



ALLEGATO 1

LE VACCINAZIONI NEGLI OPERATORI SANITARI E LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Gruppo di lavoro ASUR:

Paolo Amatori, Claudio Angelini, Sonia Bacelli, Claudio Balducci, Antonio Barboni, Loredana Bellocchi, Valeria Benigni, Tiziana Bentivoglio, Andrea Bernabucci, Giovanni Bevilacqua, Vincenzo Calvaresi, Andrea Cani, Alfredo Copertaro, Sergio Corsi, Elena Di Tondo, Elisa Draghi, Livio Del Duca, Virginia Fedele, Maria Sole Ferreiro, Daniel Fiacchini, Andrea Filonzi, Alberto Lanari, Augusto Liverani, Pierluigi Lucadei, Stefania Mancinelli, Patrizia Marcolini, Maria Rita Mazzocanti, Giuseppe Monetti, Nicola Nardella, Daniela Olivieri, Anna Fiorenza Padovani, Massimo Palazzo, Maria Rosa Pallotta, Elena Parisi, Elisabetta Pertosa, Gianfranco Sacchi, Stefano Sagratella, Diana Sansoni, Maria Gabriela Spurio, Giuliano Tagliavento, Nadia Tegaccia, Ida Vitali, Marta Ursini

1. INTRODUZIONE

Il medico [...] “deve utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione; tali strumenti costituiscono esclusiva riflessione tecnico-professionale, riservata, volta alla identificazione dei rischi, alla correzione delle procedure e alla modifica dei comportamenti”

Il Codice Deontologico del Medico

“L’infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell’assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell’imparare dall’errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico”

Il Codice Deontologico dell’Infermiere

“Obblighi dei lavoratori

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

2. I lavoratori devono in particolare:

a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all’adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;

b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;

c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;

d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;

e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell’ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l’obbligo di cui alla lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;

f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;

g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;

h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;

i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente”.

Art. 20 del D.Lgs 81/2008

La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative.

Legge 24/2017, art. 1 – sicurezza delle cure in sanità

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Via Oberdan, 2 - 60122 Ancona C.F. e P.IVA 02175860424 tel.071/2911521 fax 071/2911500

sito internet www.asur.marche.it

Le Società Scientifiche, gli Scienziati, le Istituzioni e gli esponenti della Società Civile che sottoscrivono la carta di Pisa sostengono senza riserve la necessità di promuovere la pratica vaccinale e intendono ribadire l'importanza assoluta della vaccinazione degli operatori sanitari per il raggiungimento del controllo delle malattie prevenibili con vaccinazione.

La Carta di Pisa delle vaccinazioni negli Operatori Sanitari

La prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) deve essere considerato un obiettivo e una responsabilità specifica di ciascun operatore della sanità, da chi ha responsabilità di gestione dell'azienda a chi opera nei servizi, a chi è coinvolto direttamente nell'assistenza, in collaborazione con i pazienti, i familiari e altri caregiver.

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria quello infettivo, ossia il rischio per pazienti e operatori di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale o in ambito lavorativo, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento, attribuibile a diversi fattori:

- aumento della proporzione di pazienti immunocompromessi o comunque fragili;
- accentuata complessità assistenziale;
- aumento delle infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici, per effetto della pressione antibiotica e della trasmissione di microrganismi in ambito assistenziale;
- spostamenti frequenti dei pazienti nella rete dei servizi.

“Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e la resistenza agli antibiotici sono un importante problema di salute pubblica che necessita di interventi mirati per la prevenzione ed il controllo in ragione delle dimensioni che esso sta assumendo e del trend epidemiologico in costante aumento. Le ICA infatti sono una causa importante di morbosità e mortalità dei pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere e in tutti gli ambiti assistenziali inclusi quelli residenziali territoriali, ambulatoriali e dell'assistenza domiciliare. Esse comportano infatti un aumento della durata della degenza, della disabilità a lungo termine, aumento della mortalità nonché aumento dei costi” (WHO, 2011).

In generale, la frequenza di ICA varia molto in rapporto al tipo di Unità Operativa o tipologia di paziente studiato, anche quando si utilizzano indicatori clinici specifici. Non ha quindi senso parlare di un dato globale sulle infezioni.

La maggior parte dei paesi Europei, compresa l'Italia, ha effettuato studi di prevalenza, in cui è emerso che la prevalenza di pazienti infetti varia dal 6,8% al 9,3% e quella di infezioni dal 7,6% al 10,3%. In media, quindi, il 5% dei pazienti ospedalizzati contrae un'infezione durante il ricovero, mentre risulta infetto in un dato momento dal 7% al 9% dei pazienti ricoverati. Si tratta comunque di stime medie, che non si applicano a contesti specifici: l'incidenza delle ICA varia molto a seconda del setting assistenziale, delle dimensioni dell'ospedale, del tipo di Unità Operativa, della durata della degenza e delle misure di controllo adottate.

In Italia non esiste un sistema di sorveglianza nazionale, perché nel nostro Paese non sono ancora stati attivati in modo capillare sistemi di rilevazione attiva dei dati con personale dedicato (vedi le Infection Control Nurses dei paesi anglosassoni), tuttavia sono stati condotti numerosi studi

multicentrici di prevalenza. Sulla base di questi e delle indicazioni della letteratura, si può stimare che in Italia il 5-8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera. Ogni anno, quindi, si verificano in Italia 450-700 mila infezioni in pazienti ricoverati in ospedale (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi). Di queste, si stima che circa il 30% siano potenzialmente prevenibili (135-210 mila) e che siano direttamente causa del decesso nell'1% dei casi (1350-2100 decessi prevenibili in un anno) - dati pubblicati su EPICENTRO.

Non tutte le ICA sono prevenibili, perché a volte l'insorgenza dell'infezione è attribuibile a microorganismi endogeni che diventano aggressivi per le particolari condizioni cliniche dell'ospite; tuttavia dati di letteratura confermano che oltre un terzo delle ICA sono prevenibili e tale quota è maggiore in contesti ove non vengono rispettati gli standard assistenziali di base o per specifici siti di infezione. Alcuni autori però ipotizzano la necessità di considerare ogni singola infezione come un evento avverso non più tollerabile (la cosiddetta "zero tolerance").

I determinanti delle ICA sono molteplici, quelli modificabili sono legati a pratiche assistenziali di dimostrata efficacia nel ridurre il rischio di infezione:

- igiene delle mani (lavaggio delle mani – frizione gel idroalcolico),
- utilizzo di misure di barriera (DPI),
- pulizia e disinfezione dell'ambiente,
- disinfezione e sterilizzazione delle attrezzature e presidi riutilizzabili;
- precauzioni specifiche per malattia infettiva nell'assistenza a pazienti con presidi invasivi;
- immunizzazione degli operatori con i vaccini;
- utilizzo appropriato di antibiotici.

Obiettivo generale di un programma di controllo del rischio infettivo è assicurare che vengano adottate, a tutti i livelli e da tutti gli operatori, le pratiche assistenziali dimostrate efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza e che vengano decisamente abbandonate le pratiche dimostrate come non sicure.

1.1 La vaccinazione del personale sanitario

Gli operatori sanitari (OS), a causa del loro contatto con i pazienti e con materiale potenzialmente infetto, sono a rischio di esposizione e di trasmissione di patogeni prevenibili attraverso la vaccinazione; un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione ed il controllo di numerose malattie trasmissibili.

E' importante che gli OS siano sottoposti a profilassi vaccinale in quanto:

1. operatori a contatto con soggetti portatori di patologie che potrebbero sviluppare, gravi complicanze anche letali, a seguito del contagio con malattie infettive;
2. lavoratori la cui salute è tutelata dal Decreto Legislativo 81/08;
3. operatori di importanza sociale strategica che svolgono un ruolo essenziale a seguito di episodi epidemici, pandemici o maxiemergenze.

Per la prevenzione del rischio di ICA sono obbligatorie le vaccinazioni previste nel protocollo di sorveglianza sanitaria conseguente al Documento di Valutazione del Rischio (DVR).

Le vaccinazioni offerte agli Operatori Sanitari, per quanto possibile, devono essere effettuate presso la sede di lavoro, con la collaborazione del SISP, DMO, Medico Competente (MC) e Servizi Professioni Sanitarie.

1.2 Formazione

Dovrà essere organizzata opportuna attività formativa in ogni Area Vasta, mirata all'ampliamento delle conoscenze degli OS in tema di prevenzione delle ICA, vaccinazioni ed utilizzo dei DPI come da paragrafo "*Comunicazione, formazione ed informazione: rischio biologico, prevenzione e profilassi vaccinale degli operatori sanitari*".

1.3 Responsabilità

Il lavoratore deve essere reso edotto che la mancata immunizzazione attiva rappresenta un criterio di non idoneità per l'assegnazione in alcune UU.OO. e che comunque, considerata la politica aziendale e l'offerta di immunizzazione attiva, la responsabilità di casi secondari per rifiuto della vaccinazione, anche nelle UU.OO. di non obbligatorietà, configura una responsabilità personale oltre che deontologica.

2. BASE NORMATIVA E PROVVEDIMENTI

Vengono di seguito presi in considerazione i principali aspetti relativi all'attuazione del presente documento:

- nuova assunzione subordinata al rilasciato del giudizio di idoneità;
- mancata presentazione alle visite periodiche applicazione quanto previsto dal regolamento di disciplina;
- provvedimento in caso di mancato consenso alla vaccinazione;
- provvedimento in caso di comportamento non coerente con la *mission* dell'azienda;

Nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 le categorie di lavoratori per cui sono indicate specifiche vaccinazioni sono:

- *Operatori sanitari: per gli operatori sanitari un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni (anti-epatite B, anti-influenzale, anti-morbillo, parotite, rosolia (MPR), anti-varicella, anti-pertosse). Nella maggior parte dei casi, l'immunizzazione attiva riveste un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore, ma soprattutto di garanzia nei confronti dei pazienti, ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni e persino casi mortali. Anche per gli studenti dei corsi di laurea dell'area sanitaria sono fortemente raccomandate le medesime vaccinazioni indicate per gli operatori sanitari.*

- *Personale di laboratorio: il personale di laboratorio, sia esso di ricerca o industriale, così come il personale addetto alla lavorazione degli emoderivati, spesso lavora a stretto contatto con patogeni che causano malattie prevenibili da vaccini. Una corretta immunizzazione di questi operatori (che non deve in alcun modo sostituire l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale) può prevenire la trasmissione accidentale di questi patogeni. In generale, il personale di laboratorio che lavora a contatto o a possibile esposizione con un determinato patogeno per cui esista un vaccino efficace, deve essere immunizzato.*

La DGRM 458/2017 "Adeguamento dell'offerta vaccinale nella Regione Marche in relazione al recepimento del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 – Direttive alle Aziende del S.S.R." ha pienamente recepito il PNPV.

2.1 *Le vaccinazioni per soggetti a rischio per esposizione professionale*

Alcune categorie professionali che lavorano a contatto con soggetti e/o con materiali potenzialmente infetti sono a rischio di esposizione a malattie infettive prevenibili con vaccinazione. Per tali categorie professionali, programmi di vaccinazione ben impostati possono ridurre in modo sostanziale i rischi sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni ad altri lavoratori e soggetti con cui i lavoratori possono entrare in contatto (ad esempio bambini nelle scuole o pazienti nelle strutture sanitarie).

La base legislativa delle vaccinazioni nei lavoratori a rischio è il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, che all'articolo 279 recita:

“1. I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria.

2. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali: - la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente [...]”.

Il Medico Competente è responsabile dell'identificazione dei lavoratori a rischio e della loro informazione sul controllo sanitario, sui vantaggi e controindicazioni delle vaccinazioni, sui rischi della non vaccinazione e sulle modalità e tempistica dell'esecuzione delle vaccinazioni stesse.

Di seguito vengono riportate le categorie di lavoratori per cui sono indicate specifiche vaccinazioni:

- **Operatori Sanitari**
- **Personale di laboratorio**

Un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni:

- anti-epatite B
- anti-influenzale
- anti-morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- anti-varicella
- anti-pertosse

Nella maggior parte dei casi, l'immunizzazione attiva riveste un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore, ma soprattutto di garanzia nei confronti dei pazienti, ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni e persino casi mortali. Anche per gli studenti dei corsi di laurea dell'area sanitaria sono fortemente raccomandate le medesime vaccinazioni indicate per gli operatori sanitari.

La valutazione ed il conseguente rilascio del giudizio di idoneità alla mansione, di cui all'art. 41 comma 6 D. Lgs. 81/08 e s.m.i., è subordinato all'espletamento delle visite di cui all'art. 41 comma 2 e comma 2-bis del medesimo decreto, ovvero al pieno rispetto degli accertamenti e dei provvedimenti indicati dal Medico Competente nel protocollo di sorveglianza sanitaria, aggiornato con le indicazioni nazionali e regionali per le vaccinazioni.

Tale protocollo è adottato ufficialmente e reso noto nei bandi e nelle comunicazioni per l'assunzione.

2.2 Visita preassuntiva/preventiva (art. 41 comma 2 lett. a e comma 2-bis D.Lgs. 81/08 e s.m.i.)

Per il nuovo assunto vale il pieno rispetto degli accertamenti e delle vaccinazioni indicate dal protocollo di sorveglianza sanitaria, aggiornato con le indicazioni nazionali e regionali per le vaccinazioni. Tale protocollo è adottato ufficialmente e reso noto nei bandi e nelle comunicazioni per l'assunzione.

2.3 Mancata presentazione alle visite di sorveglianza sanitaria (Art. 41 D. Lgs. 81/08 e s.m.i. comma 2 lett. b)

- a. Applicazione del Regolamento Disciplinare ASUR in caso di una prima segnalazione del Medico Competente
- b. Applicazione Art. 20, comma 2., lettera I. Lgs. 81/08 in caso di seconda segnalazione del Medico Competente

Ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera c. del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., in attesa del giudizio del Medico Competente, l'idoneità lavorativa è da considerarsi sospesa ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera c. del D. Lgs. 81/08.

2.4 Mancato consenso alla vaccinazione

La somministrazione di un vaccino, ancorché eccellente misura di prevenzione-protezione individuata dall'art. 279 comma 2 lett. a) D. Lgs. 81/08 e s.m.i., è pur sempre un trattamento sanitario e pertanto nel rispetto dell'art. 32 della nostra Costituzione, dovrà essere preceduta dalla raccolta del consenso informato (C.I.).

Il mancato consenso alle vaccinazioni previste dal protocollo di Sorveglianza Sanitaria regolamentato dalla Direzione, in assenza di immunità naturale, determina la non idoneità per le UU.OO. per le quali il DVR prevede la presenza di un'immunizzazione (naturale o indotta).

Al di là di quanto previsto dal DVR l'eventuale assegnazione a UU.OO. "a basso rischio" di operatori non immunizzati deve sempre tener conto della possibilità di contatti con UU.OO. a rischio elevato, sia per consulenze che per sostituzioni improvvise o altre attività che implicino contatti con UU.OO. a rischio elevato.

Nel caso che un lavoratore non immune venga a contatto con utenti/operatori affetti da patologie quali morbillo, parotite, rosolia e varicella (MPRV), rimane la possibilità che il lavoratore a rischio possa ricevere sia il vaccino sia le immunoglobuline, sempre previa acquisizione del C.I.

2.5 Comportamento non coerente con la mission aziendale

Per comportamenti in contrasto con la *mission* aziendale, e in particolare per la promozione delle vaccinazioni, oltretutto sancita da leggi, valgono i provvedimenti previsti dal Regolamento Disciplinare ASUR.

3. COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E INFORMAZIONE: RISCHIO BIOLOGICO, PREVENZIONE E PROFILASSI VACCINALE DEGLI OPERATORI SANITARI

Il PNPV sottolinea l'importanza delle attività di comunicazione con i mass media e con il pubblico, finalizzata a fornire una corretta e completa informazione sui rischi e sui benefici delle vaccinazioni e sui rischi delle malattie prevenibili, sia come parte dell'attività routinaria di promozione ed erogazione delle vaccinazioni, sia in situazioni di emergenza. Strettamente correlate alla comunicazione è la formazione in tema di vaccinazioni degli Operatori Sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha recentemente elaborato una revisione di letteratura sull'esitazione vaccinale e definito le tipologie di intervento che hanno dimostrato la maggiore efficacia nel miglioramento delle coperture vaccinali e tra questi identifica:

- interventi indirizzati direttamente alle popolazioni non vaccinate o con bassi valori di copertura vaccinale come quella degli operatori sanitari;
- interventi che hanno lo scopo di aumentare la conoscenza e la consapevolezza su vaccini e vaccinazioni;
- interventi finalizzati a migliorare la convenienza e l'accesso alla vaccinazione;
- interventi finalizzati a coinvolgere leader influenti per promuovere le vaccinazione nella comunità;
- interventi multi-componente, generalmente più efficaci degli interventi a singoli componenti.

3.1 I target della comunicazione

Il PNPV sottolinea l'importanza delle attività di comunicazione con i mass media e con il pubblico, finalizzata a fornire una corretta e completa informazione sui rischi e sui benefici delle vaccinazioni e sui rischi delle malattie prevenibili, sia come parte dell'attività routinaria di promozione ed erogazione delle vaccinazioni, sia in situazioni di emergenza. Strettamente correlata alla comunicazione è la formazione in tema di vaccinazioni degli operatori sanitari.

La Regione Marche con la DGR 458/17 identifica gli operatori sanitari come la categoria target prioritaria della comunicazione regionale.

Stabilisce anche la necessità di distinguere la popolazione target in tre sottogruppi differenti:

- gli Operatori Sanitari coinvolti: sono tutti gli operatori coinvolti indirettamente nelle attività vaccinali;
- gli Operatori Sanitari dedicati: sono tutti gli operatori direttamente coinvolti nella implementazione delle attività vaccinali;
- gli Operatori Sanitari informati: sono tutti gli operatori sanitari che non siano dedicati o coinvolti; necessitano di un'informazione generalizzata, finalizzata a diffondere e sostenere una cultura vaccinale di base.

3.2 Setting e target prioritari

Il setting ospedaliero è la principale sede delle azioni comunicative e informative previste e gli "Operatori Sanitari informati" rappresentano il target delle stesse.

3.3 Finalità

- Trasmettere agli operatori sanitari i principi della protezione del personale sanitario attraverso la pratica vaccinale
- Migliorare le coperture vaccinali e più in generale lo stato immunitario in ogni presidio ospedaliero

3.4 Azioni previste

A1

Obiettivo: organizzare, con meccanismo di formazione a cascata, eventi formativi finalizzati a diffondere la cultura delle vaccinazioni, con particolare attenzione agli aspetti comunicativi con l'utenza, alle strategie vaccinali relative agli operatori sanitari e agli aspetti medico legali delle mancate vaccinazioni, rivolti agli operatori sanitari.

Indicatore: Numero di eventi formativi organizzati e numero di personale formato (Standard: almeno 75% personale coinvolto formato entro giugno 2018)

A2

Obiettivo: progettare ed implementare azioni di comunicazione individuale (es. mail o lettera in busta paga) per diffondere capillarmente informazioni relative ai provvedimenti previsti in caso di mancato rilascio del giudizio di idoneità a seguito di mancata presentazione a visita periodica o esecuzione esami previsti

Indicatore di monitoraggio: elaborazione lettera

A3

Obiettivo: produrre e distribuire materiale comunicativo con la finalità di trasmettere l'immagine di una struttura attenta alla protezione e alla prevenzione attraverso le vaccinazioni, comprese le vaccinazioni del personale sanitario.

Indicatore di monitoraggio: elaborazione poster

A4

Obiettivo: mostrare le coperture vaccinali antinfluenzali di presidio ospedaliero attraverso display agli ingressi o nelle sale d'attesa dei Presidi ospedalieri per il periodo dell'epidemia influenzale.

Indicatore di monitoraggio: accordi per acquisizione di display

A5

Obiettivo: aderire alla Carta Italiana per la promozione delle vaccinazioni ed alla Carta di Pisa delle vaccinazioni negli Operatori Sanitari, con la finalità di inquadrare l'impegno aziendale secondo i principi e le azioni condivise e validate dalla comunità scientifica. Analisi delle attività che possono essere ulteriormente implementate dall'ASUR alla luce delle azioni previste dalle Carte.

Indicatore di monitoraggio: adesione formale alla Carta Italiana per la promozione delle vaccinazioni e alla Carta di Pisa (Standard: Sì, entro fine 2017)

4. VALUTAZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO DA OPERATORE SANITARIO A PAZIENTE

4.1 Premessa

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), è stato recepito dalla DGRM 458 del 15/05/2017 che così recita al punto 8) *“alcune categorie professionali che lavorano a contatto con soggetti e/o con materiali potenzialmente infetti, sono a rischio di esposizione a malattie infettive prevenibili con vaccinazione. Per tali categorie professionali, dei programmi di vaccinazione ben impostati possono ridurre in modo sostanziale i rischi sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni ad altri lavoratori e soggetti con cui i lavoratori possono entrare in contatto (ad es. bambini nelle scuole o pazienti nelle strutture sanitarie). La base legislativa delle vaccinazioni nei lavoratori a rischio è il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, articolo 279:*

1. *I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria.*

2. *Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali: - la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione da somministrare a cura del medico competente [...].”*

Il medico competente, dell'azienda della quale l'operatore è dipendente, è responsabile dell'identificazione dei lavoratori a rischio, delle informazioni sul controllo sanitario e sui vantaggi e inconvenienti della vaccinazione e della non vaccinazione, ai quali offre le vaccinazioni stesse.

I Servizi di Prevenzione e Protezione delle Aree Vaste dell'ASUR in collaborazione con i rispettivi Medici Competenti hanno proceduto all'aggiornamento del Documento di Valutazione del Rischio Biologico, con particolare attenzione alla trasmissibilità di tale rischio dall'operatore sanitario al paziente, per i profili professionali sanitari che operano nelle strutture di pertinenza, come di seguito descritto.

4.2 Valutazione del rischio

Il rischio biologico in ospedale costituisce di per sé un tipo di rischio intrinseco all'attività sanitaria, al quale l'operatore sanitario, sia esso medico, infermiere, ostetrica, tecnico sanitario, operatore di supporto, ecc., può trovarsi esposto.

Tale rischio è costituito da agenti biologici che possono risultare potenziali portatori delle più varie patologie infettive. L'operatore sanitario è infatti costantemente a contatto diretto con materiali biologici (ad esempio sangue, aerosol respiratori, saliva, altri fluidi biologici) e con materiali o strumenti contaminati da sangue o da altre sostanze risultanti potenzialmente infette. Allo stesso modo l'operatore sanitario può trasformarsi in fonte di rischio biologico per il paziente.

Al rischio biologico viene dedicato il Titolo X e Xbis, del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. che abroga e sostituisce il D.Lgs. 626/94 di recepimento della Direttiva della Comunità Europea 679/90.

Nel presente documento vengono valutati in generale gli Agenti Biologici (AB), in quanto seppur con incidenza diversa, costituiscono i fattori di rischio più ricorrente in riferimento alle attività espletate nelle AA.VV..

In generale, le fattispecie che ricorrono più frequentemente in ambito sanitario riguardano tutti i reparti /dal Triage, al PS/118, alle sale operatorie, alle sale parto, ai reparti di dialisi, alle UUOO di diagnosi e cura, ai momenti legati a prelievi ematici, alla pratica iniettiva endovenosa, all'esecuzione di particolari esami strumentali (come gli esami endoscopici, tecniche di cateterismo, ecc...).

Il rischio di contrarre malattie infettive è sicuramente uno dei più rilevanti per gli OS e per i pazienti. L'intervallo trascorso tra esposizione all'agente patogeno e comparsa della malattia deve essere compatibile con il periodo di incubazione caratteristico dell'infezione, pertanto i criteri da seguire per l'accertamento del nesso di causalità dovranno essere rigorosi.

4.3 Definizione dei termini

I termini rischio e pericolo, usati frequentemente come sinonimi, nella realtà hanno un diverso significato non solo semantico, ma anche concettuale, dal momento che nel lessico corrente hanno le seguenti definizioni:

Rischio biologico: con il termine di rischio biologico si intende la possibilità che, in seguito ad esposizione o contatto con materiali vari infetti, costituiti per lo più da sangue, aerosol respiratori, droplet o da altri fluidi, un soggetto possa infettarsi e poi ammalarsi (infezione occupazionale, cuticonversione/sieroconversione).

Pericolo: proprietà intrinseca di un determinato fattore o agente avente il potenziale di causare un danno, ovvero circostanza o insieme di circostanze da cui può derivare un danno. Si tratta quindi di un termine che implica un solo riferimento aleatorio: "può derivare" ("pericolo" è, ad esempio, il termine da usare nel caso della vicinanza di un precipizio). Ciò, nel caso nostro specifico, si traduce ad esempio nell'affermare che l'agente biologico costituisce un pericolo di infezione o che l'esposizione agli agenti biologici può rappresentare un pericolo per il manifestarsi della malattia.

Rischio: combinazione di probabilità e di gravità di possibili lesioni o danni alla salute nelle condizioni di impiego e di esposizione a un determinato fattore e agente, ovvero eventualità di subire un danno a seguito del verificarsi di circostanze più o meno prevedibili. Si tratta quindi di un termine più tenue e meno certo del pericolo, che implica un doppio riferimento aleatorio: "l'eventualità" e "la prevedibilità". Ha quindi il significato di probabilità che a seguito del concretizzarsi di eventi fortuiti possa verificarsi un danno. E' quindi come parlare di probabilità che si verifichi un danno; ovvero, servendosi del termine "pericolo", il rischio è la probabilità che un pericolo produca un danno. Questo è pertanto il significato chiamato in causa quando si parla di infezione occupazionale da agenti biologici.

4.4 Definizione di agente biologico

La definizione di AB è contenuta nell'art. 267 del D. Lgs. 81/2008.

Per **agente biologico** s'intende qualsiasi microrganismo, anche se geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita umano che potrebbe provocare infezioni, allergie o intossicazioni. Per **microrganismo** s'intende qualsiasi entità microbiologica, cellulare o meno, in grado di riprodursi o trasferire materiale genetico.

Per **coltura cellulare** s'intende il risultato della crescita in vitro di cellule derivate da organismi pluricellulari.

A seconda del rischio di infezione per l'uomo gli agenti biologici (Allegato XLVI - D.Lgs. 81/2008) vengono suddivisi in quattro gruppi:

- A. **Agenti di gruppo 1:** che presentano poche probabilità di causare malattie in soggetti umani;
- B. **Agenti di gruppo 2:** che possono causare malattie nell'uomo e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaghino nella comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche e terapeutiche (ad es. Bordetella pertussis, Clostridium tetani, Haemophilus, Salmonella paratyphi, Stafilococcus spp., Streptococcus spp., Vibrio spp., Pseudomonas spp., Adenovirus, Candida spp, Entamoeba histolytica, Herpesviridae – Herpesvirus Varicella Zoster, Orthomyxoviridae – virus influenzale tipi A, B e C, Paramyxoviridae – virus del morbillo e della parotite, Micobacterium tuberculosis, Picornaviridae – virus dell'epatite A e virus della poliomelite, ecc);
- C. **Agenti di gruppo 3:** che possono causare malattie gravi nell'uomo e costituire un serio rischio per i lavoratori; possono propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche e terapeutiche (ad es. Rhabdoviridae – virus della Rabbia, Salmonella typhi, Shigella dysenteriae, Hepadnaviridae – Virus dell'epatite B, Flaviviridae – virus dell'epatite C, Retroviridae - HIV, Virus della rabbia, Echinococcus spp, Tenie spp, ecc.);
- D. **Agenti di gruppo 4:** agenti che possono provocare malattie gravi nell'uomo, costituire un serio rischio per i lavoratori, presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità, non essendo disponibili di norma efficaci misure profilattiche o terapeutiche (es. per . Morbillivirus equino, Virus Ebola, Virus Lassa, Virus di Marburg).

4.5 Trasmissione delle infezioni

Per la trasmissione delle infezioni occorrono tre elementi: la fonte di microrganismi infettanti, l'ospite suscettibile e il mezzo di trasmissione dei microrganismi.

La modalità di **trasmissione** può essere per:

- **contatto** diretto o indiretto (contaminazione muco-cutanea attraverso lesioni, punture accidentali, tagli, schizzi, imbrattamenti, ecc.);
- attraverso **goccioline** di grandi dimensioni (cosiddette droplet);

- per **via aerea** attraverso la disseminazione di nuclei di goccioline (airborne), residui di piccole particelle di goccioline evaporate che contengono microrganismi e rimangono sospese nell'aria per lungo tempo (con diametro uguale o inferiore ai 5 micron), ma anche di particelle di polveri che contengono l'agente infettivo;
- per mezzo di **veicoli comuni**, con trasmissione attraverso oggetti o materiali contaminati, ad esempio acqua, alimenti, strumenti, macchinari, farmaci;
- per mezzo di **vettori**, ad esempio mosche, zanzare, topi, ecc..

Relativamente alla classificazione degli agenti biologici, la loro pericolosità è caratterizzata da diverse componenti:

- **infettività/invasività**: capacità e numero necessario di microrganismi di penetrare e moltiplicarsi nell'ospite e causare l'infezione;
- **patogenicità/ virulenza** capacità dell'agente di produrre una malattia dopo essere penetrato nell'organismo;
- **trasmissibilità**: capacità di un microrganismo di venire trasmesso da un soggetto infetto ad uno suscettibile (tramite aria, acqua, sangue, liquidi biologici infetti, secrezioni, cose infette, veicoli e vettori);
- **il serbatoio/la dose**: numero necessario di microrganismi;
- **la fonte**: pz infetto noto, non noto, in periodo finestra;
- **neutralizzabilità**: disponibilità di efficaci misure profilattiche per prevenire la malattia (es. vaccini) o terapeutiche per la sua cura.

Le componenti che riguardano l'**ospite** invece sono rappresentate da:

- meccanismi di difesa (aspecifici);
- immunità umorale;
- immunità acquisita.

Il rischio di contatto dipende da:

- prevalenza dell'infezione nella popolazione (cioè dai soggetti infettanti nella popolazione);
- tipo di attività espletata;
- misure di prevenzione impiegate.

Il rischio di contrarre la malattia dipende da:

- carica infettante;
- resistenza del soggetto.

4.6 Rischi connessi con l'esposizione in ambiente sanitario

L'esposizione (ingestione, contatto cutaneo, inalazione, puntura o taglio accidentale) a organismi e microrganismi patogeni o non, colture cellulari, endoparassiti umani, presenti nei liquidi biologici o nell'ambiente a seguito di emissione e/o trattamento e manipolazione possono avvenire per:

- **emissione involontaria** (impianto di condizionamento emissioni di polveri organiche, etc.);
- **emissione incontrollata** (impianti di depurazione delle acque, manipolazione di materiali infetti in ambiente ospedaliero, smaltimento di rifiuti ospedalieri, ecc.);
- **trattamento o manipolazione volontaria**, a seguito di impiego per ricerca sperimentale in "vitro" o in "vivo" o in sede di vera e propria attività produttiva (biotecnologie)

Le infezioni vengono distinte in **infezioni esogene**, in cui i microrganismi vengono trasmessi dall'esterno ed **infezioni endogene**, in cui i microrganismi si trovano nella flora dell'ospite.

Il rischio dovuto ad agenti biologici deriva essenzialmente da due fattispecie:

- la prima è rappresentata dal **rischio di contatto**;
- la seconda dal **rischio di contrarre la malattia**.

4.7 Rischio infezione occupazionale e rischi da infezioni correlate all'assistenza

Le modalità con cui può avvenire la trasmissione delle infezioni sono diverse a seconda, delle caratteristiche dell'ambiente di lavoro e dei microrganismi implicati.

E' possibile individuare 2 diverse tipologie di rischio biologico:

- **rischio biologico generico**: presente in tutti gli ambienti di lavoro;
- **rischio biologico specifico**: proprio della mansione svolta, a sua volta distinguibile in:
 - a) **rischio biologico deliberato**: si manifesta quando una determinata attività prevede l'uso deliberato, intenzionale, di agenti biologici, per esempio in laboratorio di microbiologia;
 - b) **rischio biologico potenziale**: deriva da un'esposizione non intenzionale, potenziale ad agenti biologici come ad esempio: attività assistenziali (cura e diagnosi), gestione dei rifiuti, attività di manutenzione e pulizia.

Gli OS e i pazienti sono potenzialmente sottoposti al rischio biologico rappresentato usualmente da:

- **Virus dell'epatite B (HBV)**
- **Virus dell'epatite delta (HDV)**
- **Virus dell'epatite C (HCV)**
- **Virus dell'immunodeficienza acquisita (HIV)**
- **Altre malattie infettive-diffusive virali e batteriche**

Tabella 1: possibili fonti di contaminazione in ambiente sanitario

Modalità di esposizione	Esempi
Inoculazione parenterale	<ul style="list-style-type: none">- procedure invasive;- punture d'aghi;- tagli da oggetti taglienti/acuminati e vetri rotti.
Ingestione	<ul style="list-style-type: none">- aspirazione con pipette a bocca di materiale contaminato;- trasporto di microrganismi attraverso mani contaminate da fuoriuscita di materiale contaminato per rottura o rovesciamento di contenitori.
Contatto diretto con cute e/o mucose	<ul style="list-style-type: none">- schizzi da separazione violenta di aghi e siringhe o circuiti a pressione;- trasporto di microrganismi alla congiuntiva tramite mani contaminate.
Inalazione (airborne, droplet)	<ul style="list-style-type: none">- assistenza diretta a pazienti infetti;- aerosol contaminati prodotti da manovre implicanti l'apertura di contenitori e di colture liofilizzate, centrifugazione, pipettamento, ecc.

4.8 Rischio di trasmissione dei virus ematici in base al tipo di esposizione

In base al tipo di esposizione il rischio di trasmissione dei virus ematici si classifica come di seguito descritto:

- **a rischio elevato:** ferita profonda o taglio con strumenti o ago cavo contenenti sangue visibile, contaminazione congiuntivale massiva con sangue;
- **a rischio medio:** puntura o lacerazione, con sanguinamento, con strumenti non visibilmente sporchi di sangue, contaminazione di una ferita aperta o della congiuntiva con liquidi biologici contenenti sangue;
- **a rischio basso:** lesioni superficiali non sanguinanti, contaminazione di mucose diverse dalla congiuntiva, contatto prolungato di cute apparentemente integra.

In tutti i settori sanitari dell'ASUR (Servizi Territoriali, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti di Prevenzione) è potenzialmente presente il Rischio Biologico con diverse scale di esposizione.

Altre attività con esposti a Rischio Biologico in ambiente sanitario:

- **Impresa di pulizia:** il rischio biologico deriva dalla possibilità di contatto con materiali infetti di varia provenienza;
- **Lavanoio:** il rischio biologico è dovuto alla manipolazione di biancheria ed indumenti sporchi e potenzialmente infetti di varia provenienza e d'uso.
- **Rifiuti:** il rischio biologico deriva dalla possibilità di contatto (accidentale o per sversamento) con materiali infetti di varia provenienza presenti nei contenitori e/o sversati accidentalmente.
- **Settore Manutenzioni:** il rischio biologico deriva dalla possibilità di contatto con materiali infetti di varia provenienza durante la manutenzione di alcuni impianti e/o ristrutturazioni.

4.9 Valutazione del rischio da operatore sanitario a paziente

L'aggiornamento della valutazione del rischio è stato fatto seguendo il seguente criterio:

$$R = P \times M$$

P = probabilità definita come numero di pazienti suscettibili presenti nelle UU.OO. o Servizi in presenza di un operatore infettante, i relativi valori vengono descritti nella tabella seguente:

Tabella 2: significato di P

Valori di P	Descrizione
1=Accettabile	presenza irrilevante di pazienti suscettibili
2=Basso	presenza straordinaria di pazienti suscettibili
3=Medio	presenza occasionale di pazienti suscettibili
4=Alto	presenza elevata di pazienti suscettibili

M = gravità definita come patogenicità della malattia causata dal contatto con operatore infettante, i relativi valori vengono descritti nella tabella seguente:

Tabella 3: Significato di M

Valori di M	Descrizione
1=Trascurabile	Insorgenza di malattia infettiva senza comparsa di complicanze correlate
2=Basso	Insorgenza di malattia infettiva con comparsa di complicanze correlate lievi
3=Medio	Insorgenza di malattia con comparsa di complicanze correlate importanti
4=Alto	Insorgenza di malattia con comparsa di gravi complicanze correlate e rischio di exitus.

Dalla suddetta valutazione consegue:

R = Livello di Rischio Biologico

Tabella 4: Valori di R

Valori di R	Quantificazione
Basso/Lieve	Valore = 1
Medio	Valore = 2 o Valore = 3
Alto	Valore = 4 o Valore = 6 o Valore = 8
Inaccettabile	Valore = 9 o Valore = 12 o Valore = 16

Immagine 1: matrice della valutazione del rischio: $R = P \times M$

		Livello di Rischio (R)				
		Basso/Lieve	Medio	Alto	Inaccettabile	
Probabilità (P)	4	Alto	4	8	12	16
	3	Medio	3	6	9	12
	2	Basso	2	4	6	8
	1	Accettabile	1	2	3	4
		Gravità (M)	1	2	3	4
			Trascurabile	Basso	Medio	Alto

4.10 Risultati della valutazione

A seguito della valutazione effettuata il livello di rischio è risultato:

A) INACCETTABILE nelle seguenti Aree Sanitarie:

UU.OO.	LIVELLO DI RISCHIO
• Oncologia	Inaccettabile = $9 \leq \text{Valore} \leq 16$
• Hospice	Inaccettabile = $9 \leq \text{Valore} \leq 16$
• Ematologia	Inaccettabile = $9 \leq \text{Valore} \leq 16$
• Neonatologia	Inaccettabile = $9 \leq \text{Valore} \leq 16$
• Ostetricia	Inaccettabile = $9 \leq \text{Valore} \leq 16$
• Pediatria	Inaccettabile = $9 \leq \text{Valore} \leq 16$
• Rianimazione/UTIC	Inaccettabile = $9 \leq \text{Valore} \leq 16$
• PS/Medicina d'Accettazione e d'Urgenza	Inaccettabile = $9 \leq \text{Valore} \leq 16$
• Cure Domiciliari	Inaccettabile = $9 \leq \text{Valore} \leq 16$

B) MEDIO/ALTO in tutte le UU.OO. di degenza

UU.OO	LIVELLO DI RISCHIO
Tutte le UU.OO. di degenza non ricomprese nella tabella precedente	Medio = $2 \leq \text{Valore} \leq 3$ e Alto = $4 \leq \text{Valore} \leq 8$

C) BASSO/LIEVE in tutti i luoghi di lavoro che non rientrano nelle categorie precedenti

UU.OO.	LIVELLO DI RISCHIO
Tutti gli ambienti di lavoro che non rientrano nelle tipologie specificate in precedenza	Basso/Lieve = Valore 1

4.11 Misure individuate

Di seguito vengono indicate le misure di prevenzione e protezione da attuare per ridurre i Livelli di Rischio:

- messa a disposizione di D.P.I. adeguati all'attività (es. guanti, camici, occhiali/visiere, facciali filtranti ecc.);
- dispositivi di protezione collettiva/ambientale (es. cappe di biosicurezza, ecc.);
- procedure e protocolli;
- corsi di Informazione/Formazione (Lavoratori, Neoassunti, Tirocinanti);
- sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti;
- procedura per la gestione dell'esposizione a rischio biologico-Profilassi post esposizione;
- monitoraggio stato immunologico della popolazione lavorativa esposta;
- offerta attiva di vaccini efficaci.

L'aggiornamento della valutazione del rischio di esposizione ad agenti biologici, ha permesso di individuare le priorità di intervento in funzione della pericolosità potenziale correlata alla tipologia delle UU.OO./Servizi oggetto dell'analisi e della pericolosità connessa ai compiti lavorativi svolti, al fine di consentire al Medico Competente di poter pianificare le attività di sorveglianza sanitaria e di vaccino profilassi, e collaborare alla redazione della documentazione utilizzabile nelle attività di informazione e formazione dei lavoratori sui rischi connessi all'esposizione/trasmissione ad agenti biologici.

4.12 SORVEGLIANZA SANITARIA

Il campo di applicazione della specifica norma comprende tutte le attività che possono comportare rischio di esposizione o potenziale esposizione ad agenti biologici.

La Sorveglianza Sanitaria per il Rischio Biologico, ai sensi del Capo III del Titolo X del D.Lgs. 81/2008 e art. 3 è demandata al Medico Competente, il quale sottopone a sorveglianza sanitaria tutti i lavoratori esposti, tenuto conto della valutazione del rischio biologico.

Dal momento che l'immunizzazione attiva riveste un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore, ma soprattutto di garanzia nei confronti dei pazienti ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni e persino casi mortali, sono state individuate le categorie di operatori sanitari per cui si ritiene utile offrire la vaccinazione.

Anche per gli studenti dei corsi di laurea dell'area sanitaria sono fortemente raccomandate le medesime vaccinazioni indicate per gli operatori sanitari.

Il Medico Competente adotta inoltre misure protettive per quei lavoratori per i quali, oltre ai motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, tra le quali:

a) messa a disposizione dei seguenti vaccini efficaci per i lavoratori che non sono già immuni:

a.1 Gruppo 1:

- a.1.1 anti-morbillo, parotite, rosolia (MPR);
- a.1.2 anti-varicella

N.B.: in caso di rifiuto/impossibilità a sottoporsi alla specifica vaccinazione da parte del lavoratore viene rilasciato giudizio di non idoneità alla mansione nelle aree con livello di rischio inaccettabile

a.2 Gruppo 2:

- a.2.1 anti-epatite B;
- a.2.2 anti-influenzale;
- a.2.3 anti-pertosse.

N.B.: vaccinazioni raccomandate (eventuale diniego sottoscritto)

- b) gestione del lavoratore che effettua procedure invasive a rischio di esposizione;
- c) gestione della post-esposizione accidentale del lavoratore a puntura accidentale e/o contaminazione per TBC e/o meningite, ecc..

4.13 Ulteriori misure di prevenzione

A seguito dell'aggiornamento della valutazione del rischio biologico e della successiva attribuzione del rischio di cui al capitolo precedente, sono state individuate ulteriori misure di prevenzione.

Tutti gli operatori non immunocompetenti, relativamente alle malattie trasmesse per via aerea o per droplet, sono da considerarsi fonte di rischio infettivo potenziale e pertanto il Medico Competente ne valuta l' idoneità alla mansione specifica in funzione della pericolosità correlata sia alla tipologia delle UU.OO. oggetto dell' analisi che dei compiti lavorativi svolti, alla luce dei documenti inseriti in premessa, nella parte che riguarda la sorveglianza sanitaria.

Nel caso di operatori sanitari che lavorano presso le UU.OO. in cui il livello di rischio è risultato inaccettabile, nei confronti dei quali è stata accertata assenza di immunocompetenza e rifiuto/ impossibilità a sottoporsi alla specifica vaccinazione anti-varicella, anti-morbillo, parotite e rosolia il Medico Competente rilascia giudizio di non idoneità temporanea alla mansione presso le suddette aree a rischio inaccettabile, fino alla acquisizione di documentazione comprovante l' avvenuta vaccinazione.

Il mancato consenso alla vaccinazione antinfluenzale annuale verrà segnalato ai competenti uffici per la valutazione.

4.14 Protocollo sanitario specifico

4.14.1 Visita preventiva

Al momento della chiamata a visita è richiesto di portare oltre alla restante documentazione di prassi, anche il libretto vaccinale. In caso di mancata vaccinazione anti varicella e anti- morbillo, parotite e rosolia è prescritta la vaccinazione obbligatoria, previa valutazione dello stato immunitario, mentre le altre vaccinazioni, inserite nel gruppo 2 di cui sopra, sono fortemente raccomandate.

4.14.2 Visita periodica

Il Medico Competente durante le visite, in base al protocollo sanitario, verifica anche lo stato vaccinale. In caso di mancata vaccinazione anti varicella e anti- morbillo, parotite e rosolia è prescritta la vaccinazione obbligatoria, previa valutazione dello stato vaccinale, mentre le altre vaccinazioni, inserite nel gruppo 2 di cui sopra, sono fortemente raccomandate.

4.14.3 Giudizio di idoneità

A seguito della visita preventiva/periodica il Medico Competente emette il giudizio di idoneità alla mansione specifica secondo i seguenti criteri:

- Giudizio di idoneità alla mansione specifica al lavoratore con stato immunitario accertato;
- Giudizio temporaneo di non idoneità alla mansione specifica al lavoratore privo di stato immunitario accertato tramite certificazione o dosaggio IgG.

BIBLIOGRAFIA

International Code of Ethics for Occupational Health Professionals (ICOH);

Linee d'indirizzo del Gruppo tecnico regionale ligure dei medici competenti su "IMMUNOPROFILASSI NEGLI OPERATORI SANITARI E SOGGETTI AD ESSI EQUIPARATI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA SANITARIA;

Regione Toscana. Documento pubblico del settembre 2016 (pagina internet regione toscana): Vaccinazioni per operatori sanitari;

Fortunato Paolo D'Ancona Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive CNESPS/ISS Meeting Hproimmune - Roma 19/06/2014 Il diritto alla salute Diritto alla salute dell'operatore sanitario vs Diritto alla salute del paziente;

Documento "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014" approvato il 22/02/2012 dalla Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome;

European Vaccine Action Plan (EVAP) 2015-2020;

"Luxembourg Declaration on patient safety" del 2005 della Commissione Europea: inserire la promozione della sicurezza dei pazienti nella formazione universitaria degli operatori sanitari;

Consiglio d'Europa nel 2006 con la raccomandazione "*Management of Patient Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care*";

Conferenza di esperti "*Statement on Education in Quality Care and Patient Safety*", svoltatasi a Cracovia nel Settembre 2011, ha indicato che: "garantire una migliore assistenza sanitaria comporta l'introduzione e lo sviluppo di differenti modelli di formazione per tutti gli operatori sanitari, focalizzata sul miglioramento della didattica ai vari livelli di istruzione, pre-laurea, post-laurea e continua e che lo sviluppo della cultura della qualità e della sicurezza contribuisce ad una migliore sanità";

Raccomandazione del Consiglio Europeo (*Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections, 29-47th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs, Council meeting, Luxembourg, 9 June 2009*);;

Requisiti specifici relativi al controllo delle ICA sono inseriti in molti programmi regionali di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Un esempio è dato dai criteri di autorizzazione e accreditamento adottati nella Regione Emilia-Romagna;

Piano Nazionale della Prevenzione vaccinale (PNP) 2017-2019, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 febbraio 2017;

UNI INAIL Linee Guida per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL);

UNI-INAIL Sistema di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro. Terminologia e requisiti. Norma di imminente pubblicazione che specifica i requisiti di un Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza sul Lavoro (SGSL) che consenta a un'organizzazione di formulare una politica e stabilire gli obiettivi di salute e sicurezza, tenendo conto delle prescrizioni di legge e delle conoscenze raggiunte dal progresso tecnico-scientifico;

Standard OHSAS "Guidelines on occupational safety and health management systems";

Documento 0135/2/99 IT del 27.10.1999, Linee guida europee per l'organizzazione della salute e della sicurezza sul lavoro - Comitato consultivo per la sicurezza/igiene/tutela della salute sul lavoro della CE;

Direttiva 2000/54/CE, relativa alla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti biologici;

Linee Guida ISPESL di Valutazione del Rischio Biologico in ambito Ospedaliero;

Linee Guida INAIL - Rischi in ambito sanitario, Ospedale Sicuro 2008 Fascicolo VI Rischio Biologico;

INAIL, Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione: LG Il monitoraggio microbiologico negli ambienti di lavoro;

Rischio biologico per i lavoratori in sanità: linee guida per la sorveglianza sanitaria – Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del Medico del Lavoro – SIMLII, Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale – 2003;

Il rischio biologico nei luoghi di lavoro: priorità di ricerca per la valutazione del rischio", a cura di B. Pietrangeli, ISS, Ispesl, 2008;

Linee Guida sull'attività di sterilizzazione quale protezione collettiva da agenti biologici per l'operatore nelle strutture sanitarie. ISPESL, 2001;

ISS. La TBC in Italia, ISS, LG VR operatori in ambito sanitario, 1998, 2008;

Linee Guida 4 aprile 2000 - Conferenza Stato -Regioni - G.U. n. 103 del 05.05.2000, Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi;

Rischio Biologico e punture accidentali negli operatori sanitari – Approccio organizzativo e gestionale alla prevenzione in ambito sanitario ospedaliero. Gruppo di Studio "PHASE" – 2001; Rischio biologico e punture accidentali negli operatori sanitari, Gruppo di Studio "PHASE" – 2003

Dati SIROH - Studio Italiano sul Rischio di Infezione Occupazionale;

La tutela della salute e sicurezza sul lavoro nel settore zootecnico, Ghinzelli M, Cancellotti F.M. 2000;

Le malattie professionali del veterinario, Rapa A. 2000;

Circolari, Direttive CE, Regolamenti del settore veterinario;

OSHA Occupational Safety e Health Amministration, Bloodborne Pathogens and Needlestick Prevention Safety and Health Topics, 2001.

Cassini A et al. Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. PLoS Med 13(10): e1002150. doi:10.1371/journal.pmed.1002150

RIFERIMENTI NORMATIVI

Circolare Ministeriale 52/1985 "Lotta alle infezioni ospedaliere), che raccomanda l'avvio di un programma di controllo delle infezioni in ciascun presidio ospedaliero e affida il compito di coordinare tali attività e di rinforzare i programmi di formazione professionale alle Regioni;

Circolare Ministeriale 8/1988" Lotta alle infezioni ospedaliere: la sorveglianza", che definisce criteri standardizzati per la diagnosi dei diversi siti di infezione ospedaliera ed i metodi di sorveglianza;

D.M. 13 settembre 1988 "Determinazione degli standard del personale ospedaliero", che menziona il Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere, "al fine di accertare la qualità dell'assistenza sanitaria, per conferire maggiore professionalità agli atti tecnici essenziali";

D.M. 24 luglio 1995 "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio Sanitario Nazionale. G.U. n. 263, 10 novembre 1995", che inserisce, tra gli indicatori attraverso i quali viene misurata l'efficienza e la qualità delle cure erogate, il numero di casi di infezioni ospedaliere per 1000 dimissioni);

Delibera della Giunta della Regione Marche n. 458 del 15/05/2017;

Titolo I, II, X e Allegato XLVI del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. - Testo sulla sicurezza nei luoghi di lavoro

Lgs. n. 106/2009 del 3 Agosto 2009. Disposizioni integrative e correttive al D.Lgs. del 9 aprile 2008, n. 81 (GU .n. 180, 5 Agosto 2009, Suppl Ord. N. 142/L), di attuazione dell'art. 1 della Legge 03.08.2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (GU n. 101 del 30-4-2008 – Suppl. Ord. n.108/L) nonché dell'art. 39 della Legge 7 luglio 2009,

n. 88 (GU n. 161, 14 luglio 2009, Suppl. Ord. N.110/L). Ripubblicazione del D.Lgs. 106/2009 corredato delle relative note (GU n.177 del 29.09.2009, Suppl Ord. N. 226 del 29-09-2009).

Decreto Ministero della Sanità del 28/9/1990 “Norme di protezione del contagio professionale da HIV nelle struttura sanitarie e assistenziali pubbliche e private”;

Decreto Min Sanità del 4/10/199. Protezione degli operatori da HBV,HCV,HIV;

Legge 24/2017 Responsabilità Professionale