

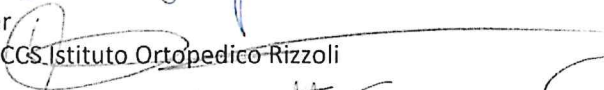
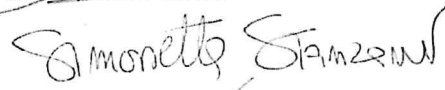
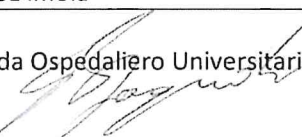
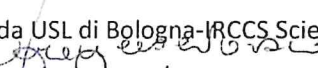
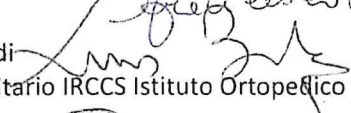
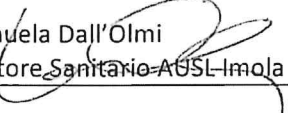


 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE</p>	<p>Procedura Interaziendale P-INT 30</p>

<p>Redazione</p>	<p>Coordinatore gruppo di redazione: Lucia Bortoluzzi (AOU Bologna)</p> <p>Gruppo di redazione: Laura Biagetti (UO Qualità e Accreditamento, AUSL BO) Maria Petra Mittermaier (Qualità e Accreditamento, IOR) Simonetta Stanzani (UO Governo Clinico, AUSL Imola) Lorena Landi (Governo Clinico, AUSL Imola) Maria Bonanno (Governo Clinico, Qualità, Formazione, AOU BO) Vincenzo Colangeli (Malattie Infettive, AUSL BO) Roberta Bonfiglioli, Vittorio Lodi, Rosanna Ottaviano, Marianna Lorenzi (UO Medicina del Lavoro, UOC a gestione unificata) Giorgio Cespugli, Daniele Tovoli (UO Servizio Prevenzione e Protezione, AUSL BO) Giuliano Furlini (UO Microbiologia, AOU BO) Annamaria Longanesi (UO Presidio Unico Ospedaliero Aziendale, AUSL BO)</p>
<p>Verifica</p>	<p>Lucia Bortoluzzi Responsabile Qualità Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi </p> <p>Laura Biagetti Responsabile UO Qualità e Accreditamento Azienda USL di Bologna-IRCCS Scienze neurologiche </p> <p>Maria Petra Mittermaier Responsabile Qualità IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli </p> <p>Simonetta Stanzani Responsabile Qualità AUSL Imola </p>
<p>Approvazione</p>	<p>Gianbattista Spagnoli Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola-Malpighi </p> <p>Francesca Novaco Direttore Sanitario Azienda USL di Bologna-IRCCS Scienze neurologiche </p> <p>Luca Bianciardi Direttore Sanitario IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli </p> <p>Emanuela Dall'Olmi Direttore Sanitario AUSL Imola </p>

Elenco allegati

Allegato n.	Titolo dell'allegato	Codice
1	Poster con indicazioni brevi	//
2	Consenso Informato/Autorizzazione all'esecuzione degli accertamenti sierologici del soggetto fonte	MOD. 01 P-INT 30
3	Servizi di riferimento utili: Indirizzi e orari	//
4	Consenso Informato dell'operatore per Profilassi HIV/HBV	MOD. 02 P-INT 30
5	Consenso informato dell'operatore all'esecuzione degli esami	MOD. 03 P-INT 30
6	Composizione dello START-KIT (farmaci per PPE HIV)	//

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cure e Centroscienze</p> 
<p>NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE</p>	<p>Procedura Interaziendale P-INT 30</p>

SOMMARIO

1. Obiettivi	3
2. Campo e luoghi di applicazione	3
3. Riferimenti normativi, bibliografici e documentali	3
4. Abbreviazioni e Definizioni	4
5. Descrizione	5
5.1. Diagramma di flusso.....	5
5.2 Matrice delle Responsabilità	7
5.2.1. Soggetto adulto.....	7
5.2.2. Soggetto minore (Pediatria territoriale).....	9
5.3 Descrizione	9
5.3.1. Misure immediate di pronto intervento da parte dell'operatore infortunato.....	9
5.3.2. Presa in carico, valutazione e gestione esami ematici del soggetto fonte (adulti)	9
5.3.3. Presa in carico, valutazione e gestione esami ematici del soggetto fonte (minori).....	12
5.3.4. Infortunio in caso di assistenza domiciliare.....	12
5.3.5. Presa in carico dell'operatore infortunato e denuncia INAIL	12
5.3.6. Attività specifiche in PS/PPI	13
5.3.7. Raccomandazioni e trattamenti in caso di rischio accertato.....	15
5.3.7.1. PPE dell'infezione da HBV	15
5.3.7.2. PPE dell'infezione da HIV.....	15
5.3.7.3. Esposizione ad HCV	17
5.3.7.4. Attività dell'infettivologo.....	17
5.3.8. Presa in carico dell'infortunato presso MDL/SPPA e follow-up	17
5.3.8.1. Accertamenti sierologici sull'operatore infortunato.....	18
6. Indicatori.....	18

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola		 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE		Procedura Interaziendale P-INT 30

1. Obiettivi

La procedura definisce il percorso per il personale soggetto ad infortunio a rischio biologico coerente con la normativa vigente, le linee guida e la letteratura scientifica in materia, con l'obiettivo di limitare le eventuali o potenziali conseguenze dell'infortunio dal punto di vista infettivologico e di attivare le adeguate misure preventive.

2. Campo e luoghi di applicazione

La procedura si applica:

- agli operatori (dipendenti o equiparati ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) esposti in maniera accidentale a materiale biologico potenzialmente infetto
- in tutte le sedi delle Aziende: AUSL BO-IRCCS delle Scienze Neurologiche, AOU BO, IOR, AUSL Imola e nei luoghi in cui gli operatori svolgono la loro attività

Per la Casa Circondariale Dozza di Bologna si fa riferimento alla specifica Istruzione Operativa dell'AUSL di Bologna (IO 22AUSLBO).

3. Riferimenti normativi, bibliografici e documentali

Autore	Titolo	Data
Ministero della Salute	Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1- anno 2016	22/11/2016
Ministero della Salute	Decreto Legislativo, n. 19 "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. (14G00031) (GU Serie Generale n.57 del 10-03-2014)	19/02/2014
Center for Disease Control and Prevention	Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Post-exposure Management Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports / Vol. 62 / No. 10	20/12/2013
Center for Disease Control and Prevention	MMWR: CDC Guidance for Evaluating Healthcare Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management	25/02/2014
Ministero della Salute Dipartimento della Sanità Pubblica e Innovazione	DGPRES 0010748-P Sorveglianza sanitaria - Accertamenti preassuntivi e periodici sieropositività HIV - Condizione esclusione divieto effettuazione	10/05/2013
Consiglio Europeo	Direttiva UE/32/2010 in attuazione dell'accordo quadro tra Hospem e FSEP in materia di prevenzione delle ferite da taglio e da puntura nel settore sanitario	10/05/2010
Regione Emilia-Romagna Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.	Circolare n. 7 Aggiornamento delle raccomandazioni per il trattamento delle esposizioni occupazionali e non occupazionali ad HIV, HBV e/o HCV	23/06/2009

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cure a Carattere Scientifico</p>
<p>NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE</p>	<p>Procedura Interaziendale P-INT 30</p>

Autore	Titolo	Data
Ministero della Salute	Circolare RER 10 e 10bis linee guida sulla applicazione della condizioni di esenzione della compartecipazione della spesa sanitaria	2009
Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali	D.Lgs. 81/08: "attuazione dell'Art. 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"	09/04/2008
Ministero della Salute	DPCM: Trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, rapporti di lavoro, risorse finanziarie attrezzature beni strumentali in materia di sanità penitenziaria	01/04/2008
Ministero della Salute	Raccomandazioni per la chemioprolifassi con antiretrovirali dopo esposizione professionale all'HIV	18/07/2002
CDC Atlanta	Morbidity and Mortality Weekly Report Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Post-exposure Prophylaxis	30/09/2005
Ministero della Salute	Decreto 20 Novembre 2000 Aggiornamento del protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite B	20/11/2000
Ministero della salute	DM: Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza	15/02/1992
Ministero della Salute	L .n.135 Piano degli interventi urgenti in materia di lotta all'AIDS	05 /06/1990

4. Abbreviazioni e Definizioni

ABBREVIAZIONI	
AOU BO	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi
AUSL BO	Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna - IRCCS delle Scienze Neurologiche
AUSL IMOLA	Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola
DCP	Dipartimento Cure Primarie
HBIG	Immunoglobuline anti-epatite B
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
IOR	Istituto Ortopedico Rizzoli
MDL	Medicina del Lavoro (UOC a gestione unificata): struttura istituita con la DGR 285 del 16.12.2016 in recepimento dell'Accordo tra AOU di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli, AUSL di Bologna
PPE	Profilassi Post Esposizione o chemioprolifassi
PPI	Punto Primo Intervento Solo nel caso di questa procedura nel testo, visto il contesto di utilizzo, è assimilato al Pronto Soccorso
PS	Pronto Soccorso
SPPA	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale-AUSL Imola
DEFINIZIONI	
Esposizione a rischio biologico	Per esposizione a rischio biologico si intende ogni contatto con sangue o altro materiale biologico, sia derivato da puntura o ferita con aghi o altri oggetti taglienti (contatto percutaneo), che da spruzzi o spandimenti su muose o

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>		 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE</p>		<p>Procedura Interaziendale P-INT 30</p>

	<p>cute non integra (contatto muco-cutaneo), secondo le seguenti modalità di esposizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ferita o puntura con ago o altro tagliente (bisturi o altro strumentario) contaminato ● contaminazione di mucose (congiuntivale, nasale, orale) ● contaminazione di cute lesa (abrasioni, screpolature, dermatiti, ferite aperte, ecc.) <p>Non è documentata la trasmissione di HIV, HBV o HCV in seguito a esposizione della cute integra da parte di liquidi biologici.</p>
<p>Esposizione occupazionale</p>	<p>Per esposizione occupazionale si intende qualsiasi esposizione accidentale a rischio con materiale biologico potenzialmente infettante, durante l'attività lavorativa.</p>
<p>Liquidi e materiali biologici a rischio</p>	<p>Devono essere considerati a rischio di infezione a trasmissione ematica i seguenti liquidi o materiali biologici:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● sangue o qualsiasi altro materiale biologico contenente sangue in quantità visibile, ● tessuti e frammenti ossei, ● sperma e secrezioni genitali femminili, ● liquido cerebrospinale, sinoviale, pleurico, peritoneale, pericardico, amniotico, ● materiale di laboratorio (colture cellulari, sospensioni, materiale ad elevata concentrazione virale) <p>Non sono considerati a rischio per quanto riguarda la trasmissione di HIV, HBV e HCV in ambito occupazionale (salvo che non contengano sangue in quantità visibile): feci, secrezioni nasali, secrezioni bronchiali, sudore, lacrime, urine, vomito, latte umano.</p> <p>L'esposizione occupazionale a saliva, in caso di ferita da morso, può essere implicata con un rischio basso, ma non trascurabile, nella trasmissione di HBV, HCV e HIV, se vi è stato evidente spandimento di sangue.</p>
<p>Paziente fonte</p>	<p>Soggetto il cui sangue e/o liquido biologico potrebbe essere veicolo di infezione.</p>

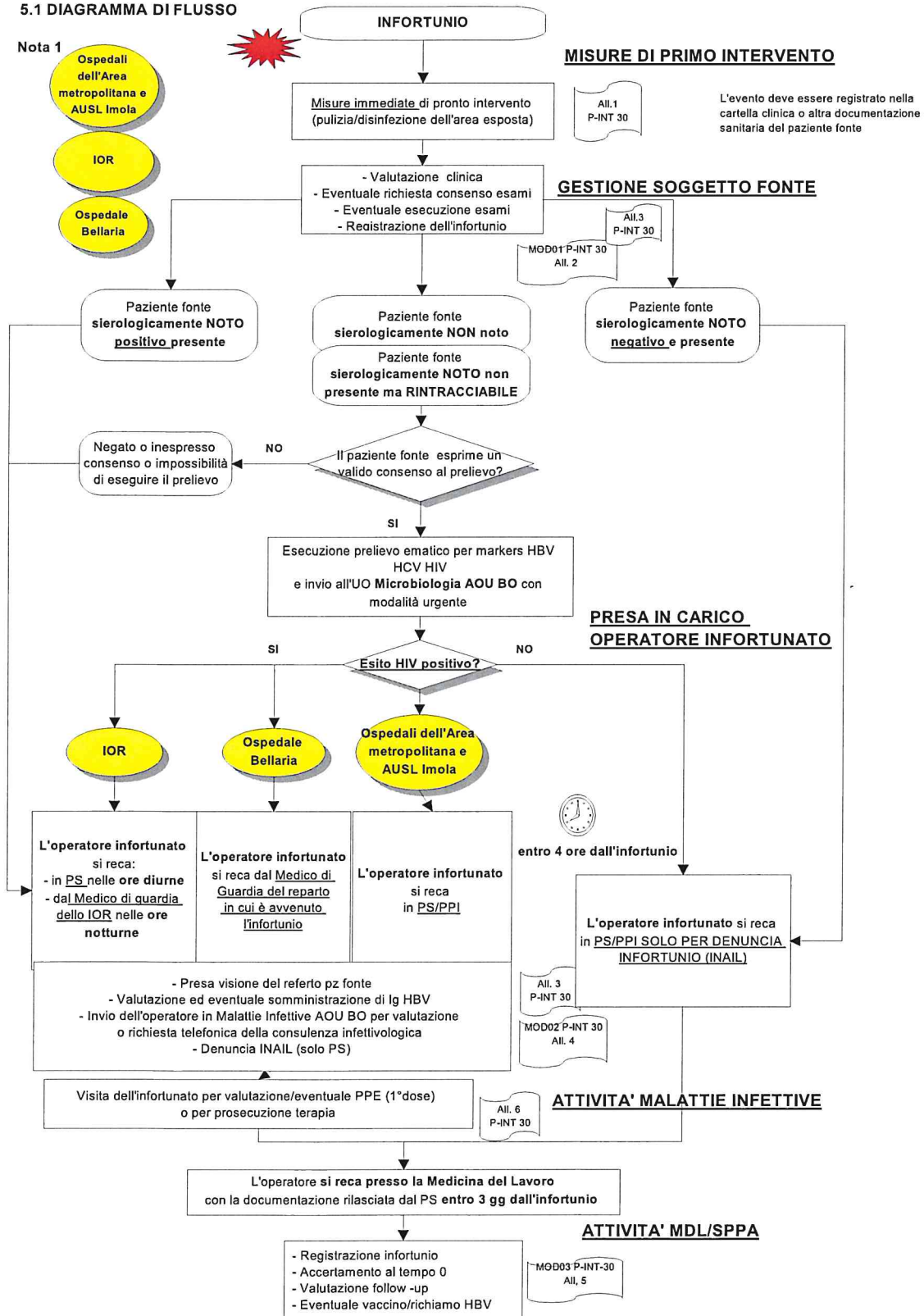
5. Descrizione

5.1. Diagramma di flusso

Il seguente diagramma di flusso rappresenta il processo di gestione dell'infortunio da rischio biologico nei diversi contesti oggetto del campo di applicazione della procedura.

5.1 DIAGRAMMA DI FLUSSO

Nota 1



Nota 1: se la contaminazione coinvolge la congiuntiva e l'operatore appartiene alla AOU BO, l'operatore si recherà presso il PS oculistico nelle ore diurne.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola		 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE		Procedura Interaziendale P-INT 30

Il processo è rappresentato in sintesi anche nell'allegato 1 della P-INT 30 che deve essere affisso nei luoghi ove si svolgono le attività.

5.2 Matrice delle Responsabilità

5.2.1. Soggetto adulto

Attività	Funzione								
	Infortunato	Infermiere di U.O	Medico (o altra funzione) responsabile del soggetto fonte	Medico responsabile presa in carico infortunato (nota 1)	Servizio Trasporti	PS di riferimento (nota 1)	Laboratorio Microbiologia AOU BO	Infettivologo AOU BO	Medico competente (MDL/SPPA)
Misure immediate									
Misure immediate di pronto intervento	R								
Segnalazione infortunio al Medico responsabile del soggetto fonte	R		C						
Attivazione modalità di sostituzione	R								
Presenza in carico, valutazione e gestione esami ematici del <u>soggetto fonte</u>									
Valutazione soggetto fonte			R						
Raccolta consenso informato (o autorizzazione) soggetto fonte (nota 2)		C	R						
Registrazione dell'avvenuto infortunio nella documentazione sanitaria del soggetto fonte			R						
Prescrizione indagini sierologiche			R						
Prelievo ematico e immediato invio provetta al Laboratorio Microbiologia AOU BO , previo allertamento telefonico		R							
Presenza in carico e consegna provetta al Laboratorio Microbiologia AOU BO					R				
Esecuzione analisi soggetto fonte e trasmissione referto							R		
Comunicazione del risultato all'infettivologo nel caso di positività (nota 3)							R		
Comunicazione esito (se positivo) al medico operatore sanitario che ha in carico il paziente fonte							R	C	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi	
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola		 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE		Procedura Interaziendale	
		P-INT 30	

Attività	Funzione								
	Infortunato	Infermiere di U.O	Medico (o altra funzione) responsabile del soggetto fonte	Medico responsabile presa in carico inffortunato (nota 1)	Servizio Trasporti	PS di riferimento (nota 1)	Laboratorio Microbiologia AOU BO	Infettivologo AOU BO	Medico competente (MDL/SPPA)
Presa in carico dell'infortunato e gestione denuncia INAIL									
Accesso in PS	R								
Presa visione del referto del soggetto fonte ed eventuale acquisizione ulteriori informazioni				R*		R*			
Valutazione esposizione rischio HBV/HIV				R*		R*			
Richiesta consulenza infettivologica				R*		R*			
Esecuzione consulenza infettivologica (nota 4)								R	
Denuncia infortunio INAIL (nota 5)	C			R*		R*			
Trattamenti in caso di rischio accertato									
Somministrazione HBIG	C			R		R		R (nota 6)	
Raccolta consenso per PPE									
Prescrizione farmaci per PPE									
Presa in carico dell'infortunato presso Medicina del lavoro e follow-up									
Accesso alla sede della Medicina del Lavoro di riferimento	R								
Raccolta documentazione relativa all'infortunio									R
Esecuzione prelievi ematici									R
Organizzazione del follow-up									R
Valutazione dati clinico-laboratoristici del follow-up								C	R
Informativa scritta chiusura evento									R
Conservazione documentazione sanitaria									R

R= Responsabile, R*= Responsabile per competenza, C= Coinvolto

Nota 1: responsabilità a seconda delle strutture sanitarie:

- **IOR:** Medico PS (ore diurne); Medico di guardia (ore chiusura PS)
- **Ospedale Bellaria:** Medico di guardia del reparto in è avvenuto l'infortunio
- **AOU BO, Ospedale Maggiore, altri Ospedali AUSL BO, Ausl Imola:** Medico PS/PPI

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cure a Carattere Scientifico	
NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE		Procedura Interaziendale P-INT 30

Nota 2: in ambito territoriale, nelle situazioni in cui non è prevista la presa in carico da parte del medico, la gestione del soggetto fonte è a carico del personale sanitario non medico.

Nota 3: i referti sono disponibili per via informatica al richiedente tramite DNWEB. Nelle strutture non abilitate, il referto è trasmesso via fax a un numero ufficiale della struttura ricevente, presidiato e in locale non accessibile al pubblico, su dichiarazione del medico richiedente, oppure per e-mail ad un indirizzo di posta certificata (PEC). In caso di positività per HIV il referto viene anche inviato per fax alla UO di Malattie Infettive dell'AOU BO.

Nota 4: ad esclusione dell'AOU BO, la consulenza infettivologica può essere effettuata anche telefonicamente

Nota 5: nel caso in cui la presa in carico dell'infortunato sia a cura del PS, la denuncia INAIL avviene contestualmente al primo accesso; diversamente, l'infortunato deve recarsi presso un PS a fine turno e comunque al più presto possibile, per la denuncia INAIL.

Nota 6: responsabilità solo per AOU BO

5.2.2. Soggetto minore (Pediatria territoriale)

Funzione	Medico struttura ambulatoriale	Assistente Sanitario / Infermiere	Coord./ Infermiere UO Pediatria Ospedaliera	Coord./ Infermiere UO Cure primarie - specialistica ambulatoriale	Laboratorio Microbiologia	Trasporti
Attività						
Raccolta consenso informato soggetto fonte	R					
Compilazione e conservazione copia modulo consenso		R				
Prenotazione appuntamento per prelievo (soggetto fonte 0-4 anni)		R	C			
Prenotazione appuntamento per prelievo (soggetto fonte età > 4 anni)		R		C		
Prelievo sangue soggetto fonte 0-4 anni e invio provetta a laboratorio o prenotazione/appuntamento per prelievo		R*	R*		C	C
Prelievo sangue soggetto fonte età > 4 anni e invio provetta a laboratorio o prenotazione/appuntamento per prelievo		R*		R*	C	C

R= Responsabile, R*= Responsabile per competenza, C= Coinvolto

5.3 Descrizione

5.3.1. Misure immediate di pronto intervento da parte dell'operatore infortunato

L'operatore deve **IMMEDIATAMENTE** effettuare il trattamento della parte esposta secondo le indicazioni riportate nell'allegato 1 della P-INT 30 che deve essere affisso nei luoghi di lavoro in modo visibile al personale.

5.3.2. Presa in carico, valutazione e gestione esami ematici del soggetto fonte (adulti)

Questa fase comprende:

- valutazione clinica del soggetto fonte (documentazione sanitaria)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>		 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE</p>		<p>Procedura Interaziendale P-INT 30</p>

- valutazione dello status sierologico HIV (anti-HIV), HCV (anti HCV IgG) e HBV (HbsAg)
- raccolta del consenso all'esecuzione degli esami
- eventuale esecuzione esami ematici

L'**infortunio** occorso all'operatore **viene registrato**, a cura del medico che ha in gestione l'evento, nella cartella clinica o altra documentazione sanitaria del paziente fonte.


In base alle caratteristiche del soggetto fonte, si procede in modo differente, e in particolare:

In caso di	Cosa fare
<p>A) Fonte <u>nota</u> e <u>presente</u> nel luogo dell'infortunio</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se sono disponibili dati sierologici recenti (periodo inferiore a 1 mese) NEGATIVI per infezione da HBV, HCV e HIV, non è necessario richiedere ulteriori accertamenti 2. Se i dati sierologici sono NEGATIVI e risalgono ad un periodo superiore ad 1 mese, l'operatore sanitario presente nella struttura che ha in carico il soggetto fonte lo informa dell'accaduto e ne acquisisce il consenso informato per la ricerca ematica di HIV-Ab/Ag, HbsAg, HbeAg, Anti HBs, Anti HCV. Se il soggetto fonte è di MINORE ETÀ, il consenso si richiede a chi esercita la potestà genitoriale. Se si tratta di paziente chirurgico sottoposto ad anestesia generale, si raccoglie il consenso all'esecuzione delle indagini prima dell'intervento. In tutti i casi si utilizza l' All.2 MOD01P-INT 30 3. Se è già accertata la POSITIVITÀ del soggetto fonte ad <u>UNA</u> infezione da HBV e/o HCV e/o HIV e sono disponibili dati sierologici recenti (periodo inferiore a 1 mese) che documentano la NEGATIVITÀ dei restanti, non è necessario richiedere ulteriori accertamenti 4. Se la sierologia NON È DOCUMENTABILE o in caso di MANCATO CONSENSO da parte del soggetto fonte, questo è da considerarsi come potenzialmente infetto ("fonte non nota")
<p>B) Fonte <u>nota non presente</u> nel luogo dell'infortunio, ma <u>rintracciabile</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Rintracciabile in <u>struttura diversa</u> da quella in cui è avvenuto l'infortunio (ad es. infortunio occorso presso un laboratorio con materiale biologico di paziente ricoverato presso un reparto) L'operatore sanitario contatta la struttura presso cui si trova il soggetto fonte che prende in carico l'iter per il prelievo ematico 6. Rintracciabile presso il domicilio (ad es. paziente ambulatoriale o dimesso) L'operatore sanitario, contatta l'utente per chiedere la disponibilità ad effettuare il prelievo ematico (prevista esenzione ticket P01): se il soggetto è disponibile si applica l'iter di cui al punto A, altrimenti l'infortunio è considerato come esposizione da "fonte non nota" (vedi punto C).
<p>C) Fonte <u>non nota</u></p>	<p>Qualora non sia noto lo stato sierologico del soggetto fonte, si procede considerandolo come potenzialmente infetto, con successiva consulenza infettivologica per eventuale inizio PPE sull'infortunato</p>

Il prelievo al paziente fonte **va sempre incoraggiato**, indipendentemente dalla presenza o meno dei cosiddetti "comportamenti" o "fattori" di rischio per HIV e **inviato con procedura di urgenza** (motivazione

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola		 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE		Procedura Interaziendale P-INT 30

“rischio biologico”) secondo le indicazioni dell’allegato 3 della P-INT 30, tramite DNWEB o, per le strutture non abilitate, allegando alla provetta l’apposito modulo cartaceo (fac-simile riportato di seguito) barrando la voce “Rischio biologico (13)” e applicando alla provetta l’etichetta con la scritta “T. rosa”.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi Laboratorio Analisi Direttore Dott.ssa Rita Mancini	ID PAZIENTE																																																																																																																																																																																																															
Sig. Data di nascita Sesso Reparto Telefono Fax Codice Fiscale Data Prelievo																																																																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Esito</th> <th>U.M.</th> <th></th> <th>Esito</th> <th>U.M.</th> <th></th> <th>Esito</th> <th>U.M.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ematologia (T.Lilla)</td> <td></td> <td></td> <td>Biochimica (T.Bianco Siero)</td> <td></td> <td></td> <td>U Magnesio</td> <td></td> <td>mg/dL</td> </tr> <tr> <td>D EMOCROMO</td> <td>V.A.</td> <td></td> <td>D Acido urico</td> <td></td> <td>mg/dL</td> <td>D Sodio</td> <td></td> <td>mmol/L</td> </tr> <tr> <td>D PLASTINE</td> <td>V.A.</td> <td></td> <td>D Albumina</td> <td></td> <td>g/L</td> <td>D Potassio</td> <td></td> <td>mmol/L</td> </tr> <tr> <td>D FORMULA</td> <td>V.A.</td> <td></td> <td>D ALI</td> <td></td> <td>U/L</td> <td>D Procalcitonina</td> <td></td> <td>ng/mL</td> </tr> <tr> <td>Coagulazione (T.Azzurro)</td> <td></td> <td></td> <td>D AST</td> <td></td> <td>U/L</td> <td>D Prot. C reattiva</td> <td></td> <td>mg/dL</td> </tr> <tr> <td>D INR</td> <td></td> <td>INR</td> <td>D Amilasi Totale</td> <td></td> <td>U/L</td> <td>D Proteina Totale</td> <td></td> <td>g/dL</td> </tr> <tr> <td>D PTT RATIO</td> <td></td> <td>Ratio</td> <td>D Bilirubina Tot</td> <td></td> <td>mg/dL</td> <td>D Urea</td> <td></td> <td>mg/dL</td> </tr> <tr> <td>D D-DIMERO</td> <td></td> <td>mg/L FEU</td> <td>D Bilirubina Free</td> <td></td> <td>mg/dL</td> <td>Varie</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D Fibrinogeno</td> <td></td> <td>mg/dL</td> <td>D Calcio</td> <td></td> <td>mg/dL</td> <td>D ULDG (88)</td> <td></td> <td>V.A.</td> </tr> <tr> <td>D Polvere</td> <td></td> <td>Ratio</td> <td>D Creatinina</td> <td></td> <td>mg/dL</td> <td>D Emag. ven. (88)</td> <td></td> <td>V.A.</td> </tr> <tr> <td>Urine (T. Giallo Urine)</td> <td></td> <td></td> <td>D CPK</td> <td></td> <td>U/L</td> <td>D Emag. Art. (88)</td> <td></td> <td>V.A.</td> </tr> <tr> <td>D Es. Urine</td> <td></td> <td>V.A.</td> <td>D Creatinina</td> <td></td> <td>mg/dL</td> <td>D Acido Lattico (97)</td> <td></td> <td>mg/dL</td> </tr> <tr> <td>D Test di Grav.</td> <td></td> <td></td> <td>D Digossina</td> <td></td> <td>ng/mL</td> <td>D RISCHIO BIOL. (13)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Biochimica Urine (T. Bianco (8))</td> <td></td> <td></td> <td>D Featolo</td> <td></td> <td>mg/dL</td> <td>D Colture Batteri liquor (14+15+16)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D Barbiturati U</td> <td></td> <td>ng/mL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Bloch. Spec. (T.Var)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D Benzodiazepine</td> <td></td> <td>ng/mL</td> <td>D Glicemia</td> <td></td> <td>mg/dL</td> <td>D Triptolina (11)</td> <td></td> <td>ng/L</td> </tr> <tr> <td>D Cannabinoidi U</td> <td></td> <td>ng/mL</td> <td>D HCG</td> <td></td> <td>mIU/mL</td> <td>D Mergistina (11)</td> <td></td> <td>ng/mL</td> </tr> <tr> <td>D Cocaine metabol U</td> <td></td> <td>ng/mL</td> <td>D LH</td> <td></td> <td>U/L</td> <td>D Mergistina (11)</td> <td></td> <td>ng/mL</td> </tr> <tr> <td>D Cocaine U</td> <td></td> <td>ng/mL</td> <td>D LHbeta</td> <td></td> <td>U/L</td> <td>D BNP (69)</td> <td></td> <td>ng/mL</td> </tr> <tr> <td>D Dopamine U</td> <td></td> <td>ng/mL</td> <td>D LHbeta</td> <td></td> <td>nmol/L</td> <td>D Alcolotemia (16)</td> <td></td> <td>g/L</td> </tr> <tr> <td>D Antidamine U</td> <td></td> <td>ng/mL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>D Ammonia (12)</td> <td></td> <td>Micromol/L</td> </tr> <tr> <td>D Sodio U</td> <td></td> <td>ng/mL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Esito	U.M.		Esito	U.M.		Esito	U.M.	Ematologia (T.Lilla)			Biochimica (T.Bianco Siero)			U Magnesio		mg/dL	D EMOCROMO	V.A.		D Acido urico		mg/dL	D Sodio		mmol/L	D PLASTINE	V.A.		D Albumina		g/L	D Potassio		mmol/L	D FORMULA	V.A.		D ALI		U/L	D Procalcitonina		ng/mL	Coagulazione (T.Azzurro)			D AST		U/L	D Prot. C reattiva		mg/dL	D INR		INR	D Amilasi Totale		U/L	D Proteina Totale		g/dL	D PTT RATIO		Ratio	D Bilirubina Tot		mg/dL	D Urea		mg/dL	D D-DIMERO		mg/L FEU	D Bilirubina Free		mg/dL	Varie			D Fibrinogeno		mg/dL	D Calcio		mg/dL	D ULDG (88)		V.A.	D Polvere		Ratio	D Creatinina		mg/dL	D Emag. ven. (88)		V.A.	Urine (T. Giallo Urine)			D CPK		U/L	D Emag. Art. (88)		V.A.	D Es. Urine		V.A.	D Creatinina		mg/dL	D Acido Lattico (97)		mg/dL	D Test di Grav.			D Digossina		ng/mL	D RISCHIO BIOL. (13)			Biochimica Urine (T. Bianco (8))			D Featolo		mg/dL	D Colture Batteri liquor (14+15+16)			D Barbiturati U		ng/mL				Bloch. Spec. (T.Var)			D Benzodiazepine		ng/mL	D Glicemia		mg/dL	D Triptolina (11)		ng/L	D Cannabinoidi U		ng/mL	D HCG		mIU/mL	D Mergistina (11)		ng/mL	D Cocaine metabol U		ng/mL	D LH		U/L	D Mergistina (11)		ng/mL	D Cocaine U		ng/mL	D LHbeta		U/L	D BNP (69)		ng/mL	D Dopamine U		ng/mL	D LHbeta		nmol/L	D Alcolotemia (16)		g/L	D Antidamine U		ng/mL				D Ammonia (12)		Micromol/L	D Sodio U		ng/mL						
	Esito	U.M.		Esito	U.M.		Esito	U.M.																																																																																																																																																																																																									
Ematologia (T.Lilla)			Biochimica (T.Bianco Siero)			U Magnesio		mg/dL																																																																																																																																																																																																									
D EMOCROMO	V.A.		D Acido urico		mg/dL	D Sodio		mmol/L																																																																																																																																																																																																									
D PLASTINE	V.A.		D Albumina		g/L	D Potassio		mmol/L																																																																																																																																																																																																									
D FORMULA	V.A.		D ALI		U/L	D Procalcitonina		ng/mL																																																																																																																																																																																																									
Coagulazione (T.Azzurro)			D AST		U/L	D Prot. C reattiva		mg/dL																																																																																																																																																																																																									
D INR		INR	D Amilasi Totale		U/L	D Proteina Totale		g/dL																																																																																																																																																																																																									
D PTT RATIO		Ratio	D Bilirubina Tot		mg/dL	D Urea		mg/dL																																																																																																																																																																																																									
D D-DIMERO		mg/L FEU	D Bilirubina Free		mg/dL	Varie																																																																																																																																																																																																											
D Fibrinogeno		mg/dL	D Calcio		mg/dL	D ULDG (88)		V.A.																																																																																																																																																																																																									
D Polvere		Ratio	D Creatinina		mg/dL	D Emag. ven. (88)		V.A.																																																																																																																																																																																																									
Urine (T. Giallo Urine)			D CPK		U/L	D Emag. Art. (88)		V.A.																																																																																																																																																																																																									
D Es. Urine		V.A.	D Creatinina		mg/dL	D Acido Lattico (97)		mg/dL																																																																																																																																																																																																									
D Test di Grav.			D Digossina		ng/mL	D RISCHIO BIOL. (13)																																																																																																																																																																																																											
Biochimica Urine (T. Bianco (8))			D Featolo		mg/dL	D Colture Batteri liquor (14+15+16)																																																																																																																																																																																																											
D Barbiturati U		ng/mL				Bloch. Spec. (T.Var)																																																																																																																																																																																																											
D Benzodiazepine		ng/mL	D Glicemia		mg/dL	D Triptolina (11)		ng/L																																																																																																																																																																																																									
D Cannabinoidi U		ng/mL	D HCG		mIU/mL	D Mergistina (11)		ng/mL																																																																																																																																																																																																									
D Cocaine metabol U		ng/mL	D LH		U/L	D Mergistina (11)		ng/mL																																																																																																																																																																																																									
D Cocaine U		ng/mL	D LHbeta		U/L	D BNP (69)		ng/mL																																																																																																																																																																																																									
D Dopamine U		ng/mL	D LHbeta		nmol/L	D Alcolotemia (16)		g/L																																																																																																																																																																																																									
D Antidamine U		ng/mL				D Ammonia (12)		Micromol/L																																																																																																																																																																																																									
D Sodio U		ng/mL																																																																																																																																																																																																															
Quesito Clinico: Medico richiedente:																																																																																																																																																																																																																	

 T. Lilla	 T. Azzurro	 T. Giallo Urine	 T. Bianco Siero
 T. Bianco Urine	 T. Nero Liquor	 T. Grigio 4ml Ghiaccio	 Siringa Ep. Ghiaccio
 T. Lilla BNP	 T. Grigio 4ml ALCO	 T. Verde Eparina	 T. Lilla 3ml Ghiaccio
 T. Rosa	 MB BATTERIOLOGIA	 MB FL.ARGENTO Aerobi	 MB FL.ORO Anaerobi

Indagini sierologiche da eseguire sul paziente fonte

<input checked="" type="checkbox"/> HIV-Ab/Ag <input checked="" type="checkbox"/> HbsAg <input checked="" type="checkbox"/> HbeAg <input checked="" type="checkbox"/> Anti HBs <input checked="" type="checkbox"/> Anti HCV	L'U.O. di Microbiologia esegue i test con procedura di urgenza e : <ul style="list-style-type: none"> ▪ trasmette immediatamente l'esito (se positivo) al medico operatore sanitario che ha in carico il paziente fonte ▪ trasmette il referto anche l'infettivologo dell'AOU BO <u>solo in caso di esito positivo del test HIV</u>
---	--

L'ANALISI VIROLOGICA IN URGENZA È VOLTA A RILEVARE RAPIDAMENTE UNA INFEZIONE DA HIV, IN MODO DA CONSENTIRE L'INIZIO DELLA SPECIFICA PROFILASSI FARMACOLOGICA (PPE) NEI TEMPI EFFICACI (DA 4 A 12 ORE) E RIGUARDA UNICAMENTE IL PRELIEVO SUL PAZIENTE FONTE NON QUELLO RELATIVO AL

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>
<p>NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE</p>	<p>Procedura Interaziendale P-INT 30</p>

TEMPO ZERO DELL'OPERATORE INFORTUNATO, CHE SARÀ EFFETTUATO SUCCESSIVAMENTE PRESSO LA U.O.C. DI MEDICINA DEL LAVORO A GESTIONE UNIFICATA o SPPA per AUSL Imola.

5.3.3. Presa in carico, valutazione e gestione esami ematici del soggetto fonte (minori)

Soggetto fonte di età compresa tra 0 e 4 anni

Il Medico della Struttura informa i genitori/tutore del minore sulla motivazione dell'esecuzione del prelievo e ne acquisisce il consenso informato (All.2 MOD01P-INT 30).

Ottenuto il consenso al prelievo, l'Assistente Sanitario/Infermiere della Pediatria territoriale completa il suddetto modulo con i dati dell'operatore coinvolto nell'incidento, effettua il prelievo o concorda telefonicamente l'appuntamento per il prelievo con il Coordinatore/Infermiere della UO Pediatria ospedaliera più vicina, (All.3 P-INT 30) e consegna ai genitori/tutore del minore copia del modulo del consenso informato firmato.

Soggetto fonte minore di età superiore ai 4 anni

La gestione del soggetto fonte avviene con le stesse modalità sopradescritte, ad eccezione della sede in cui effettuare il prelievo ematico che è l'UO/UA Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale della sede più vicina.

Soggetto fonte non noto o mancato consenso al prelievo

In caso di mancato consenso da parte dei genitori/tutore all'esecuzione del prelievo ematico, ci si comporta come se la fonte fosse potenzialmente infetta.

5.3.4. Infortunio in caso di assistenza domiciliare

Contesto particolare nel quale può accadere l'incidento è l'Assistenza Domiciliare prestata dagli operatori in regime di pronta disponibilità di **domenica** o nei **giorni festivi**: in tale situazione, ove non sia possibile per l'operatore infortunato accedere ad una struttura territoriale aziendale dotata di DNWEB, l'invio della richiesta viene effettuata tramite il modulo cartaceo allegato alla provetta (fac-simile riportato in precedenza) e i costi del **prelievo ematico** sul **soggetto fonte** sono a carico dell'Azienda di appartenenza dell'operatore.

5.3.5. Presa in carico dell'operatore infortunato e denuncia INAIL

L'operatore **deve** essere messo nelle condizioni di potersi recare presso PS/PPI/altra sede definita al massimo **entro 4 ore** dall'incidento, dopo aver attivato le modalità di sostituzione previste all'interno di ciascuna struttura:

- per una prima valutazione dell'esposizione
- per gli eventuali provvedimenti di profilassi
- per l'apertura formale della procedura infortunistica (copertura INAIL)

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE	Procedura Interaziendale P-INT 30

Sedi definite per la presa in carico dell'infortunato:

Operatori AOU BO , AUSL BO, AUSL Imola	PS /PPI	
Operatori OSP. BELLARIA	Medico di guardia del reparto in cui è avvenuto l'infortunio	Se l'infortunio è avvenuto all'interno dell'Ospedale Bellaria (nelle ore diurne e notturne) o dello IOR (solo nelle ore notturne), l'operatore infortunato, <u>al termine del proprio turno di lavoro</u> , si reca presso un PS per effettuare la denuncia INAIL e, se necessaria, la consulenza infettivologica presso la UO di Malattie infettive dell'AOU BO .
Operatori IOR	PS nelle ore diurne (fino alle 19.30) Medico di guardia nelle ore notturne	

Nel caso in cui sia stato eseguito il prelievo al paziente fonte, l'accesso a tali sedi può essere dilazionato fino al ricevimento dell'esito degli accertamenti sierologici.

5.3.6. Attività specifiche in PS/PPI

L'infermiere di triage accoglie l'operatore infortunato e gli attribuisce il **codice di gravità giallo**. Tale attribuzione di codice colore viene comunque mantenuta all'interno di un range di 72 ore dall'esposizione a rischio biologico. Oltre le 72 ore viene attribuito il codice di gravità verde.

Il Medico:

- **Prende visione dei referti** del paziente fonte, secondo le modalità correnti.
- **Visita l'operatore.**
- **Valuta il rischio di esposizione ad HIV** (schema al par 5.3.7.2.).
- **Valuta il rischio di esposizione ad HBV** ed eventualmente prescrive la somministrazione di immunoglobuline specifiche (schema al par. 5.3.7.1.) previo consenso informato (All.4 MOD02P-INT 30).
- **Valuta l'opportunità di iniziare la PPE, sulla base della documentazione** sanitaria inerente lo status sierologico del soggetto fonte e l'eventuale consulenza infettivologica.
- **Richiede la consulenza infettivologica** (la richiesta e l'esito della consulenza telefonica devono essere annotate sul referto di PS/PPI/ altra sede definita, specificando il nome dell'infettivologo), o invia il paziente presso l'UO di Malattie Infettive dell'AOU BO, secondo il seguente prospetto:

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE		Procedura Interaziendale P-INT 30

Se l'incidento avviene...	Il medico	Quando
... presso l'AOU e i dati sierologici del paziente fonte sono positivi	Invia il paziente presso l'UO di Malattie Infettive AOU BO	Sempre
... presso gli Ospedali della città di Bologna (Maggiore, IOR, Bellaria) e i dati sierologici del paziente fonte sono positivi	Invia il paziente presso l'UO di Malattie Infettive AOU BO	Abitualmente
	Richiede la consulenza telefonica al medico infettivologo dell'AOU BO	Solo in caso di criticità che comportino tempi lunghi per l'arrivo in Malattie Infettive AOU BO
... presso gli ospedali periferici ¹ e AUSL di Imola e i dati sierologici del paziente fonte sono positivi	Invia il paziente presso l'UO di Malattie Infettive AOU BO	Abitualmente
	Richiede la consulenza telefonica al medico infettivologo dell'AOU BO	Se le condizioni di meteo/viabilità non permettano l'arrivo in Malattie Infettive AOU BO nei tempi necessari

¹ Ospedali periferici: Bazzano - Bentivoglio - Budrio - Loiano - Porretta - San Giovanni in Persiceto - Vergato.

- **Somministra la prima dose della PPE**, se ritenuta opportuna a seguito della consulenza infettivologica, previo consenso informato dell'operatore infortunato. Le dosi successive sono erogate dall'UO di Malattie Infettive.

Tutti i PS/PPI, il reparto di Chirurgia polispecialistica degenza (PAD F 1° p.) per l'Ospedale Bellaria, la Terapia Intensiva dello IOR sono provvisti di **START-KIT** per la somministrazione della **prima dose** di PPE e sono responsabili della gestione delle relative scorte e scadenze. Fa eccezione il PS dell'AOU BO in cui non c'è necessità di tale dotazione in quanto il soggetto infortunato si reca sempre direttamente presso l'U.O. di Malattie Infettive per la somministrazione della prima e delle successive dosi della PPE.

Lo START KIT (la cui composizione è riportata nell'allegato 6 P-INT 30) **comprende la dose di 3 giorni**.

Per la prosecuzione della terapia, l'infortunato si reca presso gli ambulatori HIV dell'AOU BO per la prescrizione (durata 28 giorni) e presso la farmacia dell'Area Malpighi (Pad. 2) per il ritiro dei farmaci (All.3 P-INT 30).

- **Redige il certificato medico di infortunio** e ne consegna all'operatore infortunato **due copie** (una per l'operatore e una per l'Ufficio presenze/assenze di riferimento); contestualmente avviene l'invio telematico all'INAIL. Se l'incidento avviene in una **sede differente da quella di afferenza del dipendente**, la gestione successiva dell'evento è di pertinenza della Medicina del Lavoro/SPPA territorialmente competenti.
- **Indirizza l'operatore infortunato a prendere contatto con la Medicina del Lavoro/SPPA** territorialmente competenti per il proseguimento del percorso di gestione dell'infortunio nel rispetto della tempistica indicata.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli e Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE		Procedura Interaziendale P-INT 30

5.3.7. Raccomandazioni e trattamenti in caso di rischio accertato

5.3.7.1. PPE dell'infezione da HBV

Stato dell'operatore infortunato	Trattamento		
	Fonte HBsAg positivo	Fonte HBsAg negativo	Fonte sconosciuta, o test non disponibile
NON VACCINATO (HBsAb e HBcAb negativi)	HBIg Presso PS	Vaccino presso MDL/SPPA	Vaccino presso MDL/SPPA

Stato dell'operatore infortunato	Fonte HBsAg positivo	Fonte HBsAg negativo	Fonte sconosciuta, o test non disponibile
VACCINATO Presso MDL/SPPA Testare per l'HBsAb:			
HBsAb ≥ 10 mUI/ml	Nessun trattamento	Nessun trattamento	Nessun trattamento
HBsAb ≥ 1 mUI/ml e < 10 mUI/ml	Vaccino (una dose poi valutare HBsAb)	Nessun trattamento	Vaccino (una dose poi valutare HBsAb)
HBsAb = 0 mUI/ml	Vaccino (in seguito valutare necessità di completare un secondo ciclo vaccinale)	Nessun trattamento	Se la fonte è considerata ad alto rischio, trattare come se fosse HBsAg+

HBIg= immunoglobuline specifiche anti-HBV **HBsAb**= anticorpi anti antigene di superficie HBV

Il ciclo di vaccinazione deve seguire preferibilmente il calendario accelerato (0, 1, 2, 6-12 mesi).

L'immunoprofilassi anti HBV (a cura della MDL) deve essere iniziata il più presto possibile, preferibilmente **entro le 24 ore**, comunque non oltre 7 giorni da un'esposizione percutanea.

5.3.7.2. PPE dell'infezione da HIV

In caso di esposizione a paziente a rischio HIV, la profilassi post-esposizione deve essere intrapresa entro 4-12 ore.

I criteri da adottare per l'eventuale profilassi post-esposizione e i relativi livelli di rischio sono di seguito rappresentati:

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE		Procedura Interaziendale P-INT 30

PAZIENTE FONTE	RISCHIO	PPE
HIV positivo accertato o noto	ALTO (A)	<u>RACCOMANDATA</u>
Stato sierologico sconosciuto e/o non accertabile, rifiuto ad eseguire il prelievo, oppure materiale biologico con il quale si è verificato l'infortunio non più disponibile	MEDIO/BASSO (B)	Considerata
HIV negativo accertato o noto		Sconsigliata

Se l'infortunato appartiene al livello di rischio A o B, la gravità del rischio si valuta anche in base al tipo di esposizione e di materiale contaminante come indicato nello schema di seguito.

Tipo di esposizione	RISCHIO	PPE
Percutanea (puntura, ferita, taglio)	ALTO	<u>RACCOMANDATA</u> se in profondità e spontaneamente sanguinante
	MEDIO/BASSO	Considerata se superficiale senza sanguinamento
Di mucose o cute non integra	ALTO	<u>RACCOMANDATA</u> per l'esposizione congiuntivale e per la contaminazione massiva e/o prolungata di mucosa
	MEDIO/BASSO	Considerata negli altri casi
Morso	MEDIO/BASSO	Considerata
Contatto prolungato di vasta area cutanea sana con sangue	MEDIO/BASSO	Considerata
Di cute integra		Sconsigliata

Tipo di materiale contaminante	RISCHIO	PPE
Sangue, altro materiale biologico visibilmente contenente sangue, liquor, virus concentrato in colture di laboratorio	ALTO	<u>RACCOMANDATA</u>
Liquido amniotico, cerebrospinale, sinoviale, pleurico, pericardio, peritoneale, tessuti, sperma o secrezioni vaginali	MEDIO/BASSO	Considerata
Urine, vomito, saliva, feci, lacrime, sudore, espettorato		Sconsigliata

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE</p>	<p>Procedura Interaziendale</p> <p>P-INT 30</p>

Sono **CRITERI DI ESCLUSIONE** della PPE, la **gravidanza** (valutare sempre l'opportunità di eseguire il test) e i criteri espressamente indicati nelle **controindicazioni di ogni farmaco**.

5.3.7.3. Esposizione ad HCV

Non è al momento ancora disponibile un profilassi anti HCV.

In caso di esposizione a rischi HCV l'operatore infortunato successivamente all'accesso al PS/PPI/altra sede definita deve recarsi presso la MDL/SPPA per eseguire il prelievo al tempo zero e definire il follow-up dell'infortunio.

5.3.7.4. Attività dell'infettivologo

- effettua consulenza specialistica telefonica sul soggetto infortunato
- somministra la prima dose della PPE per HIV presso l'AOU BO o ne delega la somministrazione al medico che ha in carico l'infortunato
- prescrive i farmaci previsti per la prosecuzione della terapia PPE fino al termine della profilassi

5.3.8. Presa in carico dell'infortunato presso MDL/SPPA e follow-up

Il primo giorno lavorativo successivo all'infortunio e comunque **entro 3 giorni lavorativi**, l'operatore infortunato si reca presso la MDL/SPPA (All. 3 P-INT-30) per:

- la consegna della documentazione sanitaria in suo possesso (denuncia di infortunio, certificato di PS, copia della eventuale consulenza infettivologica) allo scopo di effettuare la registrazione dell'infortunio
- il prelievo per l'esecuzione degli accertamenti al tempo zero
- definire i controlli di follow-up se necessario e la raccolta di dati che permettano la valutazione della modalità di accadimento dell'infortunio.

La suddetta tempistica non è applicabile nel caso in cui la MDL/SPPA sia chiusa per il susseguirsi di giornate festive. In tale evenienza l'operatore contatta la MDL/SPPA il primo giorno di riapertura del Servizio.

Il medico della MDL/SPPA, presa visione della documentazione, **prescrive**, previo consenso informato dell'operatore (All.5 MOD03P-INT 30), il prelievo per le indagini sierologiche al tempo zero, **attiva il follow-up** post esposizione secondo il protocollo regionale previsto (vedi tabella sottostante), valutando eventuali indicazioni diverse dell'infettivologo, **predispone e consegna** all'operatore infortunato **un'informativa della chiusura dell'evento**.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
NORME DI COMPORTAMENTO IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO E PRINCIPI DI PREVENZIONE		Procedura Interaziendale P-INT 30

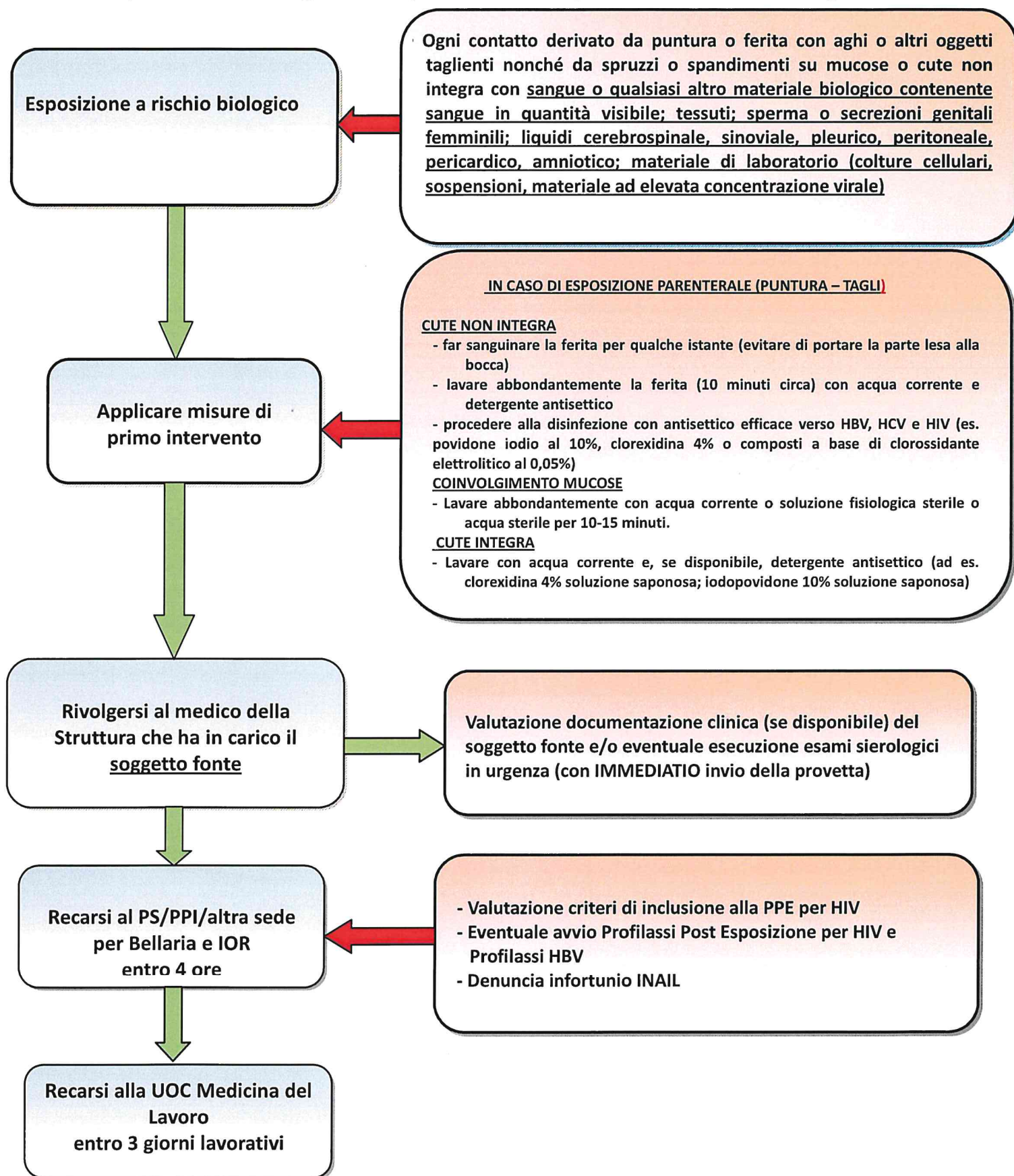
5.3.8.1. Accertamenti sierologici sull'operatore infortunato

Tempo dall'esposizione	Accertamenti		
Tempo "zero"	HIV- Ab	- HBsAg - HBsAb con titolazione - HBcAb	- HCV-Ab, transaminasi
Prelievi successivi	Se vi è stata esposizione a:		
	HIV	HBV	HCV
Tempo dall'esposizione	Accertamenti		
6-8 settimane	HIV-Ab	Marcatori HBV, transaminasi	HCV-Ab, transaminasi
3 mesi	HIV-Ab	Marcatori HBV, transaminasi	HCV-Ab, transaminasi
6 mesi	HIV-Ab	Marcatori HBV, transaminasi	HCV-Ab, transaminasi
<p>Nel caso in cui il paziente fonte risulti negativo per HIV (anti-HIV), HCV (anti HCV IgG) e HBV (HbsAg), non è necessario impostare controlli di follow-up.</p>			

6. Indicatori

N.	Indicatore	Target (valore a cui tendere)	Responsabile raccolta /elaborazione dati	Frequenza elaborazione	Destinatario
1	% di operatori infortunati che si presentano in PS/medico di reparto dopo 4 ore dall'infortunio/totale operatori infortunati	<10%	MDL/SPPA	semestrale	Direzione Generale
2	% di operatori infortunati che si presentano alla MDL/SPPA oltre i 3 gg lavorativi	< 10 %	MDL/SPPA	semestrale	Direzione Generale
3	% di operatori infortunati sieroconvertiti/totale operatori infortunati che hanno seguito il percorso definito	0	MDL/SPPA	annuale	Direzione Generale

Comportamento a seguito di esposizione occupazionale a rischio biologico



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p align="center">CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE all'esecuzione di accertamenti sierologici nel SOGGETTO FONTE</p>	<p align="center">MOD 01 P-INT 30 Allegato 2</p>

CONSENSO

SOGGETTO FONTE ADULTO

Io sottoscritto/a

nato/a a.....il.....

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

ESPRIMO IL CONSENSO all'esecuzione del prelievo di sangue venoso per ricerca :

HIV **HBV** **HCV**

o di eventuali altre indagini atte ad individuare malattie trasmissibili.

ESPRIMO IL RIFIUTO all'esecuzione del prelievo ematico, ai sensi della L 135/90, art 5, punto 3.

Dichiaro di essere stato informato che tali esami:

- potrebbero rendersi necessari
- si rendono necessari

a seguito di un incidente occorso ad un operatore che è venuto a contatto con materiale biologico e che i risultati di tali esami saranno utilizzati per attivare eventuali interventi preventivi e/o terapeutici che risultassero necessari.

L'autorizzazione a tali accertamenti è subordinata al rispetto della privacy, del segreto professionale e d'ufficio. Dichiaro altresì di essere stato informato che eventuali positività agli accertamenti sanitari potranno essere portati a conoscenza dell'operatore infortunato e a chi, per competenza ne dovrà essere informato.

Nulla è dovuto da parte mia per i prelievi espressamente autorizzati con la presente.

- chiedo di venire a conoscenza dell'esito degli esami eseguiti
- chiedo di non venire a conoscenza dell'esito degli esami eseguiti

Data.....

.....
Firma del paziente

.....
Firma e timbro del medico

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p align="center">CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE all'esecuzione di accertamenti sierologici nel SOGGETTO FONTE</p>	<p align="center">MOD 01 P-INT 30 Allegato 2</p>

AUTORIZZAZIONE

SOGGETTO FONTE ADULTO

Io sottoscritto/a

nato/a a.....il.....

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

AUTORIZZO l'esecuzione del prelievo di sangue venoso per ricerca :

HIV **HBV** **HCV**

o di eventuali altre indagini atte ad individuare malattie trasmissibili.

NON AUTORIZZO l'esecuzione del prelievo ematico, ai sensi della L 135/90, art 5, punto 3.

Dichiaro di essere stato informato che tali esami:

si rendono necessari

a seguito di un incidente occorso ad un operatore che è venuto a contatto con materiale biologico e che i risultati di tali esami saranno utilizzati per attivare eventuali interventi preventivi e/o terapeutici che risultassero necessari.

L'autorizzazione a tali accertamenti è subordinata al rispetto della privacy, del segreto professionale e d'ufficio. Dichiaro altresì di essere stato informato che eventuali positività agli accertamenti sanitari potranno essere portati a conoscenza dell'operatore infortunato e a chi, per competenza ne dovrà essere informato.

Nulla è dovuto da parte mia per i prelievi espressamente autorizzati con la presente.

chiedo di venire a conoscenza dell'esito degli esami eseguiti

chiedo di non venire a conoscenza dell'esito degli esami eseguiti

Data.....

.....

Firma del paziente

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE all'esecuzione di accertamenti sierologici nel SOGGETTO FONTE</p>	<p>MOD 01 P-INT 30 Allegato 2</p>

CONSENSO

SOGGETTO FONTE DI ETÀ MINORE

Io sottoscritto/a

nato/ail

genitore/tutore del minore Nome Cognome.....

data di nascita.....

a conoscenza delle motivazioni per cui viene chiesto di minore di sottoporsi a prelievo ematico di controllo ed in riferimento alla L 135/90 art 5, punto 3

ESPRIMO IL CONSENSO all'esecuzione del prelievo di sangue venoso per ricerca :

HIV **HBV** **HCV**

o di eventuali altre indagini atte ad individuare malattie trasmissibili.

ESPRIMO IL RIFIUTO all'esecuzione del prelievo ematico, ai sensi della L 135/90, art 5, punto 3.

Dichiaro di essere stato informato che tali esami:

potrebbero rendersi necessari

si rendono necessari

a seguito di un incidente occorso ad un operatore che è venuto a contatto con materiale biologico e che i risultati di tali esami saranno utilizzati per attivare eventuali interventi preventivi e/o terapeutici che risultassero necessari.

L'autorizzazione a tali accertamenti è subordinata al rispetto della privacy, del segreto professionale e d'ufficio.

Dichiaro altresì di essere stato informato che eventuali positività agli accertamenti sanitari potranno essere portati a conoscenza dell'operatore infortunato e a chi, per competenza ne dovrà essere informato.

Nulla è dovuto da parte mia per i prelievi espressamente autorizzati con la presente.

Il referto verrà ritirato dal genitore/tutore presso l'ambulatorio vaccinale .

Firma del genitore /tutore

Firma del medico

Luogo e data..... Operatore coinvolto.....

Articolazione organizzativa

n. tel e-mail..... n. fax.....

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p align="center">CONSENSO INFORMATO/AUTORIZZAZIONE all'esecuzione di accertamenti sierologici nel SOGGETTO FONTE</p>	<p align="center">MOD 01 P-INT 30 Allegato 2</p>

AUTORIZZAZIONE

SOGGETTO FONTE DI ETÀ MINORE

Io sottoscritto/a

nato/a il

genitore/tutore del minore Nome Cognome.....

data di nascita.....

a conoscenza delle motivazioni per cui viene chiesto di minore di sottoporsi a prelievo ematico di controllo ed in riferimento alla L 135/90 art 5, punto 3

AUTORIZZO l'esecuzione del prelievo di sangue venoso per ricerca :

HIV **HBV** **HCV**

o di eventuali altre indagini atte ad individuare malattie trasmissibili.

NON AUTORIZZO l'esecuzione del prelievo ematico, ai sensi della L 135/90, art 5, punto 3.

Dichiaro di essere stato informato che tali esami:

si rendono necessari

a seguito di un incidente occorso ad un operatore che è venuto a contatto con materiale biologico e che i risultati di tali esami saranno utilizzati per attivare eventuali interventi preventivi e/o terapeutici che risultassero necessari.

L'autorizzazione a tali accertamenti è subordinata al rispetto della privacy, del segreto professionale e d'ufficio.

Dichiaro altresì di essere stato informato che eventuali positività agli accertamenti sanitari potranno essere portati a conoscenza dell'operatore infortunato e a chi, per competenza ne dovrà essere informato.

Nulla è dovuto da parte mia per i prelievi espressamente autorizzati con la presente.






Il referto verrà ritirato dal genitore/tutore presso l'ambulatorio vaccinale .

Firma del genitore /tutore

Luogo e data..... Operatore coinvolto.....

Articolazione organizzativa

n. tel e-mail..... n. fax.....






 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p align="center">Servizi di riferimento utili: Indirizzi e orari</p>	<p align="center">Allegato n. 3 P-INT 30</p>

PRONTO SOCCORSO/PPI OSPEDALIERI

- ❖ Ospedale di Loiano - **PPI** →051 6543710
- ❖ Ospedale di Bazzano - **PS** → 051 838804
- ❖ Ospedale di Bentivoglio - **PS**→ 051 6644257
- ❖ Ospedale di Budrio - **PS** →051 809310
- ❖ Ospedale di Porretta Terme - **PS** →0534 20713
- ❖ Ospedale di San Giovanni in Persiceto - **PS** →051 6813211
- ❖ Ospedale di Vergato - **PS** →051 6749275) **ambul./ triage** 051 6749211
- ❖ Ospedale Maggiore - **PS** →051 6478111
- ❖ Ospedale S. Orsola - Malpighi - **PS** →051 2144429
- ❖ IOR - **PS** triage → 051 636300
- ❖ Ospedale di Imola – **ACCETTAZIONE/PS**→0542 662711

SEDI PEDIATRICHE OSPEDALIERE DI RIFERIMENTO

- ❖ **Ospedale Maggiore di Bologna**
8 - 13: Coordinatore Infermieristico Pediatria →051-6478411 o 051-6478437
Day Hospital Pediatrico →fax 051-31721259
13 - 20 : PS Pediatrico al n. 051 6478388
- ❖ **Ospedale di Bentivoglio –**
8 - 20: Triage Pronto Soccorso Pediatrico →051 6644227 (fax: 051-6644399)
Coordinatore Infermieristico ed operatori→051-6644140/347-1172971
- ❖ **Ospedale di Porretta Terme**
Coordinatore Infermieristico Pediatria →0534-20747
N. tel. Operatori Degenza Settore Pediatria : 0534-20746 (fax:0534-20749)
- ❖ **Ospedale S. Orsola di Bologna**
9 - 16 Coordinatore Infermieristico Pediatria →051-2144630
h24 : PS Pediatrico ambulatorio medici al n. 051- 2143042

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p align="center">Servizi di riferimento utili: Indirizzi e orari</p>	<p align="center">Allegato n. 3 P-INT 30</p>

SERVIZI DI LABORATORIO

Inserire la provetta di sangue tappo rosa in doppio contenitore (sacchetto dentro al barattolo);
legare al barattolo etichetta per MICROBIOLOGIA e inviarla a:

- ❖ U. O. di Microbiologia-AOU Ospedale S.Orsola-Malpighi -Padiglione 11, 2° piano
(laboratorio virus epatiti)
lunedì - sabato 7.30 - 19.30 → 051-2144247
- ❖ U. O. di Microbiologia-AOU Ospedale S.Orsola-Malpighi -Padiglione 20, 2° piano
(Laboratorio batteriologia)
Domenica e festivi 7.30-13.00 → 051-2144515
Cell. 334 6598450
- ❖ Laboratorio Unico Metropolitano-AOU Ospedale S.Orsola-Malpighi -Padiglione
20, 1° piano
(Laboratorio Centralizzato Settore Urgenze)
lunedì - sabato 19.30-7.30 e Domenica e festivi 13.00-7.30 → Cell. 334 6598450

Numero di fax → 051-2144451

UO MALATTIE INFETTIVE AOU S. ORSOLA-MALPIGHI






- ❖ Reparto di Malattie Infettive PAD. 6

Il medico infettivologo è reperibile per consulenze h 24
Per contattare il medico infettivo logo di reparto:
Piano terra: 051-2143982-3
1° piano: 051-2144351-2
Fax 051-2143854

- ❖ Farmacia per la distribuzione dei farmaci

Via Palagio Palagi n. 9, PAD 1, 3° piano

lunedì - martedì - mercoledì 8.30-18 → 0512142852 - Fax 051 2142856

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>Servizi di riferimento utili: Indirizzi e orari</p>	<p>Allegato n. 3 P-INT 30</p>

giovedì - venerdì 8.30-14 → 0512142852 - Fax 051 2142856

L'utente che deve proseguire la PPE dopo la prima somministrazione, deve recarsi presso l'ambulatorio specialistico di malattie infettive dell'AOU BO (Via Palagio Palagi n. 9, PAD 1, 3° piano) a partire **dalle ore 10 del mattino** in quanto, il medico in servizio deve predisporre l'adeguato piano terapeutico necessario al ritiro dei farmaci presso la farmacia.

MEDICINA DEL LAVORO (UOC A GESTIONE UNIFICATA)/SPPA

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Padiglione 1 Via P. Palagi n.9, 5° piano **Ambulatorio n. 1**

→051 2142752 (fax 051 2142609); e-mail: medicina.lavoro@aosp.bo.it

❖ **lunedì – mercoledì 8.30 – 16.30**

❖ **giovedì – venerdì 8.30 – 14.00**

Ospedale Maggiore della AUSL Bologna

Largo Nigrisoli n. 2, Palazzina C dei Servizi, 2° piano, **Ambulatorio n. 47**

→051-6478707 (fax 051-6478816); e-mail: mepreom@ausl.bo.it

❖ **lunedì - giovedì 8.00-15.30**

❖ **venerdì 8.00-14.00**

Ospedale Bellaria della AUSL Bologna

Via Altura n.3, Padiglione Tinozzi

→051 6225279 (fax 051 6225305) ; e-mail : asv.bellaria@ausl.bo.it

❖ **lunedì - giovedì 7.30 -15.00**

❖ **venerdì 7.30 -13.30**

Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR) IRCS BO

Via G. Pupilli n. 1

→051 6366377 (tel. E fax); e-mail : med.lavoro@ior.it

❖ **lunedì-venerdì 7,15-13,30**

Strutture territoriali del Distretto di Bologna e il Dipartimento di Salute

Mentale-Dipendenze patologiche






Ospedale Maggiore

Largo Nigrisoli n.2, Palazzina C dei Servizi, 2° piano, **Ambulatorio n.46**

→051 3172081 (fax 051 3172082); e- mail : mpareacentro@ausl.bo.it

❖ **lunedì - giovedì 8.00 -15.30**

❖ **venerdì 8.00 - 14.00**

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>Servizi di riferimento utili: Indirizzi e orari</p>	<p>Allegato n. 3 P-INT 30</p>

Ospedali di Bazzano, Loiano, Porretta Terme, Vergato e Distretto Reno, Lavino e Samoggia, Distretto Appennino bolognese, Distretto San Lazzaro di Savena

Ospedale Bellaria

Via Altura n. 3, Padiglione Tinozzi

→051 6225916 (fax 051 6225915); e-mail : asv.bellaria@ausl.bo.it

- ❖ lunedì - giovedì 7.30 -15.00
- ❖ venerdì 7.30 - 13.30

Ospedali di Bentivoglio, S. Giovanni in Persiceto, Budrio e Distretto

Pianura Ovest e Distretto Pianura Est

Ospedale S. Giovanni in Persiceto

Via Mazzocchi 2 (palazzina guardia medica)

→051 6813326 (fax 051 6813349); e-mail: mpareanord@ausl.bo.it

- ❖ lunedì al giovedì 8.00 - 15.30
- ❖ venerdì 8.00 - 14.00

Ospedale S. Maria della Scaletta di Imola

Ospedale vecchio

Viale Amendola 8 (UO di medicina preventiva)

→0542 604991 (fax 0542 604981) e-mail: med.preventiva@ausl.imola.bo.it

- ❖ lunedì al venerdì 8.30 - 12.30

SERVIZIO TRASPORTI

Servizio Trasporto Cose:

Ospedale Maggiore: coordinamento autisti

- ❖ lunedì - venerdì 8.00 - 13.00 → 051 6478711 (breve 38711)

Centrale Operativa della ditta aggiudicataria del "Servizio trasporto cose"

- ❖ tutti i giorni, festivi compresi 13.00 - 8.00 → 800-279108 (fax 051-0822732)
(centro di costo di MEPRE 1000802)

Servizio Trasporto Persone :

Servizio trasporto persone di Cose Puri






- ❖ h24 → 051 519090

Servizio trasporto urgente provette (IMOLA)

- ❖ Portineria Ospedale Nuovo Imola → 0542 662111

IOR

- ❖ Si fa riferimento a: PG 02 DS "Confezionamento e trasporto dei campioni biologici"

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>CONSENSO INFORMATO dell'operatore per PROFILASSI HIV/HBV</p>	<p>MOD 02 P-INT 30 Allegato 4</p>

Consenso Informato dell'operatore per PROFILASSI HIV

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 da HIV (profilassi)**.

Alla luce delle attuali conoscenze lei è stato informato:

1. circa l'entità del rischio di infezione da HIV, in generale e riferito al suo caso specifico;
2. che alcuni studi hanno evidenziato la potenziale efficacia dell'assunzione di farmaci diretti contro l'HIV nel ridurre tale rischio;
3. che i risultati di tali studi non possono comunque essere considerati definitivi e che, sulla base delle attuali limitate conoscenze, l'efficacia di tali farmaci nel prevenire l'infezione non può considerarsi assoluta;
4. 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;
5. delle possibili controindicazioni di tali farmaci, tra le quali la gravidanza;
6. delle modalità di somministrazione dei farmaci e degli accertamenti previsti;
7. sulla necessità di informare direttamente il proponente la PPE di ogni episodio febbrile che si verifichi nei prossimi 12 mesi soprattutto se accompagnato a rash cutanei e/o linfadenopatia.

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 ed i controlli necessari le sono assicurati senza alcuna spesa.

Il medico che l'assiste ha l'obbligo di mantenere la più stretta confidenzialità sul suo 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.

I farmaci le saranno dati senza alcuna spesa a suo carico.

La possibile efficacia della profilassi dipende in parte anche da un pronto 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.

Consenso Informato dell'operatore per PROFILASSI HBV

Lei ha segnalato un incidente avvenuto durante la sua attività lavorativa che comporta un rischio potenziale di infezione da **HBV**. Per tale motivo, considerato il suo stato immunologico nei confronti di tale patologia, le è stata offerta la **possibilità di assumere immunoglobuline come mezzo di prevenzione della trasmissione dell'infezione**.

Alla luce delle attuali conoscenze lei è stato informato:

1. circa l'entità del rischio di infezione da HBV, in generale e riferito al suo caso specifico,
2. che gli studi hanno evidenziato la potenziale efficacia dell'assunzione di immunoglobuline specifiche nel ridurre tale rischio,
3. che, sulla base delle attuali conoscenze, l'efficacia del trattamento nel prevenire l'infezione non può considerarsi assoluta,
4. delle modalità di somministrazione,
5. delle possibili controindicazioni ed effetti indesiderati di tale somministrazione e sulla necessità di informare direttamente il proponente la somministrazione di immunoglobuline sull'eventuale insorgenza di disturbi.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>CONSENSO INFORMATO dell'operatore per PROFILASSI HIV/HBV</p>	<p>MOD 02 P-INT 30 Allegato 4</p>

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 ed i controlli necessari le sono assicurati senza alcuna spesa.
 Il medico che l'assiste ha l'obbligo di mantenere la più stretta confidenzialità sul suo caso.
 Il trattamento con immunoglobuline le sarà somministrato senza alcuna spesa a suo carico.
 La possibile efficacia della profilassi dipende in parte anche da un pronto inizio.
 Per tale motivo le viene richiesto di sottoscrivere ora il presente modulo sia nel caso che decida di assumere i farmaci sia che decida di non assumerli.

Il sottoscritto

nato a Il

n. tel. n. cell. indirizzo e-mail

residente a

con domicilio a

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:






HIV

HBV

.....
 firma dell'operatore esposto

.....
 firma e timbro del medico

Luogo e data.....

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>CONSENSO INFORMATO dell'OPERATORE all'esecuzione degli ESAMI</p>	<p>MOD 03 P-INT 30 Allegato 5</p>

Io sottoscritto/a

nato/a a.....il.....

residente a.....

qualifica.....

Servizio /UO di appartenenza:.....

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,

ESPRESSO IL CONSENSO a sottopormi a prelievo ematico per ricerca :

HIV **HBV** **HCV**

o di altre indagini utili per attivare eventuali interventi preventivi e /o terapeutici che risultassero necessari.






ESPRESSO IL RIFIUTO a sottopormi a prelievo ematico, ai sensi della L 135/90, art 5, punto 3.

L'autorizzazione a tali accertamenti è subordinata al rispetto della privacy, del segreto professionale e d'ufficio.

Data.....

.....
firma dell'operatore

.....
firma e timbro del medico

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 
<p>COMPOSIZIONE dello START-KIT (farmaci per PPE HIV)</p>	<p>Allegato n. 6 P-INT 30</p>

- **TRUVADA (EMTRICITABINA 200 mg /TENOFVIR DISOPROXIL 245mg)**
(Dosaggio: 1 cp al giorno)

Associato a:

- **REZOLSTA (DARUNAVIR 800mg/COBICISTAT 150 mg)**
(Dosaggio: 1 cp al giorno)

In alternativa al Rezolsta, se uso di contraccezione post-coitale e in caso di inizio tardivo (tra le 24 e le 48 ore) della PPE utilizzare:

- **ISENTRESS (RALTEGRAVIR) CP 400 mg**
(Dosaggio 1 cp ogni 12 ore)

NOTA: La valutazione clinica e l'anamnesi farmacologica del paziente fonte e dell'infortunato devono, comunque, guidare lo specialista nella scelta dello schema farmacologico.