



## SCHEDA PERSONALE ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A RISCHIO BIOLOGICO



### **A COSA SERVE QUESTA SCHEDA:**

La scheda ha lo scopo di gestire gli infortuni a rischio biologico dalla fase dell'incidente occupazionale al controllo post – infortunio.

Deve essere attivata in caso di lavoratori dell'Azienda USL di Modena; sono altresì comprese le figure equiparate al lavoratore ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

La scheda deve essere consegnata nel più breve tempo possibile, con allegati i referti degli esami ed eventuali consulenze dell'operatore e del paziente fonte, alle Referenti, dell'Ospedale o del Distretto, incaricate dalla Sorveglianza Sanitaria Aziendale, per eventuali e successivi accertamenti.

## **SCHEMA PERCORSO**

### ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A RISCHIO BIOLOGICO

#### **1) TRATTARE la sede**

##### **ESPOSIZIONE MUCOSA** (Cavo Orale/Congiuntiva)

-procedere con abbondante risciacquo con acqua o soluzione fisiologica per 10-15 minuti

##### **ESPOSIZIONE PARENTERALE O CUTE LESA:**

-aumentare il sanguinamento (se ferita sanguinante)  
-lavare accuratamente con acqua e detergente e/o antisettico efficace per HIV (es. Povidone Iodio, Clorexidina, ecc..)

#### **2) INFORMARE il Dirigente/Preposto**

#### **3) COMPILARE la Scheda Personale Esposizione Accidentale**

- **MEDICO DI REPARTO/SERVIZIO** provvederà a compilare la parte relativa alla fonte (anamnesi e consenso informato);
- **OPERATORE INFORTUNATO** provvederà a compilare la parte relativa ai suoi dati anagrafici ed alle notizie sulle modalità dell'infortunio

#### **4) RECARSI IN PRONTO SOCCORSO (possibilmente entro 1 ora dall'infortunio) con il seguente materiale**

- Scheda personale esposizione accidentale a rischio biologico compilata
- Campione ematico della fonte per determinazione di HCV-Ab, HBsAg, HIV 1-2 Ab/Ag

#### **5) IL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO (P.S.) PROVVEDE**

- A) DENUNCIA infortunio INAIL
- B) ESECUZIONE prelievo all'operatore per la determinazione di HCV-Ab, HIV 1-2 Ab/Ag, HBsAg, HBsAb, Emocromo, HCG-Beta (donne in età fertile), GPT, Creatinina, Glucosio, Amilasi
- C) INVIO al laboratorio di competenza dei campioni ematici (FONTE/OPERATORE)
- D) VALUTAZIONE dell'infortunio ed eventuali provvedimenti urgenti (v. Tabella 1. della Scheda Personale)

#### **6) IL LAVORATORE CONTATTA (il prima possibile)**

il personale Referente della Sorveglianza Sanitaria della struttura aziendale di riferimento per il FOLLOW-UP

*PER INFORMAZIONI: Sorveglianza Sanitaria Azienda USL Modena:  
sorveglianzasanitaria@ausl.mo.it*

**TABELLA 1. PROFILI IMMUNOLOGICI E SINTESI DEI PROVVEDIMENTI URGENTI SECONDO LE DISPOSIZIONI DELLA CIRCOLARE R.E.R. n°7/2009 MODIFICATA**

("Aggiornamento delle raccomandazioni per il trattamento delle esposizioni occupazionali e non occupazionali a HIV, HBV e/o HCV")

VIRUS	PAZIENTE FONTE	PROVVEDIMENTI URGENTI
<b>HIV</b>	NEGATIVO STATO SIEROLOGICO: 1) NEGATIVO MA FORTEMENTE ESPOSTO A RISCHIO DI INFEZIONE 2) SCONOSCIUTO 3) NON ACCERTABILE (es. rifiuto ad eseguire il prelievo) 4) NON DISPONIBILE	NESSUNO  VALUTAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DELL'EVENTO ACCIDENTALE E DEL MATERIALE CONTAMINANTE CON EVENTUALE INDICAZIONE DI PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE ENTRO <b>1-4 ORE</b> ; EVENTUALE VALUTAZIONE INFETTIVOLOGICA
	POSITIVO ACCERTATO O NOTO	INIZIO PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE ENTRO <b>1-4 ORE</b> ; INVIO IN MALATTIE INFETTIVE
<b>HBV</b>	HBsAg NEGATIVO STATO SIEROLOGICO: 1) HBsAg POSITIVO	NESSUNO  - OPERATORE CON HBsAb $\geq 10$ mUI/ml: NESSUN PROVVEDIMENTO - OPERATORE NON VACCINATO O NO RESPONDER (HBsAb = 0 mUI/ml): IMMUNOGLOBULINE SPECIFICHE (HBIG), INIZIO CICLO VACCINALE O DOSE/I DI RICHIAMO AL PIU' PRESTO, PREFERIBILMENTE ENTRO LE 24 ORE - OPERATORE LOW RESPONDER (HBsAb $\geq 1$ E $< 10$ mUI/ml): DOSE/I DI RICHIAMO AL PIU' PRESTO
	2) SCONOSCIUTO 3) NON ACCERTABILE (es. rifiuto ad eseguire il prelievo) 4) NON DISPONIBILE	- OPERATORE NON VACCINATO O LOW RESPONDER: ESEGUIRE IL VACCINO; - OPERATORE NO RESPONDER E PAZIENTE FONTE CONSIDERATO AD ALTO RISCHIO TRATTARE COME SE FOSSE HBsAg POSITIVO
	HBsAg POSITIVO E OPERATORE HBsAg POSITIVO	TESTARE LA FONTE PER HDV (Azienda Ospedaliera Policlinico Modena)
<b>HCV</b>	NEGATIVO - POSITIVO - SCONOSCIUTO	NESSUNO

**TABELLA 2. ESAMI DA ESEGUIRE ALL'OPERATORE INFORTUNATO**

Esami di laboratorio per l'operatore infortunato da <b><u>eseguire in P.S.</u></b>
HCV-Ab HIV- 1-2 Ab/Ag HBsAg-HBsAb Emocromo HCG-Beta (donne in età fertile) GPT, Creatinina, Glucosio, Amilasi

<b>Eventuali</b> esami di laboratorio per l'operatore infortunato richiesti dalla <b><u>SSA</u></b> il primo giorno feriale successivo all'infortunio (provetta conservata in laboratorio per 4 giorni)
GOT Fosfatasi Alcalina Bilirubina Totale HBcAb HDV (Azienda Ospedaliera Policlinico Modena)

NB: La provetta del paziente fonte è conservata per almeno 4 giorni in laboratorio per eventuali necessità

## SCHEDA OPERATORE INFORTUNATO (Da compilare a cura del dipendente)

Cognome/Nome \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

U.O. Servizio \_\_\_\_\_

Data infortunio \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ orario inizio turno \_\_\_\_\_

<b>Qualifica</b>	<input type="checkbox"/> Medico _____ Specificare tipologia di contratto (es. borsista, specializzando, ecc...) <input type="checkbox"/> Infermiere coordinatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Tecnico di _____ <input type="checkbox"/> OSS <input type="checkbox"/> OTAA <input type="checkbox"/> Assistente Sanitario <input type="checkbox"/> Lavoratore ditta esterna in appalto (specificare Nome Azienda) _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
<b>Tipo di Esposizione</b>	<b>ESPOSIZIONE PERCUTANEA</b> <input type="checkbox"/> Puntura con ago ev. <input type="checkbox"/> Puntura con ago im. <input type="checkbox"/> Ferita profonda (spontaneamente sanguinante) <input type="checkbox"/> Lesione cutanea da tagliente (specificare l'oggetto): _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Sangue in quantità visibile sul presidio implicato nell'incidente <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____  <b>CONTAMINAZIONE MUCOSA O CUTANEA</b> <input type="checkbox"/> Mucosa Congiuntivale <input type="checkbox"/> Mucosa Orale <input type="checkbox"/> Cute lesa (dermatiti, escoriazioni, screpolature, ecc...) <input type="checkbox"/> Cute integra <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____  NOTE: _____

### MATERIALE BIOLOGICO CON CUI SI E' VENUTI A CONTATTO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangue (e altro materiale contenente sangue visibile)   | <input type="checkbox"/> Tessuti e/o frammenti ossei |
| <input type="checkbox"/> Liquidi (cerebro-spinale, sinoviale, pleurico, pericardico, amniotico, seminale, secrezione vaginale) | <input type="checkbox"/> Materiale di Laboratorio    |
| <input type="checkbox"/> Saliva, Vomito, Urina (solo se contaminati da sangue)   | <input type="checkbox"/> Altro: _____                |

### SEDE INFORTUNATA

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mano dx (specificare dito): _____                | <input type="checkbox"/> Altro specificare: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mano sx (specificare dito): _____                |   |
| <input type="checkbox"/> Mucosa congiuntivale (specificare occhio): _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Mucosa labiale                                   |   |

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE UTILIZZATI DURANTE L'INFORTUNIO:

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuno                    | <input type="checkbox"/> Guanti                   | <input type="checkbox"/> Occhiali di protezione | <input type="checkbox"/> Schermo protettivo facciale |
| <input type="checkbox"/> Mascherina chirurgica      | <input type="checkbox"/> Camice sopra alla divisa |   |  |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |   |   |  |

Attività durante la quale si è verificato l'infortunio (specificare): \_\_\_\_\_

Data compilazione scheda: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ Firma del Lavoratore: \_\_\_\_\_

**DATA E FIRMA DEL PREPOSTO\* PER PRESA VISIONE:** \_\_\_\_\_

\* Responsabile medico, infermieristico, ostetrico, tecnico, della riabilitazione o della prevenzione dell'U.O./Servizio dell'operatore infortunato

**SCHEDA PAZIENTE FONTE** (Da compilare a cura del Sanitario che valuta la fonte)

NOTO     NON NOTO     NON DETERMINABILE

GENERALITA'    Cognome \_\_\_\_\_  
                    Nome \_\_\_\_\_  
                    Nato il \_\_\_\_\_ Tel. n° \_\_\_\_\_  
                    Indirizzo \_\_\_\_\_  
                    Città \_\_\_\_\_

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_

ANAMNESTICAMENTE A RISCHIO PER:

HBV                       NO  SI \_\_\_\_\_

HCV                       NO  SI \_\_\_\_\_

HIV (NOTA 1)             NO  SI \_\_\_\_\_

ANAMNESTICAMENTE CON INFEZIONE DA HIV?                       NO                       SI

(NOTA 1) ELEMENTI ANAMNESTICI DI RISCHIO DEL PAZIENTE FONTE (indicate dalle Linee Guida Ministeriali) da valutare in attesa o in assenza del test HIV:

- Tossicodipendenza attuale o pregressa
- Rapporti sessuali con soggetti infetti da HIV o ad alto rischio mai testati
- Anamnesi e/o clinica positive per malattie a trasmissione sessuale
- Fonte sconosciuta (valutazione dell'esposizione)

ALTRE NOTIZIE UTILI AI FINI DELLA PREVENZIONE SULL'OPERATORE INFORTUNATO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Sanitario

\_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO <sup>(NOTA 2)</sup> ALLA ESECUZIONE DI PRELIEVO  
EMATICO PER LA DETERMINAZIONE DI TEST  
HIV-HBV-HCV ( Da firmare a cura del paziente fonte)**

(In caso di esposizione accidentale di operatori a materiale biologico potenzialmente infetto)

Il/La sottoscritto/a Sig./ra: \_\_\_\_\_

Poiché nel corso della prestazione sanitaria un operatore è stato accidentalmente esposto a materiale biologico proveniente dalla mia persona, con modalità che potrebbero consentire la trasmissione di agenti infettivi eventualmente presenti, **debitamente informato da:** \_\_\_\_\_

ACCONSENTO al prelievo di sangue per la esecuzione di test per la ricerca di:

- ◆ HIV 1-2 Ab/Ag (virus responsabile dell'AIDS)
- ◆ HBV (virus dell'epatite B)
- ◆ HCV (virus dell'epatite C)
- ◆ HDV (virus dell'epatite Delta)

Sarà così possibile, se fosse necessario, attivare le opportune misure di prevenzione e controllo a tutela della salute dell'operatore coinvolto nell'infortunio.

Mi è stata fornita la garanzia che l'esito degli esami mi sarà tempestivamente comunicato:

dal medico di Reparto/Servizio in cui sono ricoverato e/o sono in cura

tramite invio al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

e che sarà mantenuta la massima riservatezza del dato, come previsto dalla normativa vigente.

acconsento, inoltre, che il risultato di tali esami sia consegnato al Medico Competente dell'Azienda USL di Modena ai fini della gestione del caso di infortunio dell'operatore esposto.

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In caso di minori o di persona interdetta, inabilitata o con amministratore di sostegno

(specificare)

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NON ACCONSENTO al prelievo di sangue

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*In caso di problematiche medico-legali relative all'acquisizione del consenso informato è possibile attivare la consulenza telefonica del Medico Legale reperibile al seguente N° 334-6394946.*

(NOTA 2) Il consenso informato viene di norma richiesto da un medico; tuttavia in situazioni di urgenza e in assenza del medico può essere richiesto da personale infermieristico.

**CONSENSO INFORMATO DELL'OPERATORE ALLA  
ESECUZIONE DI PRELIEVO EMATICO PER LA  
DETERMINAZIONE DI TEST HIV - HBV - HCV**

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato il: \_\_\_\_\_

debitamente informato dal Dott.: \_\_\_\_\_

della necessità di eseguire i seguenti test ematici:

- ◆ HIV 1-2 Ab/Ag
- ◆ HBsAg, HBsAb, HBcAb
- ◆ HCV-Ab
- ◆ Emocromo, HCG-Beta (donne in età fertile), GPT, Creatinina, Glucosio, Amilasi

**acconsento** all'esecuzione di tali esami

**NON acconsento** all'esecuzione di tali esami

Nel caso in cui il medico di P.S. ritenga opportuno che l'operatore rimanga in osservazione per il periodo di comunicazione dell'esito degli esami del paziente fonte, l'infortunato decide:

di rimanere in osservazione in P.S.

di NON rimanere in osservazione in P.S. e di essere prontamente reperibile al seguente N° telefonico: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_

Il Medico di P.S. \_\_\_\_\_

Tabella 3.  
Raccomandazioni per la PPE § contro l'HIV in operatori sanitari \*  
(Valutazione a cura del Medico di P.S. e/o del Medico infettivologo)

<b>Criteria</b>	<b>PPE</b>
<b><i>Secondo l'esposizione</i></b>	
Esposizione percutanea	<b><u>Raccomandata</u></b>
Esposizione di mucose o di cute non integra	Raccomandata per l'esposizione congiuntivale. Considerata <sup>(NOTA 3)</sup> negli altri casi
Esposizione di cute integra	Sconsigliata
Morso	Considerata
<b><i>Secondo il materiale contaminante</i></b>	
Sangue, materiale contenete sangue in quantità visibile, liquor, virus concentrato in colture di laboratorio	<b><u>Raccomandata</u></b>
Sperma, secrezioni vaginali, liquido sinoviale, pleurico, peritoneale, pericardico, amniotico, tessuti	Considerata
Urine, vomito, saliva, feci, lacrime, sudore, espettorato	Sconsigliata
<b><i>Secondo il paziente fonte</i></b>	
HIV positivo accertato o noto	<b><u>Raccomandata</u></b>
Stato sierologico sconosciuto e non accertabile, rifiuto ad eseguire il prelievo, oppure non disponibile	Considerata
HIV negativo accertato o noto	Sconsigliata

§ PPE: Profilassi Post Esposizione

\* Circolare R.E.R. n°7/2009 "Aggiornamento delle raccomandazioni per il trattamento delle esposizioni occupazionali e non occupazionali a HIV HBV e/o HCV" Tabella modificata da V. Puro et al., 2004

(NOTA 3) Si utilizza il termine "considerata" per i casi in cui il beneficio della PPE non è del tutto definito ed è pertanto necessaria una valutazione caso per caso, sulla base della presenza o meno di fattori aggravanti il rischio di trasmissione, delle modalità di esposizione, del materiale biologico coinvolto nell'esposizione e delle caratteristiche della persona fonte.



## IL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

### Valutato:

- Le modalità di esposizione e l'eventuale materiale contaminante (scheda operatore infortunato)
- Stato del paziente fonte (scheda paziente fonte)
- In riferimento agli esiti ematici pervenuti alle ore: \_\_\_\_\_

**HIV fonte:** \_\_\_\_\_

(scrivere il referto per esteso "negativo/positivo")

**Ritiene che la Profilassi Post Esposizione per HIV debba essere:**

RACCOMANDATA  SI  NO

CONSIDERATA  SI  NO

SCONSIGLIATA  SI  NO

INIZIATA  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

SOSPESA  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

OPERATORE INVIATO IN CONSULENZA  SI  NO

ALL'ISTITUTO DI MALATTIE INFETTIVE DELL' AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA POLICLINICO DI MODENA

In caso sia indicata la somministrazione di PPE per HIV il medico deve:

ESCLUDERE EVENTUALE STATO DI GRAVIDANZA O ALLATTAMENTO

Segnalare la presenza di eventuali condizioni cliniche:

Calcolosi

Coliche renali

Malattie ematologiche in atto (specificare): \_\_\_\_\_

Anemia (Hb <9 g/dl)

Granulocitopenia (<1000 migl/mmc)

Piastrinopenia (<50000 migl/mmc)

Patologie epatiche (specificare): \_\_\_\_\_

Terapie con farmaci mielosoppressivi, citotossici o nefrotossici: \_\_\_\_\_

### **Profilassi per Epatite B**

In riferimento agli esiti ematici pervenuti:

**HBsAg fonte:** \_\_\_\_\_

HBsAg operatore infortunato: \_\_\_\_\_

HBsAb operatore infortunato: \_\_\_\_\_

(scrivere il referto per esteso "negativo/positivo")

OPERATORE INFORTUNATO VACCINATO O PROTETTO PER EPATITE B\*  SI  NO

\*(operatore vaccinato o protetto se HBsAb =>10 mUI/ml)

Medico di Pronto Soccorso

## CONSENSO INFORMATO ALLA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE PER HIV

**Durante l'attività lavorativa Lei ha riportato un incidente che ha comportato esposizione a materiale biologico infetto o potenzialmente infetto per HIV, con rischio potenziale di contagio. Nel caso di contaminazione con materiale biologico contenente HIV il rischio generale di trasmissione è dello 0,32% per esposizione di tipo percutaneo (punture, ferite, tagli, etc..) e dello 0,09% per esposizione di mucosa. Il rischio è maggiore nel caso vi sia stata esposizione ad elevata quantità di sangue contenente alte cariche virali (punture con aghi cavi utilizzati per prelievi venosi od arteriosi, ferite con presidi visibilmente sporchi di sangue, ferite profonde spontaneamente sanguinanti, contatto con mucose congiuntivali, paziente allo stadio di AIDS terminale). Infatti nella casistica italiana il rischio da esposizione congiuntivale è risultato pari allo 0,4% superiore, quindi, a quello più generico da esposizione mucosa.**

Attualmente viene proposto, a seguito di esposizione accidentale ad HIV, un trattamento farmacologico post-esposizione. Numerose evidenze, quali studi in vitro, esperimenti su animali, studio della risposta immune, .... *Omissis.*, studi internazionali caso-controllo utilizzando la Zidovudina (AZT) con riduzione del rischio del 79%, concordano nel ritenere che la PPE sia in grado di ridurre il rischio di infezione. Per quanto riguarda gli schemi di PPE si applicano i protocolli terapeutici oggi in uso nella terapia della infezione da HIV, basati sulla associazione di 3 farmaci, in quanto dovrebbero teoricamente offrire un'ulteriore riduzione del rischio infettivo, rispetto alla sola somministrazione di AZT.

In soggetti senza infezioni da HIV esistono pochi dati sulla tossicità dei farmaci utilizzati, soprattutto per quanto riguarda gli effetti a lungo termine ritenuti peraltro improbabili; pertanto per ogni esposizione occorre valutare il rapporto rischio-beneficio di un eventuale trattamento.

La potenziale efficacia della PPE nel ridurre il rischio di infezione dipende anche dal tempo intercorso tra l'incidente e l'inizio della profilassi: la PPE deve essere iniziata il più presto possibile preferibilmente entro le prime 4 ore dall'incidente; si può ritenere soddisfacente entro le 24 ore, mentre non è generalmente indicata oltre le 72 ore dall'esposizione a rischio.

Qualora non sia prontamente disponibile, o in attesa dell'esito del test HIV sul paziente fonte, occorre valutare attentamente la possibilità di iniziare precocemente la PPE, considerando anche l'improbabilità di effetti collaterali significativi, in attesa dell'esito del test.

La gravidanza rappresenta una controindicazione assoluta alla PPE; pertanto il test nelle donne in età fertile sarà eseguito unitamente agli altri controlli sierologici.

Ulteriori informazioni riguardo le caratteristiche dei farmaci, le modalità di assunzione, il dosaggio e gli eventuali effetti collaterali, Le saranno forniti dal Medico proponente la PPE.

La decisione di iniziare e proseguire la profilassi spetta unicamente all'operatore esposto, una volta adeguatamente informato.

L'operatore può rifiutare uno o più farmaci previsti dal protocollo e può interrompere in qualsiasi momento l'assunzione di uno o più farmaci che sta assumendo.

Le visite, le consulenze, gli esami e i farmaci sono a carico dell'Azienda di appartenenza; non vi sarà quindi alcuna spesa da parte dell'operatore.

Sia in caso di accettazione che di rifiuto la decisione presa dall'operatore non mette in discussione i suoi diritti.

## CONSENSO INFORMATO ALLA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE PER **HIV**

Io sottoscritto ....., informato sui  
seguenti aspetti:

a) entità del rischio di infezione da HIV, in generale e riferito al mio caso specifico;

b) tipo di farmaci proposti e modalità di somministrazione e più precisamente:

- 1 **TRUVADA (Emtricitabina+Tenofovir Didoproxil)** **N° 1 cp al dì**
- 2 **KALETRA (Lopinavir+Ritonavir)** **N° 2 cp x 2 al dì**
- 3 **ALTRO (Specificare)** \_\_\_\_\_

DICHIARO DI:

**ACCETTARE**

**RIFIUTARE**

l'offerta della chemioprolissi dell'infezione da **HIV**

Data

FIRMA DELL'OPERATORE

FIRMA DEL MEDICO DI P.S.

## CONSENSO INFORMATO ALLA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE PER **HBV**

Io sottoscritto ....., informato sul  
rapporto rischi-benefici derivanti dalla somministrazione immunoglobuline specifiche e/o vaccino per  
la riduzione del rischio da trasmissione dell'epatite B, in particolare:

Immunoglobuline specifiche

Dose di vaccino: \_\_\_\_\_

DICHIARO DI:

**ACCETTARE**

**RIFIUTARE**

l'offerta della chemioprolissi dell'infezione da **HBV**

Data

FIRMA DELL'OPERATORE

FIRMA DEL MEDICO DI P.S.

Note \_\_\_\_\_

## SERVIZIO SORVEGLIANZA SANITARIA AZIENDALE MEDICO COMPETENTE

Sulla base dei dati anamnestici rilevati dal medico del P.S. e dell'esito degli accertamenti eseguiti si propone il seguente Follow-up dell'operatore infortunato:

### FOLLOW-UP

HIV	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
H.B.V.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
H.C.V.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	HCV-RNA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
H.D.V. <sup>(*)</sup>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		

(\*) Da determinare esclusivamente se paziente fonte e operatore risultano HBsAg POSITIVO

NOTE:

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_\_

Il Medico Competente:

\_\_\_\_\_

*Per informazioni rivolgersi al Servizio Sorveglianza Sanitaria Azienda USL Modena  
e-mail:*

[sorveglianzasanitaria@ausl.mo.it](mailto:sorveglianzasanitaria@ausl.mo.it)

## FOLLOW-UP PER HBV

Si riassumono di seguito i provvedimenti/accertamenti indicati per la profilassi post-esposizione HBV.

**Tabella 4<sup>(\*)</sup>. Profilassi post-esposizione dell'infezione da HBV**

STATO VACCINALE E RISPOSTA IMMUNITARIA	TRATTAMENTO		
	Fonte HBsAg positiva	Fonte HBsAg negativa	Fonte sconosciuta, o test non compatibile
<b>NON VACCINATI</b> <sup>(A)</sup>	Vaccino <sup>(B)</sup> + HBIG <sup>(F)</sup>	Vaccino <sup>(B)</sup> (Indicato se prevista anche una futura esposizione, come ad esempio per gli operatori sanitari)	Vaccino <sup>(B)</sup>
<b>VACCINATI</b> Testare per HBsAb:			
HBsAb $\geq 10$ mUI/ml	Nessun trattamento	Nessun trattamento	Nessun trattamento
HBsAb $\geq 1$ e $< 10$ mUI/ml	Vaccino <sup>(C)</sup>	Nessun trattamento	Vaccino <sup>(C)</sup>
HBsAb = 0 mUI/ml	Vaccino <sup>(C)</sup> + HBIG <sup>(D-E-F)</sup>	Nessun trattamento	Se la fonte è considerata ad alto rischio, trattare come se fosse HBsAg positiva

Se l'operatore sanitario risulta **HBsAg positivo** è da verificare nel paziente fonte lo stato sierologico nei confronti del **virus delta (HDV)**. Se HDV positivo inserire l'operatore nel follow-up con la determinazione degli **anticorpi antidelta** oltre alla transaminasi a 0, 3, 6 mesi.

**Il follow-up dell'operatore sanitario suscettibile consiste nel dosaggio delle transaminasi e HBsAg a 0, 3, 6 mesi ed eventuale visita medica in caso di sintomatologia.**

### NOTE:

Quando indicata, l'immunoprofilassi deve essere iniziata il più presto possibile, preferibilmente entro le 24 ore. Non è noto con esattezza il tempo massimo entro cui deve essere somministrata, ma è considerata verosimilmente inefficace se somministrata oltre 7 giorni da un'esposizione percutanea.

<sup>(A)</sup> Le persone che prima dell'esposizione avevano soltanto iniziato il ciclo vaccinale devono completarlo e ricevere il trattamento indicato.

<sup>(B)</sup> Il ciclo di vaccinazione deve poi essere completato, preferibilmente con il calendario accelerato (0, 1, 2, 6-12 mesi).

<sup>(C)</sup> Somministrare 1 dose, poi testare il titolo di HBsAb a distanza di 3 – 4 settimane. Se il titolo è  $< 10$  mUI/ml, somministrare un'altra dose di vaccino e ripetere la procedura, fino alla somministrazione massima di 6 dosi totali di vaccino (tre del precedente ciclo e tre del nuovo trattamento).

<sup>(D)</sup> Somministrare solo se non c'è evidenza di pregressa risposta anticorpale alla vaccinazione.

<sup>(E)</sup> Alle persone documentate come No Responder anche dopo un secondo ciclo vaccinale è preferibile non somministrare una dose di vaccino post-esposizione, ma due dosi di HBIG: la prima il più presto possibile e la seconda un mese dopo.

<sup>(F)</sup> La dose standard per l'adulto delle HBIG è 0.06 ml/kg. Le HBIG vengono somministrate per via intramuscolare anche contemporaneamente al vaccino anti-HBV, purché in diverso sito di iniezione.

<sup>(\*)</sup> Circolare R.E.R. n°7/2009 "Aggiornamento delle raccomandazioni per il trattamento delle esposizioni occupazionali e non occupazionali a HIV HBV e/o HCV".

## **FOLLOW-UP PER HCV**

Allo stato attuale non vi è la possibilità di profilassi specifica per HCV, per cui i provvedimenti si limitano al follow-up dell'operatore con il controllo delle transaminasi e la determinazione di HCV-Ab a 0, 3, 6 mesi se il paziente fonte risulta HCV-Ab positivo.

Si riassumono di seguito i provvedimenti/accertamenti indicati per la profilassi post-esposizione HBV.

**Tabella 5. Follow-up post-esposizione dell'infezione da HCV**

OPERATORE INFORTUNATO PRELIEVI SUCCESSIVI	ESAMI
6-8 Settimane <sup>(§)</sup>	HCV-Ab + Transaminasi
3 mesi	HCV-Ab + Transaminasi
6 mesi	HCV-Ab + Transaminasi

<sup>(§)</sup> E' possibile, per una diagnosi precoce, la determinazione dell' HCV-RNA a 6 settimane dall'esposizione, a discrezione del medico competente che effettua la Sorveglianza Sanitaria. In questo caso il successivo controllo dell'HCV-Ab sarà da effettuare a 6 mesi con le transaminasi.

Nel caso in cui il paziente fonte risulti negativo ma fortemente esposto a rischio di infezione (vedere scheda paziente fonte) l'operatore è da mantenere in follow-up.

## **FOLLOW-UP PER HIV**

La PPE con antivirali deve essere proposta, nell'esposizione occupazionale, all'operatore infortunato sulla base della valutazione delle caratteristiche dell'esposizione, del materiale contaminante e delle caratteristiche del paziente fonte (Vedi tabella 3.).

**Tabella 6. Follow-up post-esposizione dell'infezione da HIV**

OPERATORE INFORTUNATO PRELIEVI SUCCESSIVI	ESAMI
6-8 Settimane	HIV 1-2 Ab/Ag
3 mesi	HIV 1-2 Ab/Ag
6 mesi	HIV 1-2 Ab/Ag

TASCA PER INSERIRE GLI ALLEGATI

Redazione:

Dott. Lacirignola Michele

Dott.ssa Mariani Stefania

Dott.ssa Pedretti Simona

Dott.ssa Tarantini Anna Rita

Dott.ssa Fratti Valeria

Servizio Sorveglianza Sanitaria Azienda USL Modena

In collaborazione con:

Dipartimento Emergenza Urgenza Azienda USL Modena

Dipartimento Patologia Clinica Azienda USL Modena

Documento di proprietà dell'Azienda USL di Modena è vietata la riproduzione e diffusione anche parziale senza specifica autorizzazione scritta.