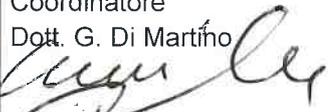
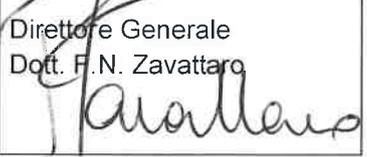


	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI	Rev. 0 06/03/2015	Pag. 1/7
	ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DELL'INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO	IOSQA24	

INDICE

1. SCOPO	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3. RIFERIMENTI	2
4. DEFINIZIONI	2
5. RESPONSABILITÀ	3
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	4
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	5
8. DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO	7

Data	Descrizione	Redatto (GdL)	Verificato(SQA)	Approvato
06/03/2015	Emissione (Rev.0)	GdL	Dr.ssa M.B. Di Sciascio 	RSPP Anna Suriani  Medico Competente Coordinatore Dott. G. Di Martino  Direttore Generale Dott. F.N. Zavattaro  

Gruppo di Lavoro:

Coordinatore: Dott.ssa Maria Vescia dirigente Qualità Accredimento e Rischio Clinico

Ing. Valentina Manso UOC Qualità Accredimento e Rischio Clinico

Dott. Arturo Di Girolamo dirigente Qualità Accredimento e Rischio Clinico

Dott.ssa Anna Suriani RSPP ASL 2 Abruzzo

Dott.ssa Manuela Loffredo Responsabile U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse umane

Dott.ssa Cinzia Pagliaro U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse umane

Dott.ssa Cinzia Scalise U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse umane

Dott. Enrico D'Amico U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse umane

Dott.ssa Marta Bertonecchi Staff Direzione Generale

Dott. Giuseppe Di Martino Coordinatore Medici Competenti

Dott. Donato Cieri Medico Competente

Dott. Augusto Febbo Medico Competente

Dott.ssa Patrizia Di Crisci Medico Competente

Dott. Luigi De Socio Medico Competente

Dott. Fabrizio Giannandrea Medico Competente








1. SCOPO

La presente Istruzione operativa descrive le norme comportamentali da seguire in caso di infortunio a rischio biologico, intendendo con tale termine l'esposizione a sangue o ad altri liquidi biologici a rischio di trasmissione delle infezioni HBV, HCV, HIV.

Al fine di :

- Uniformare il comportamento degli operatori coinvolti nelle attività descritte nelle procedure;
- Uniformare l'applicazione delle procedure di profilassi nella fase post esposizione accidentale;
- Ridurre le problematiche relative ad un ritardo nell'esecuzione delle procedure.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Si applica a tutto il personale dipendente dell'Azienda ASL Lanciano Vasto Chieti, ivi compresi i tirocinanti, gli apprendisti, i lavoratori a tempo determinato, i lavoratori somministrati, gli studenti che seguono corsi di formazione sanitaria e i sub-fornitori.

3. RIFERIMENTI

- Titolo X-bis "Protezione dalle Ferite da Taglio e da Punta nel Settore Ospedaliero e Sanitario" Attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM e FSESP, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario.
- D.M. Ministero della Sanità 20 novembre 2000 "aggiornamento del protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale B"
- D.Lgs.81/08 "Attuazione dell'art.1 della legge 3 Agosto 2007 n.123 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" e s.m.i
- Ministero della salute -Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS " Aggiornamento delle conoscenze sulla terapia dell'infezione da HIV"- Documento complementare su specifiche materie. Febbraio 2008
- Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. Novembre 2013.

4. DEFINIZIONI

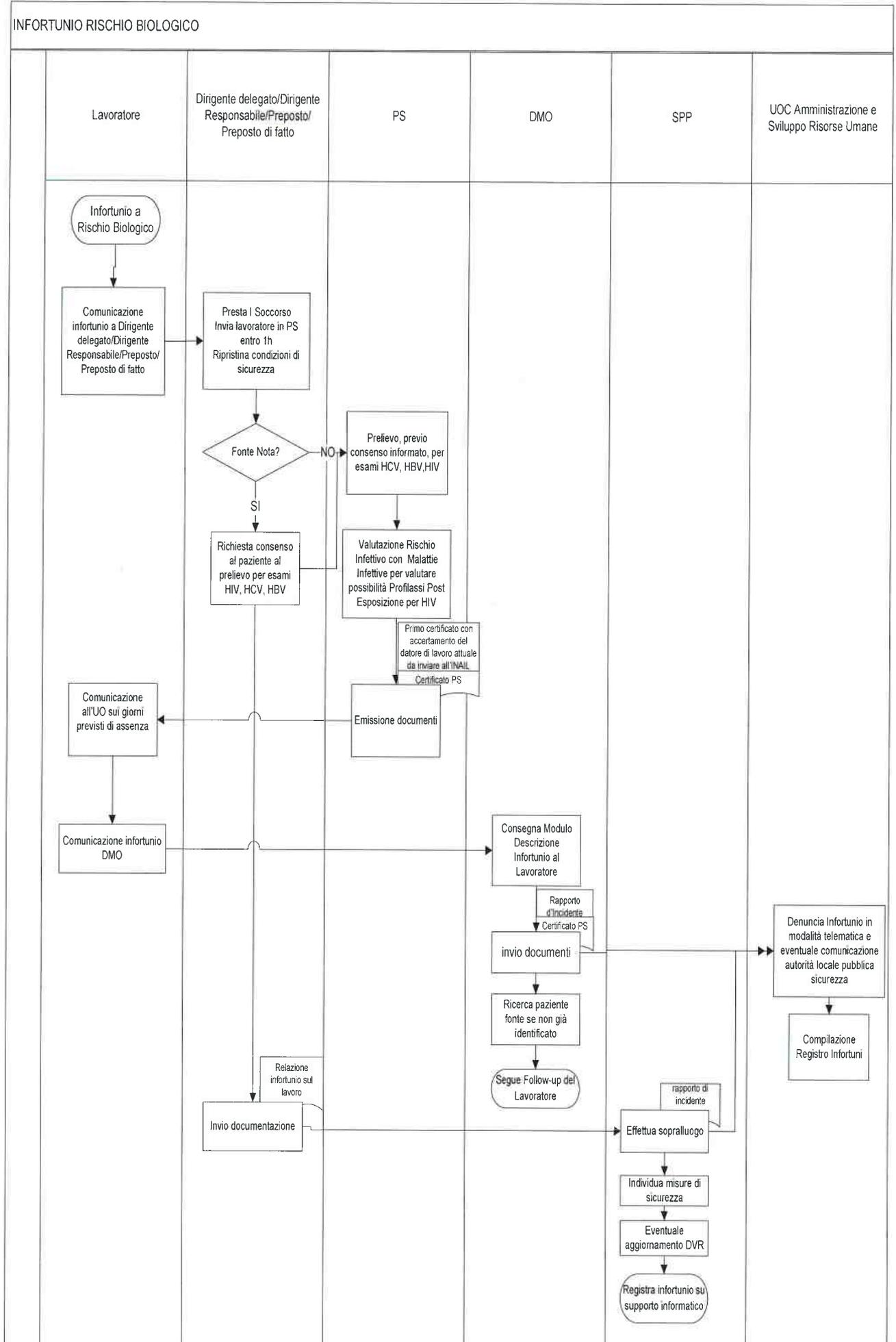
- **Esposizione occupazionale:** esposizione che si realizza in conseguenza dell'attività lavorativa in:
 - operatori sanitari - personale dipendente e non, compresi i volontari ed il personale in formazione, a seguito di una procedura sanitaria in ambiente sanitario, inclusa l'assistenza domiciliare e di primo soccorso;
 - non operatori sanitari - operatori che svolgono attività in appalto all'interno dell'ospedale (es. pulizie).
- **Esposizione a rischio:** ferite con taglienti o aghi contaminati, contaminazione di mucose o contaminazione di cute lesa.
- **Materiale a rischio:**
 - Sangue o liquidi biologici contenenti sangue in tracce visibili;

- tutti i liquidi organici, secrezioni ed escrezioni, indipendentemente dalla presenza di sangue in tracce visibili, escluso il sudore, urine, lacrime e vomito;
 - materiali organici, tessuti, materiali biotici e anatomici.
- **Fonte Nota:** se l'ago, lo strumento contaminato o il materiale biologico con cui si è venuti a contatto accidentalmente, è riconducibile ad un paziente fonte definito;
 - **Fonte Ignota:** se non si conosce la provenienza dell'ago, dello strumento contaminato o del materiale biologico con cui si è venuti a contatto accidentalmente e nel caso in cui il paziente neghi il consenso all'effettuazione dell'indagine sierologica.
 - **PPE:** Profilassi Post Esposizione
 - **PS:** Pronto Soccorso
 - **DG:** Direttore Generale
 - **DMO:** Direzione Medica Ospedaliera
 - **RSPP:** Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
 - **SPP:** Servizio Prevenzione e Protezione
 - **MC:** Medico Competente
 - **DVR:** Documento Valutazione Rischi
 - **INAIL:** Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro

5. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità per la gestione delle varie attività sono esplicitate nel diagramma di flusso.

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO



7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

7.1 Adempimenti a carico del lavoratore

- L'operatore che incorre in un incidente a rischio biologico deve dare tempestiva comunicazione dell'evento al Dirigente Delegato/ Dirigente Responsabile/Preposto/Preposto di fatto, al fine di:
 - essere temporaneamente sostituito;
 - consentire di porre in essere tutte le misure per il ripristino delle condizioni di sicurezza;
 - consentire una tempestiva attuazione della presente procedura a tutela del lavoratore.
- Recarsi in P.S. per la compilazione del 1° certificato INAIL (i lavoratori che operano sul territorio devono recarsi nel PS dell'ospedale della ASL 2 Abruzzo di afferenza territoriale).
- Informare la U.O. di appartenenza della prevista durata dell'assenza. Quando il lavoratore abbia trascurato di ottemperare all'obbligo predetto ed il datore di lavoro, non essendo venuto altrimenti a conoscenza dell'infortunio, non abbia fatto la denuncia nei termini previsti, non è corrisposta l'indennità per i giorni antecedenti a quello in cui il datore di lavoro ha avuto notizia dell'infortunio.
- Recarsi il primo giorno utile dopo l'infortunio in DMO per l'esecuzione di eventuali ulteriori esami e per il proseguo del follow-up, i lavoratori dei servizi territoriali (DSB, ADI, SErT, Medicina Penitenziaria etc..) si recheranno presso la DMO dell'ospedale di competenza territoriale.
- Compilare il modulo "Descrizione Infortunio Sul Lavoro MRSQA46/1 Rev.1 06/03/2015".

7.2 Adempimenti a carico del Dirigente Responsabile/Dirigente Delegato/Preposto/ Preposto di fatto

- Presta le misure di I Soccorso al lavoratore (Box 1).
- Pone in essere tutte le misure di sicurezza per evitare che altri lavoratori si infortunino.
- Invia entro un'ora dall'infortunio il lavoratore in PS.
- Procedo all'individuazione del soggetto fonte. Al paziente fonte, se noto, dovrà essere tempestivamente effettuato un prelievo ematico per la ricerca di marcatori HBV, anti-HCV e anti-HIV, a meno che il prelievo sia già stato eseguito durante il ricovero ordinario in corso, in questo caso provvederà ad inviare i risultati in PS per permettere di valutare la corretta terapia da mettere in atto per la tutela della salute del lavoratore. Prima di effettuare il prelievo è necessario che il paziente fonte venga informato e ne autorizzi l'esecuzione firmando il modulo apposito (Consenso Informato per esecuzione test HIV, HBV, HCV Paziente Fonte MRIOSQA24/2):
 - Nel caso il paziente fonte non acconsenta al prelievo l'infortunio dovrà essere ricompreso tra quelli a fonte sconosciuta.
 - Nel caso il paziente fonte sia in pericolo di vita e nell'impossibilità di esprimere consenso, sulla base di una documentata valutazione effettuata dal medico dello stato di necessità, il prelievo potrà essere effettuato senza consenso.
- Invia alla DMO i risultati del paziente fonte.
- Compila "Relazione di infortunio sul lavoro MRSQA46/2 rev.1 06/03/2015" e lo invia al SPP.

Box 1 Misure I Soccorso

Box 1 Misure di I Soccorso
Lesioni Percutanee (puntura, con aghi o ferita con strumenti contaminati da materiale biologico) <ul style="list-style-type: none">- provocare sanguinamento della lesione attraverso la spremitura della stessa;- lavare la ferita per 10 minuti con acqua e sapone e disinfettare (es. soluzione di iodio o composti di cloro 10%).
Contaminazione di Mucose <ul style="list-style-type: none">- sciacquare abbondantemente con acqua corrente per 10-15 minuti, senza sfregare, evitando l'uso di soluzioni, detergenti o disinfettanti.
Contaminazione di Cute Lesa <ul style="list-style-type: none">- lavare abbondantemente con acqua corrente la zona interessata;- disinfettare.

7.3 Adempimenti a carico del pronto soccorso (vedi Procedura per la Gestione dell'evento Infortunistico PGSQA/46 Rev.1. 06/03/2015.)

Il medico di PS deve:

- Verificare che l'operatore abbia provveduto alle operazioni di decontaminazione (misure I Soccorso).
- Valutare le circostanze dell'accaduto e, se disponibili, i dati relativi al paziente fonte, per definire l'entità del rischio.
- Eseguire il prelievo all'operatore, previo consenso, da inviare al laboratorio analisi (Consenso Informato per esecuzione test HIV, HBV, HCV Lavoratore MRIOSQA24/2).
- Eseguire un counseling avvalendosi della consulenza del medico reperibile della U.O. di Malattie Infettive per valutare la necessità di instaurare la PPE-HIV, (Informativa per Chemioprolifassi post esposizione HIV INFIOSQA24/1 Consenso Informato per Chemioprolifassi post esposizione HIV MRIOSQA24/3) o la profilassi anti HBV (Informativa per Profilassi post esposizione HBV INFIOSQA24/2, Consenso Informato per Profilassi post esposizione HBV MRIOSQA24/4).
- Al termine del percorso diagnostico terapeutico, il dirigente medico che ha seguito il caso, procede, sentito il parere del Direttore del PS (o un suo delegato) alla chiusura della prestazione seguendo l'iter descritto nella Procedura per la Gestione dell'evento Infortunistico PGSQA/46 Rev.1. 06/03/2015.

7.3 Adempimenti a carico della DMO

La Direzione Medica Ospedaliera, in collaborazione con il Responsabile S.A.P.S. di presidio o con l'Ufficio di Rilevazione delle presenze/assenze di afferenza (ovvero il Direttore/Responsabile di Distretto o il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza, nei casi in cui il dipendente infortunato non sia ospedaliero) provvede tempestivamente a:

- comunicare, entro 24h, l'avvenuto infortunio alla U.O.C. Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane, mediante trasmissione a mezzo e-mail (all'indirizzo: infortunistica@asl2abruzzo.it) o fax (al n. 0871-358752 per eventi accaduti a dipendenti dell'area CHIETI-ORTONA o al n. 0872-706726 per eventi accaduti a dipendenti dell'area LANCIANO-VASTO) del **certificato medico di infortunio** e del Modulo Descrizione Infortunio sul Lavoro (MRSQA46/1) riepilogativo delle modalità di svolgimento dell'evento infortunistico compilato e sottoscritto dal dipendente;
- ove non sia stato già individuato, predisporre tutte le procedure per l'identificazione del paziente fonte e gli esami necessari per accertare la presenza di patologie trasmissibili con il sangue;

- attiva specifici percorsi di sorveglianza e prevenzione secondaria descritti nelle tabelle “Schema dei provvedimenti post-esposizione” (Esami Follow-Up Infortunio a rischio biologico TAB.IOSQA24/1). Nello specifico le Assistenti Sanitarie avviano le indagini sul caso provvedendo alla raccolta e registrazione sulla scheda (Raccolta dati Esposizioni Biologiche ModRB001):
 - tutte le informazioni necessarie a circostanziare le modalità di accadimento dell’infortunio;
 - stato vaccinale e sierologia del paziente fonte.

Rilascino al lavoratore il modulo informativo relativo al calendario degli accertamenti periodici previsti (Informativa per il Protocollo per la profilassi post esposizione ad HIV, HBV e HCV, in seguito ad Infortunio Biologico INF.IOSQA24/3).

- Informa il dipendente della possibilità/opportunità di richiedere di essere sottoposto a visita straordinaria da parte del Medico Competente al fine di garantire la Sorveglianza Sanitaria personalizzata.

7.5 Gestione da parte del Servizio di Prevenzione e Protezione

A seguito di ricevimento della documentazione da parte del dirigente, il SPP segue l’iter descritto nella Procedura per la Gestione dell’evento Infortunistico PGSQA/46 Rev.1. 06/03/2015.

7.4 Gestione U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse Umane

Gli Uffici della U.O.C. Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane ricevuta la documentazione provvedono ad inviare denuncia all’INAIL segue l’iter descritto nella Procedura per la Gestione dell’evento Infortunistico PGSQA/46 Rev.1. 06/03/2015.

8. DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO

- Consenso informato per esecuzione test HIV, HBV, HCV Paziente Fonte MRIOSQA24/1
- Consenso informato per esecuzione test HIV, HBV, HCV lavoratore MRIOSQA24/2
- Consenso informato per esecuzione Chemioprofilassi post-esposizione per HIV MRIOSQA24/3
- Raccolta dati Esposizioni Biologiche ModRB001
- Consenso informato per esecuzione Profilassi HBV post- esposizione MRIOSQA24/4;
- Informativa post- esposizione per HIV INFIOSQA24/1
- Informativa post- esposizione per HBV INFIOSQA24/2
- Informativa per il Protocollo per la profilassi post esposizione ad HIV, HBV e HCV, in seguito ad Infortunio Biologico INF.IOSQA24/3
- Tabella riassuntiva per esami di Follow-Up post esposizione TAB IOSQA24/1
- Modulo Descrizione Infortunio sul Lavoro (MRSQA46/1 Rev.1 06/03/2015)
- Modulo di Rapporto Infortunio sul Lavoro (MRSQA46/2 06/03/2015)
- Rapporto Incidente/Infortunio (MRSQA46/3 06/03/2015)
- Delibera n. 739 del 09/06/2014 D.Lgs 81/08 Regolamento Aziendale per la Sicurezza e Tutela del lavoro.
- Procedura per la Gestione dell’evento Infortunistico PGSQA/46 Rev.1. 06/03/2015



Il/la sottoscritto/a, sig./sig.ra _____,
nato/a a _____

il ___/___/___, venuto a conoscenza del fatto che un operatore sanitario è stato accidentalmente esposto, per motivi di lavoro, a materiale biologico proveniente dalla mia persona con modalità che potrebbero consentire la possibile trasmissione di agenti infettivi, all'esclusivo fine di tutelarne la salute, adeguatamente informato circa le modalità e gli scopi dell'accertamento nonché del personale sanitario che ne verrà a conoscenza:

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE ad essere sottoposto ai seguenti esami:

- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HIV (virus responsabile dell'AIDS)
- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HBV (virus responsabile dell'epatite B)
- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HCV (virus responsabile dell'epatite C)

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE a che vengano raccolti da altre fonti dati ed informazioni già esistenti pertinenti alla possibili infezioni di cui sopra.

I risultati dei test e i dati raccolti sono coperti da segreto professionale, e sono autorizzate all'accesso ai dati solo ed esclusivamente le persone strettamente e necessariamente coinvolte nelle procedure relative allo scopo di cui sopra, come previsto dal protocollo sanitario aziendale relativo e dalla normativa vigente.

data

firma leggibile

In caso di minori, o persona non in condizioni di intendere e di volere, firma, in qualità di genitore/tutore* legale il:

sig./sig.ra: _____ data nascita _____

Firma leggibile _____

	REGIONE ABRUZZO A. S. L. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI	Rev. 0 06/09/2015	Pag. 1/1
	CONSENSO INFORMATO PER ESECUZIONE TEST HIV, HBV E HCV LAVORATORE	MRIOSQA24/2	

Il/la sottoscritto/a, sig./sig.ra _____,
nato/a a _____

il ___/___/___, ha segnalato durante l'attività lavorativa un incidente che comporta un rischio potenziale di infezione da agenti trasmissibili per via ematica (in particolare HCV, HBV, HIV).

Dopo aver ricevuto adeguata informazione circa le modalità e gli scopi dell'accertamento nonché del personale sanitario che ne verrà a conoscenza:

NON ACCONSENTE

ACCONSENTE ad essere sottoposto ai seguenti esami:

- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HIV (virus responsabile dell'AIDS)
- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HBV (virus responsabile dell'epatite B)
- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HCV (virus responsabile dell'epatite C)

data

firma leggibile

	REGIONE ABRUZZO A. S. L. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI	Rev. 0 06/03/2015	Pag. 1/1
	CONSENSO INFORMATO PER CHEMIOPROFILASSI POST-ESPOSIZIONE PER HIV	MRIOSQA24/3	

Gentile signore/a, lei ha segnalato un incidente avvenuto durante la sua attività lavorativa che comporta un rischio potenziale di infezione da HIV.

Per tale motivo le è stata offerta la possibilità di assumere dei farmaci come mezzo di prevenzione della trasmissione dell'infezione (profilassi).

Alla luce delle attuali conoscenze lei è stato informato:

- a) circa l'entità dei rischi 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 diretto contro l'HIV nel ridurre tale rischio;
- c) che i risultati di tali studi non possono essere considerati definitivi e che, sulla base delle attuali conoscenze, 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 ritenuti peraltro improbabili;
- e) delle possibili controindicazioni di tali farmaci;
- f) delle possibili interazioni con altre sostanze chimiche, farmacologiche e non;
- g) delle modalità di somministrazione dei farmaci e dei controlli previsti;
- h) delle conoscenze sull'uso di tali farmaci in caso di gravidanza in atto;
- i) che il medico che la segue ha l'obbligo di mantenere la più stretta confidenzialità sul caso.

Lei può accettare tutti o solo alcuni dei farmaci che le sono proposti e interrompere in qualsiasi momento la profilassi anche se è consigliato discuterne con il medico specialista che la segue. In tutti i casi le visite, le consulenze e i controlli necessari le sono assicurati senza alcuna spesa. Accettare o rifiutare la profilassi non lede i suoi diritti medico-legali. La possibile efficacia della profilassi dipende in parte da un tempestivo inizio.

Per tale motivo le viene richiesto di sottoscrivere ora il presente modulo sia in caso decida di assumere i farmaci sia in caso contrario.

Il sottoscritto _____, sulla base di quanto discusso con il dottor _____, in servizio presso _____, e di quanto riportato nel presente modulo.

DICHIARA di:

- rifiutare accettare

l'offerta di una profilassi dell'infezione da HIV.

DICHIARA di:

- non avere in corso una gravidanza avere in corso una gravidanza

Firma dipendente _____

Firma del medico _____

	REGIONE ABRUZZO A. S. L. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI	Rev. 0 06/03/2015	Pag. 1/1
	MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO PER PROFILASSI INFEZIONE DA HBV	MRIOSQA24/4	

Gentile signore/a,

lei ha segnalato un incidente avvenuto durante la sua attività lavorativa che comporta un rischio potenziale di infezione da HBV. Per tale motivo le è stata offerta la possibilità di assumere immunoglobuline specifiche come mezzo di prevenzione della trasmissione dell'infezione (profilassi). Alla luce delle attuali conoscenze lei è stato informato:

- a) circa l'entità dei rischi di infezione da HBV, in generale e riferito al suo caso specifico;
- b) che alcuni studi hanno evidenziato la potenziale efficacia della somministrazione di immunoglobuline specifiche nel ridurre tale rischio;
- c) che, sulla base delle attuali conoscenze, l'efficacia del trattamento nel prevenire l'infezione non può considerarsi assoluta;
- d) delle modalità di somministrazione e dei controlli previsti;
- e) delle possibili controindicazioni ed effetti collaterali di tale somministrazione e sulla necessità di informare direttamente il proponente la somministrazione della eventuale insorgenza di disturbi.

Il trattamento con immunoglobuline le sarà somministrato senza alcuna spesa a suo carico. In tutti i casi le visite, le consulenze e i controlli necessari le sono assicurati senza alcuna spesa. Accettare o rifiutare la profilassi non lede i suoi diritti medico-legali.

La possibile efficacia della profilassi dipende in parte da un tempestivo inizio. Per tale motivo le viene richiesto di sottoscrivere ora il presente modulo sia in caso decida di assumere i farmaci che di non farlo.

Il sottoscritto _____, sulla base di quanto discusso con il dottor _____, in servizio presso _____, e di quanto riportato nel presente modulo, dichiara di accettare/rifiutare l'offerta di una profilassi dell'infezione da HBV.

Firma dipendente _____ Firma del medico _____



ESAMI FOLLOW UP INFORTUNIO RISCHIO BIOLOGICO

TABIOSQA24/1

	PAZIENTE FONTE	ESPOSTO	Tempo 0	6 settimane	3 mesi	6 mesi	12 mesi
1	HbsAg negativo (accertato)	<p>a. Dipendente non vaccinato (HbsAb e HbcAb negativo, HbsAb o HbcAb positivo per pregressa esposizione). Proporre vaccinazione HBV</p> <p>b. Dipendente vaccinato anti-HBs positivo (responder)</p> <p>c. Dipendente non responder</p>	marker HBV, ALT		Marker HBV, ALT	Marker HBV, ALT	
2	HCV Ab neg (accertato)	A prescindere dalla sierologia per HCV	marker HBV, ALT		marker HBV, ALT	marker HBV, ALT	
3	HIV Ab neg (accertato)		Anti-HCV. ALT		Anti-HCV. ALT	Anti-HCV. ALT	
4	Dati sierologici sconosciuti di paziente consenziente per nuovi accertamenti	Per HBV aspettare i risultati sul paziente fonte e poi procedere come previsto in base al risultato	HIVAb		HIVAb	HIVAb	
		Per HCV aspettare i risultati sul paziente fonte e poi procedere come previsto in base al risultato	Seguire schema (1-a 1-b 1-c) per paziente HbsAg negativo				
		Per HIV	Seguire schema (6-a 6-b 6-c) per paziente HbsAg positivo				
5	Dati sierologici ignoti, non rintracciabili, paz. non consenziente	Per HIV	Anti-HCV. ALT		Anti-HCV. ALT	Anti-HCV. ALT	
		Basso rischio: accertamenti come ai punti 1, 2 e 3	Valutare l'entità del rischio: procedere come punto 5 e se alto rischio proporre PPE entro le 4 ore dall'evento (non è raccomandata se trascorse oltre 48h dall'incidente)				
6	HbsAg positivo	<p>Alto rischio: accertamenti come ai punti 6, 7 e 8.</p> <p>a. Operatore non vaccinato: proporre immunoglobuline (HBVlg) e vaccinazione HBV, (0, 1, 2 mesi e dose di rinforzo a 6-12 dalla terza) da farsi entro 7 giorni dall'incidente</p> <p>b. Operatore vaccinato HBV con Hbs-Ab positivo</p> <p>c. Operatore non responder alla vaccinazione HBV: somministrare HBVlg</p>	marker HBV, ALT		marker HBV, ALT	marker HBV, ALT	
7	HCV-Ab positivo	A prescindere dalla sierologia per HCV	Anti-HCV. ALT		Anti-HCV. ALT	Anti-HCV. ALT	
8	HIV positivo	<p>Proporre Profilassi Post- Esposizione (PPE) entro le 48h</p> <p>Se rifiutata dall'operatore</p> <p>Se accettata: Controlli legati alla terapia; Test di gravidanza eventuale al tempo 0</p>	HIVAb, Emocromo, AST, ALT	HIVAb, HIVRNA quantitativo	HIVAb, Emocromo, AST, ALT	HIVAb, Emocromo, AST, ALT	HIVAb, Emocromo, AST, ALT
			Al tempo (0-10-20-30-40-50-die) : emocromo con formula; ALT, AST, Fosfatasi Alcalina, gGT, bilirubina totale; creatinemia; glicemia; amilasi; uricemia; trigliceridemia; CD8 e CD4 totali.				
			- Altro, in base a quanto indicato dal Consulente Infettivologo di riferimento, al quale va affidato il dipendente.				

	REGIONE ABRUZZO A. S. L. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI	Rev. 0 06/03/2015	Pag. 1/1
	Profilassi post-esposizione (PPE) per HIV	INFIOSQA24/1	

L'impiego di una terapia antiretrovirale di combinazione (cART) post-esposizione per ridurre il rischio di infezione da HIV (profilassi post-esposizione, PPE) è parte integrante della gestione delle esposizioni occupazionali a rischio di infezione da patogeni trasmessi con il sangue e delle esposizioni a rischio di malattie a trasmissione sessuale. Tale impiego è basato sulla plausibilità biologica.

Dopo l'esposizione iniziale, il virus HIV si replica nelle cellule dendritiche della cute e della mucosa, che a loro volta, migrando ai linfonodi attraverso i vasi linfatici durante le prime 48 ore, svilupperanno un'infezione sistemica. Questo periodo di latenza nella diffusione sistemica lascia una "finestra di opportunità" per la PPE, utilizzando una cART che blocchi la replicazione dell'inoculo iniziale di virus.

Criteria per l'offerta

I casi in cui la PPE è raccomandata sono riportati sotto; si raccomanda in ogni caso la valutazione di un esperto, in considerazione della molteplicità dei fattori legati all'esposizione, alla fonte e all'esposto che concorrono alla determinazione del rischio nel singolo caso (a titolo esemplificativo, per le esposizioni occupazionali, profondità della lesione, dispositivi di barriera, quantità e tipo di materiale contaminante).

Modalità di esposizione	Paziente fonte	Rischio medio (ic 95%) o mediano (%; intervallo) per singola esposizione ad HIV accertato
<ul style="list-style-type: none"> • Puntura con ago usato in vena o arteria. • Lesione profonda con ago o tagliente solido visibilmente contaminato da sangue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sicuramente HIV+; • HIV negativo ma con storia o patologia in atto indicative di esposizione a rischio molto recente (p.es. epatite virale acuta, IST, endocardite del cuore destro); • Che rifiuta di sottoporsi a test 	0.25% (IC 95% 0.12-0.47) Il rischio può aumentare fino a 10 volte a seconda dell'inoculo e della contagiosità della fonte.
Contaminazione congiuntivale con sangue o liquor.	Sicuramente HIV+	0.09% (IC 95% 0.006-0.50)

La PPE deve essere iniziata al più presto, preferibilmente entro 1-4 ore, e non oltre le 48.

I soggetti esposti che hanno intrapreso la PPE dovranno comunque essere valutati dal Consulente Infettivologo entro 48-72 ore dall'inizio.

Nel counselling vanno illustrati i rischi connessi alla specifica esposizione inclusa la contagiosità della fonte (cART, viremia, IST, ecc.) se disponibile, al fine di facilitare una corretta percezione della probabilità di infezione e favorire la decisione consapevole (consenso informato) di accettare o rifiutare l'offerta della PPE.

	REGIONE ABRUZZO A. S. L. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI	Rev. 0 06/03/2015	Pag. 1/1
	Profilassi post-esposizione (PPE) per HBV	INF.IOSQA24/2	

IN CASO DI ESPOSIZIONE A FONTE HBsAg POSITIVA:

- a) L'operatore Sanitario che ha effettuato il ciclo di vaccinazione di base (3 dosi di vaccino più eventuale dose di rinforzo) e che al dosaggio anticorpale effettuato successivamente all'ultima somministrazione di vaccino risultava protetto (dosaggio anti-HBs > 10 mUI/ml) non deve effettuare nessuna profilassi post esposizione anti epatite B.
- b) l'Operatore Sanitario che
- 1) non ha effettuato la vaccinazione anti epatite B;
 - 2) non ha completato il ciclo vaccinale;
 - 3) non si è sottoposto a dosaggio anticorpale post vaccinale pertanto, non si conosce la risposta;
 - 4) è stato dichiarato NON RESPONDER,
- va sottoposto a prelievo per dosaggio dei marcatori HBV.

In presenza di risposta anticorpale non protettiva (inferiore a 10 mUI/ml) o assente dovrà effettuare somministrazione di immunoglobuline specifiche anti epatite B entro massimo 7 giorni dall'esposizione a rischio.

Si consiglia inoltre di ripetere un ciclo di vaccino anti-epatite B, somministrando la prima dose contemporaneamente alla sieroprofilassi con immunoglobuline.

	REGIONE ABRUZZO A. S. L. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI	Rev. 0 06/03/2015	Pag. 1/1
	Informativa per il Protocollo per la profilassi post esposizione ad HIV, HBV e HCV, in seguito ad Infortunio Biologico	INF.IOSQA24/3	

Prot. n.

Data,

Sig.

Oggetto:

Al fine dei successivi Follow-up, relativi al suo infortunio del __/__/__, Le comunichiamo che dovrà presentarsi presso l'Ufficio delle Assistenti Sanitarie per ritirare **le richieste degli esami previsti**, nelle seguenti date:

1. _____ (1° Mese)
2. _____ (3° Mese)
3. _____ (6° Mese)

“La informiamo che il non completamento degli accertamenti sopra richiesti, atti ad evidenziare precocemente le possibili variazioni del quadro sierologico in relazione al contatto avvenuto in seguito all'incidente, pone l'Azienda nell'impossibilità di esercitare l'azione di tutela post-esposizione e pertanto comporta la **mancata tutela Medico Legale ed Assicurativa del Lavoratore Esposto**”

***La informiamo inoltre che è Sua facoltà richiedere visita medica straordinaria al Servizio del Medico Competente con le modalità in atto.**

Questo ufficio rimarrà a sua disposizione per eventuali chiarimenti

Firma del Lavoratore/Studente

Il referente
