°.....

COMUNE.....**PROV**.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....**PROV**.....

TEL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

(*scrivere per esteso l'opzione scelta)