



Comune  
di Milano

**PROCEDURA SPP MC n.008**

**TITOLO:**

## ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A MATERIALE BIOLOGICO POTENZIALMENTE INFETTO

**CAMPO DI APPLICAZIONE:**

La procedura si rivolge a tutto il personale che durante l'attività lavorativa potrebbe essere esposto a materiale biologico a rischio:

- esposizione parenterale (puntura, ferita con strumenti contaminati)
- esposizione mucosa (schizzi in bocca o agli occhi)
- contaminazione di cute lesa (ferite, abrasioni, dermopatie, ecc.)

**SCOPO:**

Gestire gli infortuni a rischio biologico tramite procedura precisa, dal momento dell'accadimento fino al follow-up di controllo.

<b>Prima emissione</b>	<b>REV04</b>	<b>Redatto</b>	<b>Approvato</b>
Gennaio 01	Dicembre 2010	Servizio di Sorveglianza Sanitaria	Datore di Lavoro

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p><i>Pagina 2 di 15</i></p>

## IL LAVORATORE

1. In caso di puntura da ago o altro oggetto tagliente:
  - Aumentare il sanguinamento
  - Lavare abbondantemente con acqua e sapone
  - Disinfettare la ferita con acqua ossigenata (5-10%) o disinfettante tipo Citrosil
  
2. In caso di schizzo di liquido biologico nel cavo orale o nella congiuntiva:
  - Procedere ad immediato e abbondante risciacquo con acqua corrente
  
3. In caso di schizzo di liquido biologico su cute non protetta
  - Detergere abbondantemente con acqua e sapone
  - Disinfettare la cute con acqua ossigenata
  
4. Assumere immediatamente i dati personali della persona da cui proviene il materiale biologico
  
5. Comunicare immediatamente al proprio Ufficio Competente del settore l' avvenuta esposizione accidentale
  
6. Recarsi immediatamente presso il pronto Soccorso dell'Ospedale più vicino, possibilmente muniti della documentazione INAIL o equivalente compilata dal proprio responsabile e contenente la richiesta di visita medica per infortunio.

Al ritorno dal Pronto Soccorso consegnare all'Ufficio Competente del Settore (d'ora in poi UCS)

- La certificazione che è stata predisposta dall'Ospedale per le adempienze amministrative di competenza
- L'allegato modulo **A** di segnalazione compilato in ogni sua parte.

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p><i>Pagina 3 di 15</i></p>

## L'UFFICIO COMPETENTE DI SETTORE (UCS)

Al fine di garantire un adeguato flusso di informazioni , sviluppare il follow-up mirato, e garantire i conseguenti provvedimenti specifici :

1. trasmette i risultati degli accertamenti che il P.S. ha ritenuto necessario eseguire sul soggetto "fonte", al Servizio di Sorveglianza Sanitaria del Comune di Milano (Segreteria di Coordinamento Dr.ssa M. Nava tel. 02.58187800) in busta chiusa per il Medico Competente .
2. Inoltra al Medico Competente, attraverso la Segreteria di Coordinamento Medici e all'Ufficio Medico Fiscale il modulo di segnalazione infortunio
3. Inoltra all'INAIL il primo certificato di infortunio
4. Richiede la visita al Medico Competente (l'infortunato deve essere inviato al Medico Competente appena in possesso degli esami eseguiti in Pronto Soccorso)
5. Archivia i moduli di segnalazione e denuncia

## IL MEDICO COMPETENTE

1. Registra le modalità di accadimento dell'infortunio, e verifica la situazione clinica e immunologica dell'infortunato
2. Formula il calendario di follow-up che consegna all'interessato unitamente ad una lettera di informazione (Modelli **C** e **D** ).
3. Invia copia del calendario di follow-up alla Segreteria di Coordinamento Medici e all'UCS.
4. Imposta la cartella di follow-up (Modello **E**).

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p><i>Pagina 4 di 15</i></p>

## **FOLLOW-UP**

1. Alle scadenze prestabilite l'UCS richiede l'esecuzione degli esami presso le strutture di riferimento indicate dalla segreteria di coordinamento dei medici competenti.
2. Il Medico Competente riceve gli esami, dopo averli visionati ne inoltra copia all'interessato; aggiorna la cartella di follow-up.
3. Al termine del follow-up il Medico Competente redige una certificazione di chiusura follow-up che invia all'UCS e all'Ufficio Medico Fiscale. All'interessato trasmette copia della cartella di follow-up. (In caso di comparsa di segni di infezione o malattia correlabile all'infortunio il medico è tenuto a redigere il primo certificato di malattia professionale/ denuncia / referto.).
4. Archivia nella cartella clinica dell'infortunato tale comunicazione con tutta la documentazione sanitaria relativa all'infortunio.

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p><i>Pagina 5 di 15</i></p>

**MODELLO A**

Al Responsabile di Settore  
e p.c. al Medico Competente

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il sottoscritto \_\_\_\_\_

dipendente del Comune di Milano con mansione di

\_\_\_\_\_

svolta presso il Servizio \_\_\_\_\_

ha subito un infortunio da contaminazione con materiale biologico

Descrizione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p>FONTI DEL CONTAGIO (DALLA QUALE PROVIENE IL MATERIALE BIOLOGICO CONTAMINANTE)</p>	
<input type="checkbox"/>	Ignoto
<input type="checkbox"/>	noto
Cognome e Nome	_____
Informazioni per reperirlo	_____
_____	
_____	

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p><i>Pagina 6 di 15</i></p>
---	--	--

<p>MISURE PROTETTIVE IN ATTO DURANTE L'ACCADUTO</p>	<p><input type="checkbox"/> NESSUNA PROTETTIVI    <input type="checkbox"/> GUANTI    <input type="checkbox"/> OCCHIALI</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO</p>
<p>SI E' PROVVEDUTO AL LAVAGGIO DELL'AREA CONTAMINATA?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO    <input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> con acqua e/o sapone    <input type="checkbox"/> con disinfettante</p>
<p>E' STATO INVIATO IN PRONTO SOCCORSO?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO    <input type="checkbox"/> SI Ospedale:</p>
<p>ALTRE OSSERVAZIONI</p>	

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

Firma di eventuali testimoni \_\_\_\_\_

**A CURA DELL'UCS**

E' STATO EFFETTUATO IL PRELIEVO AL SOGGETTO FONTE DEL CONTAGIO O NE E' NOTA LA SITUAZIONE DI INFETTIVITÀ?     NO     SI

Il Responsabile dell'Ufficio Competente di Settore \_\_\_\_\_

Firma e timbro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p><i>Pagina 7 di 15</i></p>

**MODELLO B**

Per il medico del Pronto Soccorso

Al fine di garantire un adeguato flusso di informazioni , sviluppare il follow-up mirato,e garantire i conseguenti provvedimenti specifici , Le chiediamo di voler farci pervenire i risultati degli accertamenti che ha ritenuto necessario eseguire sul soggetto “fonte”.

A tal fine potrà contattare il Servizio di Sorveglianza Sanitaria del Comune di Milano (Segreteria di Coordinamento Dr.ssa M. Nava tel. 02.58187800) che provvederà a metterla in contatto direttamente con il Medico Competente di riferimento.

Servizio di Sorveglianza sanitaria

ATI Comune di Milano

H. San Raffaele Resnati s.p.a.

Fondazione IRCSS Cà Granda Ospedale

UOOML Cemoc

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04 Dicembre 2010 <i>Pagina 8 di 15</i></p>

**MODELLO C**

**COMUNICAZIONE AL LAVORATORE INFORTUNATO**

Data \_\_\_\_\_

Al/Alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

A seguito dell'infortunio a rischio biologico nel quale è stato/a coinvolto/a le consegniamo il calendario del Follow-up avvisandola che la mancata osservanza invalida la effettiva possibilità di tutela rispetto ad eventuali conseguenze.

Alle scadenze predefinite e riportate nell'allegato Modello **C** ella dovrà contattare l'Ufficio Competente di Settore che provvederà alla prenotazione degli esami di controllo.

**N.B.: tutti i dati acquisiti in questo follow-up saranno rigorosamente segreti, conosciuti solo dal personale sanitario responsabile della gestione del caso.**

**Nel periodo di Follow-up dovrà comunicare al Medico Competente ogni episodio febbrile o altri disturbi non spiegati.**

Il Medico Competente \_\_\_\_\_

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b> <b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04 Dicembre 2010 <i>Pagina 9 di 15</i></p>

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

a seguito dell'infortunio a rischio biologico del \_\_\_\_\_  
sono stato informato del programma di controlli sanitari e vaccinali e

sottoscrivo la mia adesione ai controlli: Firma \_\_\_\_\_

non intendo sottopormi ai controlli: Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p><i>Pagina 10 di 15</i></p>

**MODELLO D**

**PROGRAMMA DEI CONTROLLI AL LAVORATORE INFORTUNATO**

<p>Il/La Sig./Sig.ra _____</p> <p>Via _____ Tel. _____</p> <p>Mansione _____ Settore _____</p>
--

<p>a seguito dell'infortunio a rischio biologico verificatosi in data _____</p> <p>dovrà essere sottoposto/a al seguente programma di controlli</p>
---

**Controllo a 30 gg. dall'infortunio** data \_\_\_\_\_

ggt  gpt  got  HbsAg  antiHBs  antiHCV  HCV-RNA  VDRL

TPHA

antiHBc IgM  antiHIV (previo consenso)

**Controllo a 60 gg. dall'infortunio** data \_\_\_\_\_

ggt  gpt  got  HbsAg  antiHBs  antiHCV  HCV-RNA  VDRL

TPHA

antiHBc IgM  antiHIV (previo consenso)

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p><i>Pagina 11 di 15</i></p>

**Controllo a 90 gg. dall'infortunio**

data \_\_\_\_\_

ggt  gpt  got  HbsAg  antiHBs  antiHCV  HCV-RNA  VDRL  TPHA

antiHBc IgM  antiHIV (previo consenso)

**Controllo a 180 gg. dall'infortunio**

data \_\_\_\_\_

ggt  gpt  got  HbsAg  antiHBs  antiHCV  HCV-RNA  VDRL  TPHA

antiHBc IgM  antiHIV (previo consenso)

**Controllo a 360 gg. dall'infortunio**

data \_\_\_\_\_

antiHIV (previo consenso)

Data \_\_\_\_\_

Il Medico Competente \_\_\_\_\_

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p><i>Pagina 12 di 15</i></p>
---	--	---

**MODELLO D1**

**AD USO DEL MEDICO COMPETENTE**

**GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE DI FOLLOW-UP IN CASO DI ESPOSIZIONI ACCIDENTALI PER INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO**

<p><b>Se fonte NEGATIVA o ignota ma non sospetta</b></p>	<p>A 90 gg. e a 180 gg.</p>	<p>HBsAg (*), antiHCV, antiHIV, VDRL-TPHA</p>
--	-----------------------------	---

<p><b>SE FONTE POSITIVA O SOSPETTA</b></p>		
<p>Per HBsAg ( e operatore <b>NON immune per HBV</b>)</p>	<p>A 30 gg. e a 60 gg.</p>	<p>Transaminasi, ggt, HBsAg, antiHBc IgM</p>
	<p>A 90 gg. e a 180 gg.</p>	<p>Transaminasi, ggt, HBsAg, antiHBc IgM, HBsAb, antiHCV, antiHIV, VDRL-TPHA</p>

<p>Per HBsAg ( e operatore <b>immune per HBV</b>)</p>	<p>A 90 gg. e a 180 gg.</p>	<p>antiHCV, antiHIV, VDRL-TPHA</p>
---	-----------------------------	------------------------------------

<p>Per antiHCV con HCV – RNA positivo</p>	<p>A 30 gg</p>	<p>Transaminasi, ggt, antiHCV, HCV-RNA</p>
	<p>A 90 gg. e a 180 gg.</p>	<p>Transaminasi, ggt, antiHCV, HCV-RNA AntiHIV, VDRL-TPHA, HbsAg (*)</p>

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p><i>Pagina 13 di 15</i></p>
---	--	---

Per antiHCV con HCV – RNA negativo	A 90 gg. e a 180 gg.	HBsAg (*), antiHCV, antiHIV, VDRL-TPHA
---------------------------------------	----------------------	--

Per VDRL	A 30 gg e 60 gg.	VDRL-TPHA
	A 90 gg. e a 180 gg.	HBsAg (*), antiHCV, antiHIV, VDRL-TPHA

<b>Per HIV</b>	<b>INVIO IMMEDIATO PRESSO CENTRO CHE EFFETTUA LA PROFILASSI POST ESPOSIZIONE AD HIV (H. SACCO, OSPEDALE MAGGIORE DI NIGUARDA)</b>	
----------------	---	--

**Nota: (\*)**

L'esame non si esegue se l'operatore è noto per avvenuta sierconversione in occasione di precedente vaccinazione antiepatite B.

<p>Milano</p>  <p>Comune di Milano</p>	<p><b>PROCEDURA SPP n.008</b></p> <p><b>Esposizione accidentale con materiale biologico potenzialmente infetto</b></p>	<p>REV04</p> <p>Dicembre 2010</p> <p>Pagina 14 di 15</p>
---	--	--

**MODELLO E**

**CARTELLA DI FOLLOW –UP**

**INFORTUNIO "A POSSIBILE RISCHIO BIOLOGICO" VERIFICATOSI IN DATA \_\_\_\_\_**

**LAVORATORE INFORTUNATO** \_\_\_\_\_

**MANSIONE** \_\_\_\_\_ **SETTORE** \_\_\_\_\_

**CONTROLLO FONTE DEL CONTAGIO**

PAZIENTE FONTE SCONOSCIUTO

ESITI DEGLI ESAMI ESEGUITI IL \_\_\_\_\_ AL SOGGETTO FONTE

HbsAg \_\_\_\_\_ HCV \_\_\_\_\_ HIV \_\_\_\_\_

VDRL \_\_\_\_\_ TPHA \_\_\_\_\_

**Commento** \_\_\_\_\_

**ESITO DEL FOLLOW UP DEL LAVORATORE INFORTUNATO**

Al momento dell'infortunio il lavoratore era:

vaccinato per Epatite B con avvenuta sieroconversione

ultima somministrazione il \_\_\_\_\_ controllo Titolo HBsAg data \_\_\_\_\_ esito \_\_\_\_\_

vaccinato per Epatite B ma non noti i dati anticorpali in relazione al ciclo vaccinale

ultima somministrazione il \_\_\_\_\_

vaccinazione anti epatite B in corso: \_\_\_\_\_

vaccinato per Epatite B ma NON RESPONDER

non vaccinato per Epatite B

Dopo l'infortunio si è sottoposto a :

somministrazione di immunoglobuline anti epatite  SI  NO

somministrazione di vaccino anti epatite B  SI  NO

chemioprolifassi antiHIV  SI  NO

altro \_\_\_\_\_

Controllo basale del \_\_\_\_\_

Emocromo  Normale  Alterato ggt \_\_\_\_\_ gpt \_\_\_\_\_ got \_\_\_\_\_

HbsAg \_\_\_\_\_ AntiHBs \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_

antiHCV \_\_\_\_\_ test di conferma \_\_\_\_\_ HCV – RNA \_\_\_\_\_

VDRL \_\_\_\_\_ TPHA \_\_\_\_\_ antiHIV \_\_\_\_\_



Controllo a 30 giorni dall'infortunio, data \_\_\_\_\_

ggt \_\_\_\_\_ gpt \_\_\_\_\_ got \_\_\_\_\_

HbsAg \_\_\_\_\_ AntiHBc IgM \_\_\_\_\_

antiHCV \_\_\_\_\_ test di conferma \_\_\_\_\_ HCV – RNA \_\_\_\_\_

VDRL \_\_\_\_\_ TPHA \_\_\_\_\_ antiHIV \_\_\_\_\_

Controllo a 60 giorni dall'infortunio, data \_\_\_\_\_

ggt \_\_\_\_\_ gpt \_\_\_\_\_ got \_\_\_\_\_

HbsAg \_\_\_\_\_ AntiHBc IgM \_\_\_\_\_

antiHCV \_\_\_\_\_ test di conferma \_\_\_\_\_ HCV – RNA \_\_\_\_\_

VDRL \_\_\_\_\_ TPHA \_\_\_\_\_ antiHIV \_\_\_\_\_

Controllo a 90 giorni dall'infortunio, data \_\_\_\_\_

ggt \_\_\_\_\_ gpt \_\_\_\_\_ got \_\_\_\_\_

HbsAg \_\_\_\_\_ AntiHBs \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_ AntiHBc IgM \_\_\_\_\_

antiHCV \_\_\_\_\_ test di conferma \_\_\_\_\_ HCV – RNA \_\_\_\_\_

VDRL \_\_\_\_\_ TPHA \_\_\_\_\_ antiHIV \_\_\_\_\_

Controllo a 180 giorni dall'infortunio, data \_\_\_\_\_

ggt \_\_\_\_\_ gpt \_\_\_\_\_ got \_\_\_\_\_

HbsAg \_\_\_\_\_ AntiHBs \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_ AntiHBc IgM \_\_\_\_\_

antiHCV \_\_\_\_\_ test di conferma \_\_\_\_\_ HCV – RNA \_\_\_\_\_

VDRL \_\_\_\_\_ TPHA \_\_\_\_\_ antiHIV \_\_\_\_\_

Controllo a 360 giorni dall'infortunio, data \_\_\_\_\_ antiHIV \_\_\_\_\_

Commento

Data \_\_\_\_\_

Medico Competente \_\_\_\_\_