

**Il rischio biologico nel settore ospedaliero e sanitario**  
**Aggiornamenti di sicurezza sul lavoro**

25 e 26 Ottobre 2014  
 Hotel San Francesco, Rende (CS)

*Relatore*  
**Dott. Francesco Martire**



#### La valutazione del rischio Biologico in ambiente Sanitario

Esistono molte "linee guida" ufficiali tra le quali quelle proposte dall'INAIL ex ISPESL e dalla SIMLII.

Ma qual è il significato di "LINEA GUIDA" ?

Definizione tratta dall'articolo 2, comma 1, lettera z), del D.L.vo 81/2008 e s.m.i.:

**linee guida:** atti di indirizzo e coordinamento per l'applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza predisposti dai Ministeri, dalle regioni, dall'ISPESL e dall'INAIL e approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

#### La valutazione del rischio Biologico in ambiente Sanitario

Dalla definizione legislativa di "linea guida" emerge con chiarezza che, fermo restando la specificità normativa espressa nel Testo Unico e delle disposizioni legislative specifiche, gli Enti individuati forniscono con le "linee guida" utili informazioni su come orientarsi proceduralmente, anche al fine di conferire uniformità e coerenza alle metodologie seguite per la valutazione dei vari rischi lavorativi.

Altra considerazione importante è che la norma legislativa rimane sempre Legge da osservare obbligatoriamente, a differenza delle "linee guida".

**Allora, come comportarsi ?**

#### La valutazione del rischio Biologico in ambiente Sanitario

La valutazione del rischio biologico in ambiente sanitario è tra le valutazioni più difficili in quanto la contaminazione di agenti biologici può avvenire in qualsiasi momento ed è legata a fattori, alcuni dei quali, difficilmente controllabili e contenibili.

Si pensi alle condizioni patologiche infettive di un paziente al primo approccio in ospedale; si pensi alla settorialità clinica di alcuni reparti; si pensi alle condizioni di suscettibilità individuale dell'operatore (per compromissione temporanea o permanente del sistema immunitario; suscettibilità degli organi bersaglio; condizioni personali di siero negatività e di vulnerabilità; gravidanza miscoscosciuta; mancata osservanza delle rigide procedure protettive e preventive; scarsa efficacia della disinfezione e/o sterilizzazione degli ambienti e della strumentazione; tutela della privacy)

#### La valutazione del rischio Biologico in ambiente Sanitario

Per gli agenti biologici, la difficoltà di valutare l'entità dell'esposizione rende la misura della contaminazione ambientale un elemento determinante nella valutazione dell'esistenza del rischio biologico

Tuttavia, a differenza di quanto avviene per le sostanze chimiche, nel caso degli agenti biologici, non sono stati definiti limiti di contaminazione utilizzabili come valori soglia; non ci sono, quindi, riferimenti oggettivi in base ai quali gestire i risultati ottenuti dal monitoraggio ambientale.

Per tale ragione, osserviamo documenti conseguenti alla valutazione dei rischi e procedure di valutazione spesso estremamente astratti e/o non attinenti alle indicazioni legislative espresse nel D.L.vo 81/08 e s.mi. .

#### La valutazione del rischio Biologico in ambiente Sanitario

E' pertanto necessario :

- Seguire le procedure legislative obbligatorie espresse nel **TITOLO X del Decreto Legislativo 81/2008 e s.mi.**

- Integrando la norma, ove necessario, con le " linee guida" ufficiali, adattando le situazioni locali alle proposte procedurali delle stesse linee guida senza mai disattendere le disposizioni legislative obbligatorie .

### Esame generico dei contenuti delle Linee Guida

#### Linee guida INAIL ex ISPESL sul rischio biologico

Esistono distinzioni tra linee guida su protocolli procedurali specifici (attività di pronto soccorso, attività di sterilizzazione, sale operatorie, ecc.) ed indicazioni sulla valutazione vera e propria del rischio biologico in ambiente sanitario.

I protocolli procedurali generici e specifici sono indispensabili: essi rappresentano, però, una fase successiva (misure di protezione e di prevenzione da adottare) all'identificazione degli agenti biologici potenzialmente presenti nell'ambiente lavorativo.

Un'interessante pubblicazione INAIL "Il rischio biologico negli ambienti di lavoro" pubblicato nel 2011, prevede la priorità individuazione (specifico o teorica) dell'agente biologico dannoso per ogni tipologia di attività non sanitaria in cui è presente il rischio biologico.

### Esame generico dei contenuti delle Linee Guida

#### Linee guida INAIL ex ISPESL sul rischio biologico

Più specificatamente per gli ambienti sanitari, una pubblicazione INAIL ex ISPESL: *LINEE GUIDA SULL'ATTIVITÀ DI STERILIZZAZIONE QUALE PROTEZIONE COLLETTIVA DA AGENTI BIOLOGICI PER L'OPERATORE NELLE STRUTTURE SANITARIE (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)*, evidenzia quanto appresso indicato:

Il Parlamento europeo ed il Consiglio hanno emanato il 26 novembre 1990 la Direttiva 90/679/CE per la protezione dei lavoratori esposti ad agenti biologici.

È definita la VII Direttiva particolare della Direttiva quadro 89/391/CE. Essa ha subito successive modifiche (93/88/CE del 12 ottobre 1993; 95/30/CE del 30 giugno 1995; 97/59/CE del 7 ottobre 1997; 97/65/CE del 26 novembre 1997).

La Direttiva 90/679/CE è stata in seguito sostituita dalla Direttiva 2000/54/CE del 18 settembre 2000, la quale ha evidenziato con ulteriore incisività gli specifici aspetti legati al rischio biologico in ambito occupazionale. ... .. (continua)

### Esame generico dei contenuti delle Linee Guida

#### Linee guida INAIL ex ISPESL sul rischio biologico

Più specificatamente per gli ambienti sanitari una pubblicazione INAIL ex ISPESL: *LINEE GUIDA SULL'ATTIVITÀ DI STERILIZZAZIONE QUALE PROTEZIONE COLLETTIVA DA AGENTI BIOLOGICI PER L'OPERATORE NELLE STRUTTURE SANITARIE (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)*, evidenzia, inoltre:

... Il grande merito delle Direttive sopra menzionate, consiste nell'aver fornito, a livello europeo, una lista di microrganismi patogeni suddivisi a seconda del loro livello di pericolosità in termini di danno più o meno severo per la salute dell'operatore sanitario: *da tale classificazione degli agenti biologici derivano direttamente le misure di sicurezza da adottare e le conseguenti sanzioni nel caso che tali misure non vengano rispettate.* Un ulteriore aspetto di centralità dell'articolo normativo di tali direttive su cui si basa *l'intera strategia di prevenzione e protezione*, evidenzia l'inderogabile *obbligo di tutelare l'operatore* non solo dall'esposizione, ma anche dalla *potenziale esposizione ad agenti biologici* in grado di produrre un danno per la salute dello stesso.

### Esame generico dei contenuti delle Linee Guida

#### Linee guida SIMLII sul rischio biologico

Dalla lettura delle linee guida SIMLII dal titolo: **RISCHIO BIOLOGICO PER I LAVORATORI DELLA SANITA'** - emerge, a proposito dell'introduzione alla Valutazione del Rischio Biologico, che:

*I dati rilevati sull'incidenza di infortuni a rischio biologico (IRB) in relazione al numero di addetti, evidenziano che il rischio di IRB è sostanzialmente diffuso, documentato per tutte le figure professionali maggiormente presenti nelle attività di assistenza e identificato nei reparti più rappresentati (Puro e coll., 2001).*

*Pertanto, sulla base delle considerazioni su espresse, non appare rilevante il fattore "aree a maggior rischio" ai fini della VdR, ma è più utile indirizzare l'attenzione sul fatto che vengano eseguite o meno le procedure a maggior rischio di esposizione, quali le exposure prone procedures.*

### DEFINIZIONI INERENTI IL RISCHIO BIOLOGICO

#### Art. 266, comma 1 - Campo di applicazione

Le norme del presente titolo si applicano a tutte le attività lavorative nelle quali vi è rischio di esposizione ad agenti biologici

#### Art. 267 – Definizione di AGENTE BIOLOGICO

Qualsiasi microrganismo che potrebbe provocare infezioni, allergie, intossicazioni

Nel D.L.vo 81/08 il legislatore ha classificato i diversi agenti biologici in base alla loro pericolosità

↓  
la pericolosità è stata valutata sia nei confronti della salute dei lavoratori che della popolazione generale

### VALUTAZIONE del RISCHIO BIOLOGICO

**GRUPPO 1:** agente che presenta poche probabilità di causare malattie in soggetti umani

**GRUPPO 2 :** agente che può causare malattie - è poco probabile che si propaghi nella comunità - sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche e terapeutiche

**GRUPPO 3 :** agente che può causare malattie gravi - può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche e terapeutiche

**GRUPPO 4 :** agente che può provocare malattie gravi e può presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità - non sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche e terapeutiche

**CLASSIFICAZIONE del RISCHIO BIOLOGICO**

ALLEGATO XLVI

**BATTERI**                      **Classificazione**

<b>Bordetella pertussis</b>	<b>2</b>
<b>Borrelia burgdorferi</b>	<b>2</b>
<b>Borrelia duttonii</b>	<b>2</b>
<b>Borrelia recurrentis</b>	<b>2</b>
<b>Borrelia spp</b>	<b>2</b>
<b>Brucella abortus</b>	<b>3</b>
<b>Brucella canis</b>	<b>3</b>
<b>Brucella melitensis</b>	<b>3</b>
<b>Brucella suis</b>	<b>3</b>
<b>Mycobacterium tuberculosis</b>	<b>3</b>

**CLASSIFICAZIONE del RISCHIO BIOLOGICO**

ALLEGATO XLVI

**VIRUS**                              **Classificazione**

<b>Virus Influenze tipi A, B e C</b>	<b>2</b>
<b>Virus d'Epstein-Barr</b> (in oro nucleosi)	<b>2</b>
<b>Virus del morbillo</b>	<b>2</b>
<b>Virus della parotite</b>	<b>2</b>
<b>Virus HIV (AIDS)</b>	<b>3</b>
<b>Virus parainfluenzali tipi 1-4</b>	<b>2</b>
<b>Virus dell'epatite C</b>	<b>3</b>
<b>Virus dell'epatite B</b>	<b>3</b>
<b>Virus dell'epatite D (Delta) (b)</b>	<b>3</b>

**VALUTAZIONE del RISCHIO BIOLOGICO**

(D.L.vo 81/2008 s.m.i)

Art. 269. Comunicazioni

1. Il datore di lavoro che intende esercitare attività che comportano uso di agenti biologici dei gruppi 2 o 3, comunica all'organo di vigilanza territorialmente competente le seguenti informazioni, almeno trenta giorni prima dell'inizio dei lavori:
- il nome e l'indirizzo dell'azienda e il suo titolare;
  - il documento di cui all'articolo 271, comma 5. (DVR)

Omiss ... ..

6. I laboratori che forniscono un servizio diagnostico sono tenuti alla comunicazione di cui al comma 1 anche per quanto riguarda gli agenti biologici del gruppo 4.

**NELLA VALUTAZIONE del RISCHIO BIOLOGICO SI DOVRA' TENERE CONTO:**

- 1) della classificazione degli agenti biologici quale risultante dall'allegato XLVI o, in assenza, di quella effettuata dal datore di lavoro stesso sulla base delle conoscenze disponibili ... ..;
- 2) della conoscenza di una patologia della quale è affetto un lavoratore, che è da porre in correlazione diretta all'attività lavorativa svolta;
- 3) delle eventuali ulteriori situazioni rese note dall'autorità sanitaria competente che possono influire sul rischio;
- 4) del sinergismo dei diversi gruppi di agenti biologici utilizzati.
- 5) dell'informazione sulle malattie derivanti; nonché dei potenziali effetti allergici e tossici

Descrizione della **buona prassi microbiologica**, ed individuazione delle **misure protettive e preventive** adattandole alle particolarità delle situazioni lavorative.

La **valutazione si ripete** in occasione di modifiche significative dell'attività lavorativa ai fini della sicurezza e della salute sul lavoro e, in ogni caso, **trascorsi tre anni** dall'ultima valutazione effettuata.

**NELLA VALUTAZIONE del RISCHIO BIOLOGICO SI DOVRA' ANCORA TENERE CONTO:****Istituzione del Registro degli esposti e degli eventi accidentali**

I lavoratori addetti ad attività comportanti uso di agenti del gruppo 3 ovvero 4 sono iscritti in un registro in cui sono riportati, per ciascuno di essi, l'attività svolta, l'agente utilizzato e gli eventuali casi di esposizione individuale.

**La Profilassi di Sorveglianza Sanitaria nel rischio biologico in ambienti sanitari - Le vaccinazioni****Antitubercolare**

Il D.P.R. 465/2001 limita l'obbligatorietà della vaccinazione al personale sanitario con test tubercolinico negativo, che operi in ambienti sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi multifarmacoresistenti oppure che operi in ambienti ad alto rischio e che non possa, in caso di cuticonversione, essere sottoposto a terapia preventiva, per controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici

Il vaccino impiegato è il B.C.G., in un'unica somministrazione. È un vaccino vivo attenuato di micobatterio di tipo bovino. Le complicanze più comuni sono rappresentate da una reazione locale nella sede di inoculazione e, più raramente, da interessamento dei linfonodi regionali.

**Antimorbillo  
Antiparotite  
Antirosolia**

Raccomandate per il personale sanitario non immune, in particolare per quello che presta servizio nelle aree a maggior rischio occupazionale da infezione (divisioni di malattie infettive, pediatria). È un vaccino vivo attenuato e si somministra per via sottocutanea, secondo calendario vaccinale.

### La Profilassi di Sorveglianza Sanitaria nel rischio biologico in ambienti sanitari - Le vaccinazioni

#### Antiepatite B

Raccomandata per tutto il personale sanitario.  
Dal 1991 (Legge 165) è obbligatoria per tutti i nuovi nati nel primo anno di vita e per gli adolescenti nel dodicesimo anno di età.  
È un vaccino ricombinante. Le dosi richieste sono 3, con un intervallo di 1-2 mesi tra la prima e la seconda e di 6 mesi tra la prima e la terza.  
Dosi periodiche di richiamo non necessarie (controllo dello stato di immunità).

#### Epatite A

Raccomandata per addetti a UU.OO. di malattie infettive, pediatria, gastroenterologia, luoghi di ricovero per persone con deficit intellettivi o psichici, laboratori di ricerca che lavorano con i virus.

### La Profilassi di Sorveglianza Sanitaria nel rischio biologico in ambienti sanitari - Le vaccinazioni

#### Antitetanica

Per il **personale tecnico** addetto alla manutenzione; Consigliata per gli addetti a **cucina, mensa, dispensa, veterinari e tecnici della prevenzione area veterinaria**; Disponibile per il restante personale, su specifica richiesta.  
La somministrazione in soggetti mai vaccinati in precedenza prevede 3 dosi, le prime 2 a distanza di 6-8 settimane l'una dall'altra e la terza a 6-12 mesi dalla seconda.  
Le dosi di richiamo devono essere somministrate ogni 10 anni.

#### Varicella

Raccomandata

#### Antitifida

Consigliato per il **personale di assistenza** e per gli addetti ai servizi di **cucina, disinfezione, lavanderia e pulizia degli ospedali**.  
La Legge Finanziaria 2001 conferisce alle Regioni la possibilità di disporre l'esecuzione della vaccinazione antitifida in specifiche categorie professionali.

### La Profilassi di Sorveglianza Sanitaria nel rischio biologico in ambienti sanitari - Le vaccinazioni

#### Antipertosse

Consigliata per gli operatori dei **reparti ostetrici e nido**.

#### Antinfluenzale

Disponibile per tutto il personale, su specifica richiesta.  
È necessaria la rivaccinazione annuale, preferibilmente prima dell'inizio della stagione epidemica.

### La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

Possibilità di contrarre l'epatite B da una siringa infetta da virus dell'epatite B

30%

Possibilità di contrarre l'epatite C da una siringa infetta da virus dell'epatite C

3%-5%

Possibilità di contrarre l'HIV da una siringa infetta da virus dell'HIV

0.3%

### La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

#### Cosa fare in caso di incidente?

##### 1. DECONTAMINARE/ DISINFETTARE LA ZONA

- **Esposizione Parenterale (puntura/ferita)**
  - facilitare il sanguinamento
  - lavare con acqua e sapone
  - Disinfettare
- **Esposizione mucosa**
  - lavare con acqua corrente occhi e viso
  - sciacquare abbondantemente il cavo orale
- **Contaminazione di cute lesa**
  - lavare con acqua e sapone
  - disinfettare

### La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

#### Cosa fare in caso di incidente?

##### 4. EFFETTUARE IL PRELIEVO AL PAZIENTE



Esami da effettuare nel paziente fonte (se non già disponibili):

- Test anti-HIV
- HBsAg
- Test anti-HCV

La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

**REGIMI DI PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE:**

**HIV**

**OPERATORE SANITARIO**  
**Profilassi post esposizione (PPE) ad HIV**

**INIZIO DELLA PROFILASSI**

- La PPE deve essere iniziata al più presto possibile, preferibilmente entro 1-4 ore dall'esposizione
- La PPE è sconsigliata quando sono trascorse oltre 72 ore dall'esposizione
- Se, dopo la somministrazione della prima dose di PPE, l'esposizione si rivela non a rischio, la profilassi viene interrotta

La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

*La decisione di iniziare la PPE spetta unicamente al lavoratore esposto, al quale devono essere spiegate in dettaglio le conoscenze attuali su efficacia, sicurezza e tossicità del trattamento (counselling post-esposizione).*

**L'esposto deve sottoscrivere il consenso o il rifiuto alla PPE su un apposito modulo di consenso informato. L'esposto può rifiutare uno o più farmaci previsti**

La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

*Profilassi post-esposizione per HIV*

La PPE per HIV deve essere iniziata il più presto possibile, preferibilmente entro 1-4 ore. È sconsigliata quando sono trascorse oltre 72 ore dall'esposizione.

Il regime di *prima scelta* o standard consigliato nei casi in cui *non siano disponibili indicazioni o controindicazioni specifiche* è: azidotimidina + lamivudina + inibitore di proteasi (ad esempio, nelfinavir) o NNRTI (ad esempio, efavirenz). In seconda battuta potranno essere impiegati tutti i farmaci disponibili in commercio. La durata ottimale della PPE non è nota. Sulla base di studi effettuati su animali è stabilito che deve essere somministrata per 4 settimane, se tollerata.

Coloro che si sottopongono a PPE devono ricevere appropriato counselling ed il test per la ricerca di anticorpi anti-HIV deve essere effettuato a 0, 6 settimane, 3 e 6 mesi dall'infortunio.

La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

*Profilassi post-esposizione per HBV*

Per le indicazioni riportate di seguito si fa riferimento al DM 20 novembre 2000

Lo schema di trattamento è diverso a seconda che le persone siano state o meno vaccinate in precedenza per l'epatite B.

**Nei soggetti non vaccinati si segue lo schema accelerato di immunizzazione con somministrazione di 1 dose di vaccino a distanza di 0, 1, 2 mesi dall'IRB e successivamente 1 dose di rinforzo a distanza di 6-12 mesi dalla terza. Contemporaneamente alla somministrazione della 1<sup>a</sup> dose di vaccino è opportuna la somministrazione di immunoglobuline specifiche, in sede corporea diversa da quella utilizzata per l'inoculazione del vaccino. Le immunoglobuline e specifiche vanno somministrate entro il 7° giorno ed il ciclo di vaccinazione per il trattamento PPE va iniziato entro il 14° giorno dal contatto potenzialmente infettante.**

**Nei soggetti vaccinati in precedenza con risposta anticorpale sconosciuta al ciclo di immunizzazione primaria si consiglia la somministrazione di immunoglobuline specifiche insieme con 1 dose di vaccino e la ricerca di anti-HBs a distanza di almeno 1 mese.**

La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

**Profilassi post-esposizione per HCV**

Protocolli non recenti prevedono la profilassi passiva con somministrazione di **immunoglobuline standard** (aspecifiche, normali) per via intramuscolare entro 24 ore dall'esposizione. Di fatto non esistono prove sulla loro reale efficacia protettiva, non sono prive di effetti collaterali e di possibili rischi legati alla loro somministrazione, e pertanto, tale **profilassi non è raccomandata**.

Anche la **somministrazione di agenti antivirali (interferone peghilato e ribavirina) non è raccomandata, dal momento che non esiste la certezza della cronicizzazione** dopo infezione da HCV, per cui l'uso di questi due farmaci, che possono causare alcuni importanti effetti avversi, va limitato alla terapia dell'infezione cronica, in attesa di studi scientifici attendibili (CDC, 2001).

Per la gestione post-esposizione dell'O.S. esposto, lo stato HCV del paziente fonte e dell'esposto deve essere determinato. Raccomandazioni per la gestione post-esposizione devono mirare ad una **tempestiva identificazione della comparsa dell'infezione cronica** per iniziare le necessarie terapie.

La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

**Profilassi post-esposizione per HCV**

Protocollo di sorveglianza post esposizione per HCV  
**ESAMI DA EFFETTUARE**

Settimana	0	2	4	6	8	12	24
Anti HCV	X					X	X
HCV RNA qualitativo				X			
GOT - GPT	X	X	X	X	X	X	X

La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

**PROCEDURA POST-ESPOSIZIONE A RISCHIO DI TBC POLMONARE**

OCCORRE VALUTARE:

- IL GRADO DI CONTAGIOSITA' DEL PAZIENTE
- IL TIPO DI ESPOSIZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO
- LA SUA EVENTUALE VACCINAZIONE

LO SCHEMA PREVISTO PREVEDE:

- INTRADERMOREAZIONE DI MANTOUX
- NEI SOGGETTI RISULTATI POSITIVI (lettura dopo 72 ore) RX TORACE
- NEI SOGGETTI RISULTATI NEGATIVI 2<sup>a</sup> MANTOUX DOPO 60 GIORNI

La Profilassi Post Esposizione ad evento infortunistico da rischio biologico in ambienti sanitari

**Profilassi post-esposizione per TBC polmonare**

Le linee guida italiane indicano che, indipendentemente dai risultati della VdR, devono essere classificati almeno a rischio medio i reparti di malattie infettive, di terapia intensiva, l'anatomia patologica, la microbiologia, la broncospicologia; pertanto per gli O.S. cutinegativi di questi reparti la sorveglianza tubercolinica deve avere una periodicità almeno annuale.

Le linee guida per la prevenzione del contagio della TBC ai pazienti con infezione da HIV raccomandano per i lavoratori che operano in reparti che assistono pazienti con infezione da HIV, la ripetizione dell'accertamento tubercolinico almeno ogni anno.

Un test tubercolinico almeno annuale è suggerito inoltre per i lavoratori cutinegativi all'assunzione, appartenenti a gruppi a alta prevalenza di TB (immigrati da meno di 3 anni da aree endemiche; soggetti HIV positivi) o ad alto rischio (diabete, immunodepressi).

**DECRETO LEGISLATIVO 19 febbraio 2014, n. 19**  
Prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario  
GU n.57 del 10-3-2014

**Art. 286-bis.**  
Ambito di applicazione

1. Le disposizioni del presente titolo si applicano a tutti i lavoratori che operano, nei luoghi di lavoro interessati da attività sanitarie, alle dipendenze di un datore di lavoro, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, ivi compresi i tirocinanti, gli apprendisti, i lavoratori a tempo determinato, i lavoratori somministrati\*, gli studenti che seguono corsi di formazione sanitaria e i sub-fornitori\*\*.



\* Sono lavoratori assunti da un'agenzia riconosciuta dallo Stato e avviati al lavoro in un'azienda utilizzatrice.  
\*\* subfornitore: ogni persona che operi in attività e servizi direttamente legati all'assistenza ospedaliera e sanitaria nel quadro di rapporti contrattuali di lavoro con il datore di lavoro

**DECRETO LEGISLATIVO 19 febbraio 2014, n. 19**  
Prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario  
GU n.57 del 10-3-2014

**Art. 286-ter. Definizioni**

1. Ai fini ed agli effetti delle disposizioni del presente titolo si intende per:

- a) **OMISS**
- b) **OMISS**
- c) **misure di prevenzione specifiche:** misure adottate per prevenire le ferite e la trasmissione di infezioni nel quadro della prestazione di servizi e dello svolgimento delle attività direttamente connesse all'assistenza ospedaliera e sanitaria, incluso l'impiego di attrezzature ritenute tecnicamente più sicure in relazione ai rischi e ai metodi di smaltimento dei dispositivi medici taglienti, quali i dispositivi medici taglienti dotati di meccanismo di protezione e di sicurezza, ... ..

**DECRETO LEGISLATIVO 19 febbraio 2014, n. 19**  
Prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario  
GU n.57 del 10-3-2014

**Art. 286-quater.**  
Misure generali di tutela

1. Il datore di lavoro ha l'obbligo di garantire la salute e sicurezza dei lavoratori in tutti gli aspetti connessi alla loro vita professionale, inclusi i fattori psicosociali e di organizzazione del lavoro, provvedendo in particolare:

- a) ad assicurare che il personale sanitario sia adeguatamente **formato** e dotato di **risorse idonee** per operare in condizioni di sicurezza ... ..
- b) **OMISS**
- c) a creare le condizioni tali da favorire la **partecipazione attiva dei lavoratori** e dei loro rappresentanti all'elaborazione delle politiche globali di prevenzione;
- d) a **non sopporre mai insistente un rischio** ... ..
- e) **OMISS**
- f) a pianificare ed attuare **iniziative di prevenzione, sensibilizzazione, informazione e formazione e monitoraggio** degli infortuni specifici
- g) a **promuovere la segnalazione degli infortuni**, al fine di evidenziare le cause sistemiche.

**DECRETO LEGISLATIVO 19 febbraio 2014, n. 19**  
Prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario  
GU n.57 del 10-3-2014

**Art. 286-quinquies. (S)**  
Valutazione dei rischi

1. Il datore di lavoro, nella valutazione dei rischi di cui all'articolo 17, comma 1, deve garantire che la stessa includa la **determinazione del livello di rischio espositivo a malattie** che possono essere contratte **in relazione alle modalità lavorative**

2. Il datore di lavoro, ... .., deve altresì individuare le **necessarie misure tecniche, organizzative e procedurali, riguardanti le condizioni lavorative**, il livello delle **qualificazioni professionali**, i **fattori psicosociali** legati al lavoro e l'influenza dei fattori connessi con **l'ambiente di lavoro**, per eliminare o diminuire i rischi professionali valutati.

**DECRETO LEGISLATIVO 19 febbraio 2014, n. 19**

Prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario  
GU n.57 del 10-3-2014

**Art. 286-sexies. (S)**  
**Misure di prevenzione specifiche**

1. Qualora la valutazione dei rischi di cui all'articolo 286-quinquies evidenzi il rischio di ferite da taglio o da punta e di infezione, il datore di lavoro deve adottare le misure di seguito indicate:

- a) definizione e attuazione di procedure di utilizzo e di eliminazione in sicurezza di dispositivi medici taglienti e di rifiuti contaminati con sangue e materiali biologici a rischio, ... .. le procedure devono essere periodicamente sottoposte a processo di valutazione per testarne l'efficacia e costituiscono parte integrante dei programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- b) **OMISS**
- c) **OMISS**
- d) **divieto immediato della pratica del reincappucciamento manuale degli aghi in assenza di dispositivi di protezione e sicurezza per le punture**
- e) **sorveglianza sanitaria;**

**DECRETO LEGISLATIVO 19 febbraio 2014, n. 19**

Prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario  
GU n.57 del 10-3-2014

**Art. 286-sexies.**  
**Misure di prevenzione specifiche**

f) effettuazione di **formazione** in ordine a:

- 1) **uso corretto di dispositivi medici taglienti** dotati di meccanismi di protezione e sicurezza;
- 2) procedure da attuare per la **notifica**, la risposta ed il monitoraggio **post-esposizione**;
- 3) **profilassi da attuare in caso di ferite o punture**, ... ..

g) **informazione** per mezzo di specifiche attività di **sensibilizzazione\***, anche in collaborazione con le associazioni sindacali di categoria o con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, ... .. **OMISS** ... .. **vantaggi e inconvenienti della vaccinazione o della mancata vaccinazione**, sia essa **preventiva o in caso di esposizione ad agenti biologici** per i quali esistono vaccini efficaci; **tali vaccini devono essere dispensati gratuitamente** a tutti i **lavoratori** ed agli **studenti** che prestano assistenza sanitaria ed attività ad essa correlate nel luogo di lavoro;

**DECRETO LEGISLATIVO 19 febbraio 2014, n. 19**

Prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario  
GU n.57 del 10-3-2014

**Art. 286-sexies.**  
**Misure di prevenzione specifiche**

h) **previsione delle procedure** che devono essere adottate **in caso di ferimento del lavoratore** per:

1) prestare cure immediate al ferito, inclusa la **profilassi post-esposizione** e gli **esami medici necessari** e, se del caso, l'**assistenza psicologica**;

2) assicurare la **corretta notifica** e il **successivo monitoraggio** per l'individuazione di adeguate misure di prevenzione, da attuare attraverso la **registrazione** e l'**analisi delle cause**, delle **modalità** e **circostanze** che hanno comportato il verificarsi di infortuni derivanti da punture o ferite e i **successivi esiti**, **garantendo la riservatezza** per il lavoratore.

**DECRETO LEGISLATIVO 19 febbraio 2014, n. 19**

Prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario  
GU n.57 del 10-3-2014

**Art. 286-sexies.**  
**Misure di prevenzione specifiche**

**\* SENSIBILIZZAZIONE DEI LAVORATORI**

Si realizza attraverso la diffusione di **materiale promozionale** riguardante:

- 1) **Programmi di sostegno da attuare a seguito di infortuni**,
- 2) Sui differenti rischi associati all'esposizione al sangue ed ai liquidi organici
- 3) **utilizzo corretta dei dispositivi medici taglienti o acuminati**, e norme di precauzione da adottare per lavorare in condizioni di sicurezza,
- 4) **corrette procedure di uso e smaltimento dei dispositivi medici utilizzati**,
- 5) **importanza, in caso di infortunio, della segnalazione da parte del lavoratore di informazioni pertinenti a completare nel dettaglio le modalità di accadimento**,
- 6) **importanza dell'immunizzazione**, (vantaggi e svantaggi)