

INAIL

**Rischio biologico negli
ambulatori “Prime Cure” Inail
Vademecum per l’infermiere**

Edizione 2010

Sovrintendenza Medica Generale,
a cura di:

per il Settore Prevenzione
Luciano BINDI
Adriano OSSICINI

per il Settore Organizzazione
Silvia NALDINI
Palmerina CONTE

Primo aggiornamento all'edizione 2003
a cura di:

Luciano BINDI
Maria Cristina CASALE
Adriano OSSICINI
Silvia NALDINI
Palmerina CONTE

La presente edizione è aggiornata al febbraio 2010

ISBN 978-88-7484-164-6

Stampato dalla Tipolitografia INAIL - Milano - marzo 2010

INDICE

PRESENTAZIONE

LA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE	9
L'ATTIVITÀ DELL'INFERMIERE: AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ	10
LA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO	13
GLI AMBIENTI DI LAVORO: GLI AMBULATORI “PRIME CURE” DELL'INAIL	13
Aspetti normativi	13
Dotazione ambulatorio “prime cure”	16
Dotazione altri ambulatori specialistici	23
RISCHIO BIOLOGICO: CONOSCENZA, VALUTAZIONE E PREVENZIONE	31
Attività professionale degli infermieri nell'INAIL	35
Rischio specifico per gli infermieri nell'ambulatorio INAIL	36
Principali patologie	36
Procedura di buona tecnica nell'attività infermieristica	39
Criteri generali di prevenzione generale e specifica	42
LA NORMATIVA PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO	44
I Decreti Legislativi 81/08 e 106/2009	44
Normativa sulle vaccinazioni	47
Normativa per la protezione dal contagio da HIV	49
Normativa sui dispositivi di protezione individuale (DPI)	50
Normativa per la gestione dei rifiuti sanitari	51
Vaccinazione antitubercolare	52
SORVEGLIANZA SANITARIA E GIUDIZIO DI IDONEITÀ	52

Allegati

n. 1	D.M. 14.9.1994 n. 739	65
n. 2	Legge 26.1.1999 n. 42	68
n. 3	Legge 10.8.2000 n. 251	71
n. 4	Codice Deontologico degli Infermieri 2009	79
n. 5	Legge 11.3.1988 n. 67 - D.M. 15.3.1991	86
n. 6	Convenzione Regioni/Inail per le “Prime Cure”	88
n. 7	D.P.R. 7.11.2001 n. 465	88

PRESENTAZIONE EDIZIONE 2010

La monografia rivolta agli infermieri degli ambulatori medico legali dell'INAIL, figure fondamentali ed insostituibili nell'attività sanitaria del nostro Istituto, presenta una panoramica generale sul rischio biologico.

La parte rilevante di questo lavoro continua ad essere l'analisi dei rischi specifici con la trattazione chiara, seppur sintetica, delle principali patologie.

Gli autori hanno provveduto ad aggiornare la presente monografia, sotto l'aspetto normativo, in conseguenza dell'emanazione dei recenti decreti legislativi n. 81/08 e n. 106/09 in materia di tutela e sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro. Restano confermate le precedenti disposizioni in materia di prevenzione e protezione dei lavoratori; è evidenziato invece il nuovo riferimento legislativo in tema di gestione dei rifiuti sanitari, attualmente disciplinato dal D.P.R. del 15 luglio 2003, n. 254.

Gli autori hanno altresì inserito il nuovo codice deontologico dell'infermiere 2009, in vigore dal 2 marzo 2009.

IL SOVRINTENDENTE MEDICO GENERALE REGGENTE

Dott. Giuseppe Bonifaci

PRESENTAZIONE

La monografia che presento costituisce un lavoro utile e completo per quanto riguarda la trattazione del rischio biologico negli ambulatori di cura in genere e, in particolare, negli ambulatori dell'INAIL. Il fruitore naturale dell'opuscolo è l'infermiere al quale viene fornita tutta la normativa di riferimento sulle vaccinazioni, sui dispositivi di protezione individuale, sullo smaltimento dei rifiuti per ambulatori ecc... Questa nuova figura professionale per la quale oggi è richiesta la laurea in scienze infermieristiche - impone la corretta conoscenza delle prerogative e responsabilità proprie del ruolo e la piena padronanza del suo codice deontologico, codice che gli autori hanno, molto opportunamente, riportato in allegato. La parte qualificante di questo lavoro è la disamina dei rischi specifici con la trattazione chiara, ancorché sintetica, delle principali patologie. Il rischio biologico costituisce presupposto della cosiddetta "malattia infortunio" già trattata dal punto di vista assicurativo e medico-legale in altra monografia pubblicata dalla sovrintendenza medica generale. Pertanto appare chiaro come gli argomenti di volta in volta affrontati costituiscano altrettante tessere di un mosaico molto complesso ma non meno coerente.

IL SOVRINTENDENTE MEDICO GENERALE

Dott. Giuseppe Cimaglia

LA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE

Con l'entrata in vigore della Legge n. 42 del 26.2.1999 e n. 251 del 10.8.2000, l'attività infermieristica ha avuto, finalmente, un suo pieno riconoscimento sul piano giuridico e formale e si è fatta, altresì, chiarezza sul ruolo di tale professionista e sulla sua autonomia, riconoscendone la validità sul piano normativo e sociale.

La Legge n. 42/99 - "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*" - in particolare ha abolito sia il precedente D.P.R. 225/74 che delineava le attività dell'infermiere (il c.d. mansionario) sia la denominazione di professione sanitaria ausiliaria, che risaliva al T.U.LL.SS. del 1934, riconoscendo di fatto alla attività infermieristica lo status di professione sanitaria.

Oggi l'esercizio della professione risulta regolato, proprio in base alla Legge n. 42/99, da:

- Profilo professionale dell'infermiere
- Ordinamento didattico Universitario del Corso di Laurea
- Codice deontologico.

In conclusione, si può affermare che da una lettura combinata del Decreto Ministeriale 14.9.1994 n. 739 "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*", della Legge n. 42/1999 "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*" e della Legge n. 251/2000 "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*", " all'infermiere è stata definitivamente data piena responsabilità nelle decisioni e nelle scelte assistenziali. Infatti non è più un semplice esecutore ma è un soggetto autonomo nelle scelte professionali, con responsabilità dirette ben precise.

Per opportuna conoscenza e completezza, queste disposizioni sono riportate integralmente in allegato (allegato 1,2 e 3).

Il riconoscimento della professione ha una valenza fondamentale, e non semplicemente semantica: con l'articolo 1 della Legge n. 42/99 si afferma che: "*La denominazione **professione sanitaria ausiliaria** nel Testo Unico delle leggi sanitarie, approvato con Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "**professione sanitaria**",* cioè viene riconosciuta di fatto una professione sanitaria propria e non solo semplicemente di supporto.

Un primo segnale in questo senso già si rilevava nel Regolamento del 1994 laddove si segnalava, nell'individuazione del profilo professionale dell'infer-

miere, che lo stesso *"è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica"*.

La nuova norma ha, quindi, esplicitato, ed ulteriormente rafforzato, in maniera chiara il concetto di "autonomia" e di completezza della professione.

Come detto la natura di questa professione è stata determinata, proprio per volontà legislativa, (art. 1, comma 2 della L. 42/99) dai contenuti dei Decreti ministeriali istitutivi dei profili professionali:

- **specifico profilo professionale;**
- **ordinamenti didattici** dei rispettivi corsi di diploma universitario di formazione post-base;
- **codice deontologico** specifico della professione.

Sono fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario, per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Quanto affermato è stato definitivamente ribadito dalla Legge n. 251/2000 che proprio all'art. 1 (*Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica*) riporta che, nel rispetto dei tre "elementi" cardine, l'infermiere svolge *"...con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva..."*.

L'ATTIVITÀ DELL'INFERMIERE: AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ

L'attività dell'infermiere INAIL, che opera nell'ambulatorio prime cure, non si differenzia molto da quella svolta dagli infermieri negli ambulatori del Servizio Sanitario Nazionale.

L'infermiere INAIL che presta la sua attività professionale presso l'INAIL deve, perciò, attenersi strettamente a quanto prevede l'art. 1 del D.M. 739/1994 - *Regolamento dell'attività infermieristica* -(all. 1) ed in particolare in qualità di "infermiere di sanità pubblica" deve, fornire specifiche prestazioni nella predetta area (art. 1 c. 5 lett. a).

Ugualmente, l'infermiere dell'INAIL si deve attenere nello svolgimento della sua attività, ai principi del "Codice deontologico" (all. 4).

A proposito di quest'ultimo giova ricordare che, nel tempo, ha avuto una sua

logica ed "obbligata" evoluzione, essendo cambiata nel corso degli anni la configurazione dell'attività dell'infermiere e delle sue responsabilità. La stesura del Codice, dopo quelle del 1966 e del 1977, non poteva che essere nel 1999 alla luce delle disposizioni che erano in via di emanazione e di cui si conoscevano perfettamente i contenuti, tanto che proprio la Legge n. 42/99 indica il "Codice deontologico" come perno insostituibile per lo svolgimento di tale attività.

Peraltro, in virtù della inevitabile evoluzione che caratterizza anche i contenuti tecnici della professione dell'infermiere, nel 2009 si è resa necessaria una nuova stesura del Codice deontologico (all. n. 4).

Ovviamente, alla maggiore **"autonomia"**, si associa il concetto di **"responsabilità diretta"** e l'infermiere è, pertanto, tenuto ad una diligenza fortemente caratterizzata dalla "qualifica specialistica" acquisita dopo l'abrogazione del mansionario e con l'emanazione della Legge n. 251 del 2000.

Sul concetto di responsabilità professionale è quindi doveroso esprimere alcune considerazioni certo non esaustive.

La responsabilità è strettamente collegata all'autonomia professionale. La legislazione che regola la professione dell'infermiere prevede, infatti, la facoltà, ed in taluni casi l'obbligo, di prendere iniziative e decisioni nel quadro della competenza specifica riconosciuta. Questa autonomia comporta che, in caso di violazione degli obblighi professionali, l'infermiere sia chiamato a rispondere del danno da lui prodotto con le sue azioni od omissioni.

La responsabilità professionale dell'infermiere, come di qualunque operatore nella sanità, medico, tecnico sanitario, riguarda tre ambiti: penale, civile e disciplinare.

In ambito penale il diritto elenca in modo tassativo quali comportamenti sono puniti con la sanzione di una pena e questi comportamenti configurano il concetto di "reato", cioè un *"...comportamento umano che si attua mediante una azione od omissione"* per la quale la legge stabilisce una pena. È importante la problematica relativa all'azione o omissione in quanto stabilisce di fatto che in alcuni casi vi è l'obbligo di intervenire per scongiurare situazioni più gravi. Nel comportamento umano vi può essere **"dolo"**, che si caratterizza per la volontarietà della condotta offensiva. Tale fattispecie, a rigore di logica, dovrebbe poco riguardare l'attività professionale dell'infermiere il quale, nell'esercizio della sua attività, può realizzare una condotta **"colposa"** che si contraddistingue per la non volontà di compiere una determinata azione o omissione.

Il comportamento colposo può caratterizzarsi per:

- **negligenza:** trascuratezza, mancanza di diligenza;
- **imperizia:** insufficiente preparazione e capacità professionale;
- **imprudenza:** comportamento avventato, cattiva valutazione delle possibili conseguenze;

Infine, per completezza, dovremmo citare anche la possibilità che l'infermiere compia un'azione il cui "risultato" vada oltre l'intenzione posta in essere determinando, anche in questa fattispecie, la configurazione di un reato (**comportamento preterintenzionale**).

In ambito civile, fermo restando che si risponde con le stesse caratteristiche precedentemente riportate riguardo al dolo ed alla colpa, c'è da rilevare che siamo in un ambito di natura privatistica con finalità di difesa di interessi privati e di reintegrazione di un diritto leso per cui bisogna far riferimento all'art. 2043 c.c.: *"...qualunque fatto doloso o colposo che causa ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno..."*.

Non riteniamo di entrare nello specifico delle limitazioni delle responsabilità civili "soggettive" e "oggettive" (art. 2236 del c.c.), ci limiteremo a citare che il Codice Civile stabilisce che *"...se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni se non in caso di dolo o colpa grave..."*.

In tema di responsabilità, infine, va sottolineato che la professione infermieristica rientra nel disposto dell'art. 2229 del c.c. come professione intellettuale, cioè attività da esercitare solo dopo l'iscrizione in un apposito albo professionale.

Per quanto attiene l'ambito disciplinare, va considerata sia una responsabilità di tipo "ordinistico" propria dei liberi professionisti, che nel caso di specie viene valutata dal Collegio infermieri il quale verifica l'operato del singolo rispetto a quanto previsto dal Codice deontologico, sia una responsabilità di tipo "amministrativo", derivante dal rapporto di dipendenza, con esplicito riferimento al contratto di lavoro (area C).

In quest'ultimo caso ci limitiamo a segnalare che per le sanzioni disciplinari vi è una graduazione delle stesse che vanno dal rimprovero verbale a quello scritto (censura), dalla multa alla sospensione dal lavoro e dalla retribuzione, sino al licenziamento con preavviso o senza preavviso, secondo le singole fattispecie addebitabili al soggetto.

L'autonomia decisionale è, in conclusione, una conquista importante, che non può ovviamente prescindere da una "responsabilità" personale che si traduce in un comportamento corretto e coscienzioso nei confronti del paziente.

LA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

Garantire un ambiente sanitario confortevole e sicuro è un impegno di primaria importanza che va perseguito e mantenuto con tenacia per evitare sgradevoli realtà di trascuratezza troppo spesso vissute dai pazienti e dagli operatori sanitari.

Il problema del "luogo di cura" sicuro in tutta la sua globalità - sia rispetto agli utenti, sia rispetto al personale che vi opera, al quale va garantita la sicurezza del proprio ambiente di lavoro - è l'obiettivo primario sul quale si misura la qualità della gestione sanitaria.

Per perseguire questo obiettivo è necessario rafforzare la "sensibilità alla sicurezza".

Con questo agile manuale si vuole evidenziare un particolare rischio presente nei nostri ambulatori che, come vedremo, non si differenzia da analogo rischio in ambiente ospedaliero; pertanto la pubblicazione potrà tornare utile anche in "ambiente" non INAIL.

GLI AMBIENTI DI LAVORO: GLI AMBULATORI "PRIME CURE" DELL'INAIL

Aspetti normativi

Le prestazioni sanitarie erogate dall'INAIL sono profondamente mutate, nel corso degli ultimi 30 anni, in rapporto all'evoluzione legislativa in materia.

L'art. 86 del T.U. n. 1124/1965 stabiliva che l'Istituto era tenuto *"a prestare all'assicurato nei casi di infortunile cure mediche e chirurgiche necessarie per tutta la durata dell'inabilità temporanea ed anche dopo la guarigione clinica"*, ritenendo le stesse fondamentali per il recupero della capacità lavorativa.

A seguito del D.L. 264/74, convertito in legge n. 386/74, aveva inizio un processo di riforma del sistema sanitario per il quale *"... i compiti in materia di assistenza ospedaliera degli enti previdenziali che gestiscono forme di assistenza contro le malattie..."*, già di spettanza degli Enti previdenziali, venivano trasferiti alle Regioni. Detto provvedimento si concretizzò anche con la cessione dei CTO alle Regioni.

La Legge n. 833/78, meglio conosciuta come **"Legge di Riforma Sanitaria"**, apportava poi profonde ed ulteriori innovazioni, non solo sotto l'aspetto organizzativo ma anche per le situazioni giuridiche soggettive previdenziali. Questa Legge, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale, trasferiva, infatti, alle Unità Sanitarie Locali la gestione unitaria della tutela della salute nella

quale ricomprendeva le prestazioni diagnostiche e terapeutiche da erogare a favore degli infortunati sul lavoro e dei tecnopatici, lasciando a carico dell'INAIL la sola fornitura di apparecchi protesici e di presidi sanitari, nonché la concessione di cure idrofangotermali e soggiorni climatici. Sulla scorta della predetta normativa le Unità Sanitarie Locali provvedevano quindi ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale. In realtà, sulla base dell'art. 75 della predetta normativa, l'Istituto conservò *"le funzioni concernenti le attività medico-legali ed i relativi accertamenti e certificazioni"*, nelle more dell'attuazione da parte delle ASL dell'istituzione dei Servizi di Medicina Legale.

In virtù dell'art. 12 della legge finanziaria n. 67/88, secondo comma, divenuto operante con il Decreto interministeriale del 15.3.91, è stata di nuovo riconosciuta all'INAIL, attraverso le sue strutture, la possibilità di erogare le prestazioni curative a favore degli infortunati sul lavoro e dei tecnopatici. Nello stesso articolo, al primo comma, il legislatore aveva inoltre stabilito che *"in deroga al disposto dell'art. 134, terzo comma, lettera q), della legge 23 dicembre 1978, n. 833,"* l'Istituto *"provvede agli accertamenti, alle certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale sui lavoratori infortunati e tecnopatici"*. In tal modo l'Istituto otteneva la riassegnazione di tutte le prestazioni medico-legali che, di fatto, in virtù della deroga, non aveva mai interrotto - ed il reinserimento nell'attività terapeutica, a garanzia della qualità del servizio reso nella sua globalità (diagnosi, certificazione, cura e indennizzo).

Nel predetto Decreto era approvato lo schema tipo di convenzione INAIL-Regioni, per la disciplina dell'erogazione delle *"Prime Cure Ambulatoriali"*, e veniva precisato che l'attribuzione all'INAIL dell'attività terapeutica derivava dalla necessità *"di garantire agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici la maggiore tempestività possibile delle prestazioni"*.

Il Decreto prevedeva che le prestazioni curative sarebbero state erogate dall'Istituto, con oneri a proprio carico, attraverso le proprie strutture sanitarie. Le prestazioni, oggetto del convenzionamento, erano così individuate:

- **le cure ambulatoriali** (compresi gli accertamenti diagnostici e le prestazioni specialistiche eseguibili a livello ambulatoriale);
- **la vaccinazione antitetanica e la sieroprofilassi.**

Nella rinnovata prospettiva di tutela, la nuova legislazione affiancava quindi al risarcimento del danno subito, già previsto a partire dalla legge n. 833/78, la specifica prestazione sanitaria garantendone l'effettiva erogazione attraverso il diritto-dovere per l'assicurato di fruirne.

La particolare importanza assunta dalle prestazioni sanitarie, nel contesto della tutela assicurativa fornita dall'INAIL, trovava il suo fondamento nel principio per cui la stessa deve mirare non solo alla guarigione clinica delle lesioni ma, anche al massimo possibile recupero della capacità lavorativa dell'infortunato.

L'Istituto, con deliberazione del Comitato Esecutivo n. 303 del 30 maggio 1991, sanciva la riassunzione delle attività curative nei confronti degli infortunati e dei tecnopatici.

Per consentire l'erogazione delle Prime Cure presso i Centri Medico Legali si rendevano necessari interventi ambientali tali da garantire la presenza di strutture ambulatoriali idonee a norma di legge, in grado cioè di ottenere l'autorizzazione all'apertura per attività di diagnosi e cura (la L. 833/78 aveva rinviato alle Regioni la disciplina relativa all'autorizzazione ed alla vigilanza sulle strutture sanitarie private).

Con la Delibera n. 303 del 30.6.1991 il Comitato Esecutivo fissava il fabbisogno degli specialisti a rapporto libero-professionale globale (23.854 ore settimanali di cui 15.000 per le "prime cure").

In data 7.8.1991, con lettera del Settore per il Sistema Organizzativo e del Servizio Normativo per le Gestioni Assicurative dell'INAIL, veniva definito il monte ore di ortopedia e di chirurgia per ogni singola Sede ed erano fornite indicazioni in merito agli ambienti, ai mezzi (strumentario, arredo e medicinali) nonché al personale da utilizzare per l'espletamento delle cure ambulatoriali rappresentate, come precisato, anche da quelle specialistiche, da erogare a livello ambulatoriale, con l'esclusione di tutti gli interventi che necessitano di ricovero in ambiente ospedaliero. Nella nota venivano anche definiti i "percorsi informativi"¹ necessari a garantire il coordinamento tra i servizi dell'INAIL ed i servizi e i presidi delle AASSLL, facendo particolare rife-

¹ I percorsi informativi indicati nella nota sono i seguenti: a) le strutture sanitarie del S.S.N. o dei presidi aziendali che forniscono prestazioni di Pronto Soccorso, qualora non si renda necessario il ricovero ospedaliero, avviano l'assicurato alla struttura INAIL più vicina al domicilio dello stesso, fornito di primo certificato medico, delle eventuali prescrizioni farmaceutiche e della certificazione attestante l'avvenuta vaccinazione antitetanica e sieroprofilassi; b) le strutture del S.S.N. o convenzionate con il S.S.N., qualora all'atto delle dimissioni si renda necessaria la prosecuzione della cura per il conseguimento della guarigione clinica, avviano ugualmente l'assicurato alla struttura INAIL più vicina al suo domicilio, fornito della necessaria documentazione clinica (ivi compresa la certificazione di vaccinazione antitetanica); c) i medici di base trasmettono alla struttura INAIL più vicina al domicilio dell'assicurato le prescrizioni terapeutiche fornite allo stesso e lo avviano alla suddetta struttura per eventuali prestazioni specialistiche ambulatoriali; d) la struttura INAIL, qualora evidenzi l'esigenza di prestazioni diagnostiche o terapeutiche erogabili soltanto in regime di ricovero, avvia l'assicurato ai presidi del S.S.N., fornito delle necessarie prescrizioni e dell'eventuale certificazione di avvenuta vaccinazione antitetanica e sieroprofilassi. Tale certificazione va comunque trasmessa alla USL competente; e) si deve prevedere la disciplina della reciprocità di informazioni e dello scambio della necessaria

rimento a quelli di Pronto Soccorso, di ricovero e cura nonché ai servizi di prevenzione multizonali. In merito agli ambienti, nella lettera veniva specificato che dovevano essere recuperati i locali già utilizzati come ambulatori medici, oppure che bisognava procedere all'individuazione di ambienti da poter essere destinati a funzioni sanitarie.

In ciascun ambulatorio doveva essere predisposta una dotazione di strumentario, arredo e medicinali *"atta a garantire la funzionalità della struttura, perfezionabile per fasi successive"*.

Ai Direttori di Sede competeva provvedere direttamente all'acquisto dello strumentario e dei medicinali, mentre per la fornitura dell'arredo la competenza veniva lasciata alla Direzione Generale.

Veniva poi precisato che *"la piena funzionalità nell'assunzione delle prime cure postula il concorso congiunto dell'attività dei medici di ruolo e dell'opera dei medici a rapporto libero-professionale"*. Si diceva inoltre che nello svolgimento di detta attività il personale medico tutto *"sarà assistito e coadiuvato da tutto il personale infermieristico in forza"*.

Dotazione ambulatorio "Prime cure"

L'allegato 5, della predetta lettera, indicava la fornitura minima necessaria per l'arredo degli ambulatori prime cure (ortopedia e chirurgia), come nello schema sotto riportato:

1 scrivania per medico cm 160x80x62

1 tavolo scrittoio infermiere cm 110x60x78

1 sedia con sedile a schienale in lamierato plastico

1 lettino da visita ad uno snodo, cm 180x55x75

1 armadio vetrina per strumenti e materiale sanitario, a due ante, parte superiore antine in vetro e tre piani interni spostabili, parte inferiore antine in metallo con ripiano interno, dimensioni cm 80x40x190

-sgabello girevole

documentazione in merito alle indagini diagnostiche effettuate, ivi compresi gli accertamenti radiologici, onde evitare non solo la duplicazione di spese, ma soprattutto danni alla salute dell'assistito; f) per quanto riguarda le prescrizioni farmaceutiche, dovranno essere previsti particolari raccordi con le Regioni, tenuto conto che la convenzione non menziona espressamente tale tipo di prestazioni, peraltro indispensabili a fini terapeutici e per evitare sovrapposizioni di interventi a carico di strutture diverse; g) dovranno infine essere stabiliti rapporti con i servizi di prevenzione sul territorio anche in merito al contenuto delle informazioni oggetto di reciproco scambio.

- 2 sedie con schienale in laminato plastico*
- 1 portatelefono*
- 1 scaffaletto con tre piani in laminato plastico, dimensioni 80x35x100*
- 1 carrello portamedicazioni a rotelle, scatola in vetro con due antine nella parte superiore dotate di pomi, dimensioni totali cm 60x40x80*
- 1 tavolo portastrumenti a rotelle, due piani in vetro dotati di ringhierino, dimensioni cm 90x50x80*
- 1 porta rifiuti a pedale*
- 1 scala a due gradini*
- 2 attaccapanni a muro a tre posti*
- 1 gettacarte*
- 1 frigo per sieri*
- 1 contenitore sterile per garze (sterili)*
- 1 paravento*

Nell'allegato 1 veniva elencato (vedi schema) lo strumentario di cui doveva essere dotato ciascun ambulatorio prime cure:

- 1 sterilizzatrice a secco per strumenti chirurgici, dimensioni interne cm 40x17x12 circa*
- 1 fonendoscopio biauricolare*
- 1 sfigmomanometro a mercurio*
- 2 bisturi a lame intercambiabili con lame di ricambio*
- 2 forbici chirurgiche rette a punte acute*
- 2 forbici chirurgiche rette a punte smusse*
- 2 forbici chirurgiche curve sul dorso a punte smusse (le forbici devono avere una lunghezza media di cm 13-16)*
- 2 pinze anatomiche di lunghezza media di cm 14-16*
- 2 pinze chirurgiche di lunghezza media di cm 14-16*
- 2 pinze di Pean rette di lunghezza di cm 12-14*
- 4 pinze di Kocher rette di lunghezza media di cm 12-14*
- 4 specilli bottonuti doppi di lunghezza media di cm 12-16*
- 4 sonde scanalate di lunghezza media di cm 12-16*
- 2 porta aghi di Mathieu di lunghezza media di cm 16-20*
- aghi assortiti per suture, di misura piccola e media*
- 4 pinze di Bachaus per fissare le garze di misura piccola*
- 2 pinze di Mitchel per applicare e togliere agraphes*
- 2 forbici grandi per medicazione*
- 2 lacci emostatici*
- 2 bacinelle reniformi in acciaio inox da cm 26-30*

2 bacinelle rettangolari in acciaio inox con manici e coperchi da cm 30x18x6 circa
2 vasi di vetro con coperchio metallico da cm 18x18
2 bottiglie a tappo smerigliato da cc 200
1 cesoia di Stille a manici tondi di cm 36 circa
-siringhe monouso da 3cc, 5cc, 10cc
-compresse di garza sterile in bustine, misure da cm 10 e cm 20
-bende di garza per fasciature da cm 6 e cm 10
-rete tubolare elastica per sovramedicazioni, di varie misure
-cerotti in rotoli da 5 cm
-cerotti medicati di varie misure
-materiali di sutura e Katgut

Lo stesso Servizio, con nota del 16.4.1993, forniva poi indicazioni in merito al monte ore relativamente alle branche specialistiche di oculistica, radiologia, neurologia e ORL, che veniva considerate branche correlabili all'ambulatorio "prime cure".

Nell'ambito del nuovo "Modello Sanitario", allo stato in via di elaborazione, la Sovrintendenza Medica Generale ha proceduto ad una ridefinizione dei "Requisiti minimi tecnologici delle Unità Sanitarie Territoriali INAIL e dei Centri Polidiagnostici Regionali". In tale contesto è stata individuata la dotazione di arredi, di strumentario, di apparecchiature, di informatizzazione e di materiali di consumo degli ambulatori Prime Cure. Poiché nei predetti ambulatori operano generalmente un chirurgo e un ortopedico è stata ipotizzata una analoga dotazione di arredi e di informatizzazione per i due ambulatori, prevedendo sostanzialmente esigenze simili per i due specialisti, mentre è stata differenziata quella relativa allo strumentario.

ARREDO BASE:

- *Lettino con uno snodo*
- *Scrivania per medico con cassettiera laterale*
- *Lampada da tavolo*
- *Poltroncina ergonomica con braccioli*
- *Un poggiatesta ergonomico*
- *Due sedie con sedile e schienale lavabili*
- *Scaffaletto con tre piani in laminato plastico cm.80x35x100 con chiave*
- *Portarifiuti a pedale*
- *Scaleo a due gradini*

- *Attaccapanni a muro*
- *Gettacarte*
- *Paravento*
- *Supporto per asciugamani monouso*
- *Supporto a muro per dosatore sapone*
- *Sgabello girevole (per il solo ambulatorio Ortopedico)*

INFORMATIZZAZIONE:

- *Personal computer in rete, collegato con la procedura informatica CARCLIWEB*
- *Stampante*

MATERIALE DI CONSUMO:

- *Guanti di plastica monouso*
- *Abbassalingua monouso*
- *Rotoli carta per lettino*

e inoltre

(Le quantità devono essere definite in ragione delle esigenze dall'Unità Sanitaria Territoriale INAIL di riferimento)

- *Bende di garza idrofila da mt. 5 x da 0,05 a 0,20*
- *Bende di garza idrofila da mt. 10 x 0,10*
- *Bende orlate*
- *Compresse di garza idrofila in buste da mt. 0,10 x 0,10/25*
- *Compresse di garza idrofila in buste da mt. 0,20 x 0,20/100*
- *Cotone idrofilo in pacchi da gr. 500*
- *Garze grasse*
- *Siringhe di plastica mono-uso di varie misure*
- *Cerotti adesivi da mt. 5 x 0,025*
- *Cerotti adesivi da mt 5 x 0,05*
- *Cerotti adesivi medicati da mt 1 x 0,06*
- *Sterylstrep di diverse misure*
- *Cerotti tipo eurofix*
- *Tubiton di diverse misure*
- *Rete tubolare elastica, di varie dimensioni per manovra medicazioni*

- *Bende elastiche adesive porose di diverse misure*
- *Mascherine e occhiali monouso*
- *Telini sterili*
- *Bisturi monouso lanceolati n. 10-11-15*
- *Aghi cannula/butterfly di vario calibro*
- *Aghi assortiti per suture di misura piccola e media montati monouso*
- *Deflussori*
- *Medicazioni pronte*
- *Guanti sterili mono-uso*
- *Sapone per lavaggio antisettico delle mani*
- *Ghiaccio istantaneo pacchetto e spray*
- *Spazzolini lava unghie*
- *Camici monouso*

Dovranno essere altresì acquisiti farmaci e disinfettanti (es: betadine chirurgico), secondo le esigenze definite da ciascuna definita da ciascuna unità Sanitaria Territoriale

STRUMENTARIO:

- *Diafanoscopio a parete*
- *Fonendoscopio*

e inoltre

(Le quantità di ciascuno strumento devono essere definite in ragione delle esigenze dell'Unità Sanitaria Territoriale INAIL di riferimento)

per l'AMBULATORIO CHIRURGICO

- *Laccio emostatico*
- *Forbice di Lister (lunghezza cm.18)*
- *Forbici grandi per medicazione*
- *Forbici chirurgiche rette con punta smussa (lunghezza media cm.13-16)*
- *Forbici chirurgiche rette con punta acuta (lunghezza media cm.13-16)*
- *Forbici chirurgiche curve sul dorso a punte smusse (lunghezza cm. 13-16)*
- *Pinze anatomiche (lunghezza cm.14-16)*
- *Pinze chirurgiche a 1x2 denti (lunghezza cm.13-16)*
- *Pinze di Kocher rette (lunghezza cm.14-16)*

- *Pinze di Pean rette (lunghezza cm.14-16)*
- *Pinze emostatiche (klemmer) di lunghezza media cm. 12-14*
- *Pinze di Bachaus per fissare le garze di misura piccola*
- *Pinze di Mitchel per applicare e togliere agraphes*
- *Specilli bottonuti doppi (lunghezza cm.12-16)*
- *Sonde scanalate (lunghezza cm.12-16)*
- *Bisturi a lame intercambiabili con lame di ricambio*
- *Porta aghi di Mathieu (lunghezza cm. 17-20)*
- *Termometro clinico*

per l'AMBULATORIO ORTOPEDICO

- *Cesoia di Stille a manici tondi di cm. 36 circa*
- *Sega elettrica oscillante per gessi dotata di sistema per aspirazione delle polveri*
- *Cesoia di Esmarch per gessi di 20 cm. circa*
- *Stecche metalliche di Zimmer (la quantità deve essere definita in ragione delle esigenze dell'Unità Sanitaria Territoriale INAIL di riferimento)*
- *Palmari in compensato (la quantità deve essere definita in ragione delle esigenze dell'Unità Sanitaria INAIL Territoriale di riferimento)*
- *Termometro clinico*

Dovrà essere anche previsto.

- *Carrello per medicazioni*
- *Bacinelle reniformi in acciaio inox (cm. 26-30)*
- *Bacinelle rettangolari in acciaio inox con manici e coperchi (cm. 30x18x6 circa)*
- *Vasi di vetro con coperchio metallico (cm. 18x18)*
- *Bottiglie a tappo smerigliato da 200 cc.*
- *Carrello servitore*
- *Un frigo per sieri*
- *Bilancia pesa persona con misuratore di altezza*
- *Scialitica*

Nella circolare n. 34 del 26.6.1992, relativa agli "acquisti decentrati di beni strumentali", nell'ottica del decentramento funzionale delle competenze, si riteneva opportuno ampliare l'elencazione dei beni che le Unità territoriali potevano acquisire direttamente. In particolare, in considerazione della necessità per i sanitari preposti all'effettuazione di interventi curativi presso gli ambulatori dell'Istituto di poter disporre di una "più completa gamma di piccole attrez-

zature diagnostiche e di strumentario minuto", si provvedeva ad integrare la precedente circolare n. 52/1981, ampliando l'elenco delle attrezzature e del materiale sanitario che i Direttori di Sede potevano acquisire direttamente. Tale elenco era indicato negli allegati della suddetta circolare.

Allegato 1:

- *rete tubolare elastica, di varie dimensioni, per sovramedicazioni; -bende elastiche adesive porose di diverse misure (cm 5-7, 5-10)*

Allegato 2:

- *bisturi a lame intercambiabili*
- *forbici chirurgiche curve sul dorso a punte smusse (lunghezza cm 13-16)*
- *pinze emostatiche (Klemmer) di lunghezza media cm 12-14*
- *aghi assortiti per suture di misura piccola e media*
- *materiale di sutura e Katgut*
- *forbici grandi per medicazione*
- *bacinelle reniformi in acciaio inox (cm 26-30);*
- *bacinelle rettangolari in acciaio inox con manici e coperchi (cm 30x18x6 circa)*
- *vasi di vetro con coperchio metallico (cm 18x18)*
- *bottiglie a tappo smerigliato da 200 cc*
- *cesoia di Stille a manici tondi di cm 36 circa*
- *sega elettrica oscillante per gessi*
- *cesoia di Esmarch per gessi di 20 cm circa*
- *stecche metalliche di Zimmer*
- *palmari di compensato.*

L'allegato 2 disponeva altresì che a tutti gli operatori sanitari delle Unità venissero forniti mascherine e occhiali protettivi, come previsto dalla legge n. 136/1990 e dal Decreto del Ministro della Sanità del 28 settembre 1990, attesa la possibilità di venire a contatto con sangue e/o altri materiali biologici provenienti da soggetti portatori di HIV e AIDS.

Successivamente, con la circolare n. 53 dell'8 agosto 2008, contenente le "Linee Guida del nuovo ordinamento delle Strutture centrali e Territoriali (Direzione Centrale Patrimonio, Direzione Regionale per il Lazio e Servizio Centrale Acquisti)", veniva ridefinito l'assetto della Direzione Centrale

Patrimonio ed istituito il Servizio Centrale Acquisti, a decorrere dal 1° ottobre 2008, cui veniva affidata tra l'altro la gestione accentrata delle procedure di gara per l'acquisto di forniture e servizi nonché la gestione delle procedure di gara per i lavori di costruzioni e di manutenzione degli immobili.

Con nota del 10.11.2008, il Servizio Centrale Acquisti comunicava alle Direzioni e alle Consulenze Centrali il nuovo "Catalogo dei prodotti", rielaborato nell'ottica di semplificare e razionalizzare gli acquisti, nel quale tra le categorie individuate erano ricomprese anche quelle relative ai *"Materiali e Apparecchiature Tecnico Sanitarie"*, agli *"Strumenti e Materiali di Laboratorio"* e ai *"Materiali e Apparecchiature Centri Protesi"*.

Pertanto, dopo un periodo di decentramento, l'INAIL ha ritenuto, per essere in linea con le indicazioni fornite dal proprio istituto di vigilanza, di accentrare le procedure di acquisto.

Dal 1991 ad oggi l'INAIL ha provveduto ad assumere personale di collaborazione sanitaria tramite concorsi ad hoc espletati o tramite contratti di formazione lavoro e recentemente anche mediante contratti a termine. Per ciò che attiene il dimensionamento di massima dell'area medica, il fabbisogno per il nucleo Prime Cure è stato fissato in 50 mq nella nota del 7.2.2000 della Consulenza Tecnica dell'Edilizia allegata alla lettera del 2.3.2000 della Direzione Centrale Patrimonio, relativa agli investimenti immobiliari per l'anno 2000.

Dotazione altri ambulatori specialistici

Il chirurgo e l'ortopedico addetti agli ambulatori Prime Cure possono essere affiancati nella loro attività da altre figure specialistiche quali l'oculista, il radiologo, il neurologo e l'otorinolaringoiatra. Le dotazioni previste per questi ambulatori, del tutto analoghe a quelle individuate per la stessa tipologia specialistica nell'ambito della diagnostica di I livello di qualsiasi Unità Territoriale INAIL, e sono così ipotizzate nel nuovo "Modello Sanitario":

AMBULATORIO OCULISTICO

APPARECCHIATURE:

- *Sfigmomanometro*

ARREDO:

- *Letto con uno snodo*
- *Scrivania per medico con cassettiera laterale*
- *Lampada da tavolo*
- *Poltroncina ergonomica con braccioli*
- *Un poggiatesta ergonomico*
- *Due sedie con sedile e schienale lavabili*
- *Scaffaletto con tre piani in laminato plastico cm.80x35x100 con chiave*
- *Portarifiuti a pedale*
- *Scaleo a due gradini*
- *Attaccapanni a muro*
- *Gettacarte*
- *Paravento*
- *Supporto per asciugamani monouso*
- *Supporto a muro per dosatore sapone*
- *Due sgabelli regolabili*
- *Poltroncina per esame visus*

INFORMATIZZAZIONE:

- *Personal computer in rete, collegato con la procedura informatica CARCLIWEB*
- *Stampante*

MATERIALE DI CONSUMO:

- *Guanti di plastica monouso*
- *Abbassalingua monouso*
- *Rotoli carta per letto*
- *Garze*
- *Cotone*
- *Bende oculari*

L'Ambulatorio deve anche essere dotato di:

- *Fluorescina (sticks).*
- *Methocel (gel oftalmico).*
- *Striscette di carta bibula per test di Schirmer.*
- *Presidi farmacologici per esami oftalmici (midriatici, cicloplegici, collirio anestetico)*

Le quantità devono essere definite in ragione delle esigenze dell'Unità

Sanitaria Territoriale INAIL di riferimento. STRUMENTARIO:

- *Diafanoscopio a parete*
- *Fonendoscopio*
- *Strumenti per Esame della Refrazione²*
 - 1 *Cassetta lenti di prova*
 - 1 *Montatura di prova (Portalenti)*
 - 1 *Ottotipo a Proiezione*
 - 1 *Tavola Ottometrica per Vicino (Tavole di Jaeger)*
 - 1 *Frontifocometro*
 - 1 *Oftalmometro di Javal-Schiötz (montato su tavolo gemellare)*
 - 1 *Retinoscopio*
 - 1 *Coppia di Regoli da Schiascopia*
- *Strumenti per l'Esame del Segmento Anteriore³*

2 Cassetta lenti e montatura di prova: strumenti con i quali si ottiene, con metodo soggettivo, una correzione del difetto rifrattivo per esame dell'acuità visiva tramite ottotipo. *Montatura:* portalenti nel quale si inseriscono le lenti di prova, con la possibilità di variare il potere delle lenti sferiche e cilindriche e l'asse di quest'ultime. *Lenti:* sferiche (positive, negative), cilindriche (positive, negative), prismatiche; sono anche utilizzate lenti accessorie (occlusore, foro e fessura stenopeica, filtro rosso e verde, cilindro di Maddox, vetro smerigliato, vetro piano.).

Ottotipo a proiezione: tavola ottometrica luminosa a proiezione contenente caratteri a progressione decimale (lettere di alfabeto, E di Albin, anelli di Landolt ...), tavole astigmometriche, test duocromatico ..., per l'esame dell'acuità visiva da lontano. Offre la possibilità di regolazione automatica della distanza (5 m, 3m, ...) rispetto all'ampiezza dell'ambiente.

Tavola Ottometrica per vicino (tavole di Jaeger): ottotipo per la misurazione dell'acuità visiva per vicino. I caratteri hanno dimensioni che variano con progressione decimale. Si usano soprattutto per la correzione della presbiopia, ma anche per valutare la funzionalità visiva retinica.

Frontifocometro: strumento che misura il potere diottrico delle lenti da occhiali. Si usa per registrare la correzione ottica del soggetto al momento della visita, prima di effettuare la misurazione dell'acuità visiva.

Oftalmometro di Javal-Schiötz: strumento che misura la curvatura della faccia anteriore della cornea. Si usa per determinare l'astigmatismo corneale (grado, asse) prima di effettuare la misurazione dell'acuità visiva.

Retinoscopio (o schiascopia): strumento costituito da uno specchio piano che permette di illuminare il fondo retinico ed osservarlo dalla stessa posizione e da un sistema di illuminazione. La schiascopia è un metodo per rivelare l'entità del vizio refrattivo in modo oggettivo.

Regoli da Schiascopia: coppia di stecche di lenti (negative o positive) per esame della refrazione in schiascopia.

3 Lampada a Fessura: strumento fondamentale nella pratica clinica per l'esame obiettivo oculare costituito da un microscopio, un sistema di illuminazione ed uno di sostegno. Permette l'osservazione stereoscopica dei tessuti oculari e si usa per visualizzare gli annessi, gli strati corneali, la camera anteriore, l'iride, il cristallino, il vitreo anteriore e, con l'ausilio di lenti addizionali, il vitreo centrale e posteriore, il fundus (retina, papilla ottica) e l'angolo irido-camerulare. Se predisposto, può montare una macchina fotografica.

Tonometro di Goldmann: strumento fondamentale nella pratica clinica per la misurazione della pressione endoculare. Si usa per la diagnosi ed il follow-up delle patologie in cui la IOP è alterata. Viene montato sulla lampada a fessura e viene usato ad appianazione sulla cornea del paziente, preliminarmente anestetizzata con collirio anestetico e colorata con fluoresceina in gocce o stick.

Lente a 3 specchi di Goldmann: lente addizionale a contatto che consente lo studio stereoscopico del fundus oculi (polo posteriore, media ed estrema periferia) e dell'angolo irido-camerulare (gonioscopia).

1 *Lampada a Fessura predisposta per apparecchio fotografico*

1 *Tonometro ad appianazione di Goldmann*

1 *Lente a tre specchi (Goldmann)*

• *Strumenti per Esame del Segmento Posteriore⁴*

1 *Oftalmoscopio Diretto a luce alogena*

1 *Oftalmoscopio Indiretto (binoculare di Schepens)*

1 *Lente di Volk da 20 diottrie*

1 *Lente di Volk da 30 diottrie*

1 *test di Amsler*

• *Strumenti per Esame della Funzione Binoculare ed Altre Funzioni Visive⁵*

1 *Campimetro Computerizzato a proiezione*

1 *Test delle 4 luci di Worth*

1 *Tavola Pseudoisocromatica di Ishihara*

1 *Lang Test*

1 *Titmus Test*

Pinze per asportazione corpi estranei.

Spatola per scraping corneale.

Forbici oculari.

Siringa, agocannula ricurva e dilatatore lacrimale per lavaggio vie lacrimali.

⁴ *Oftalmoscopio diretto*: strumento portatile per la visualizzazione del fundus oculi. Fornisce un'immagine non stereoscopica diretta ed ingrandita di 15 volte, con campo di osservazione limitato alla regione centrale.

Oftalmoscopio indiretto (binoculare di Schepens): dà un'immagine rovesciata, meno ingrandita ma con campo di osservazione più ampio; necessita di interposizione di lenti addizionali tra l'esaminatore ed il paziente.

Lente di Volk da 20 e 30 D: lente addizionale non a contatto per l'esame oftalmoscopico binoculare.

Campimetro computerizzato: strumento che valuta il campo visivo con tecnica automatizzata statica mediante uno stimolo luminoso di dimensioni costanti e di intensità inizialmente bassa, quindi gradualmente crescente fino ad essere percepito dal paziente, che fissa monocularmente un punto centrale.

Test di Amsler: esame soggettivo autosomministrato per lo studio della funzionalità maculare. È usato nella diagnosi e nel follow-up delle maculopatie e delle lesioni del nervo ottico. Si esegue alla distanza di 30-40 cm, con la correzione per lettura, monocularmente, facendo fissare al paziente il punto centrale. Rivela scotomi (macchie scure, interruzioni del reticolo) e metamorfopsie (linee storte, deformate).

⁵ *Test delle 4 luci di Worth*: esame soggettivo che consente di valutare in condizioni di binocularità se è presente soppressione o diplopia.

Tavole di Ishihara: tavole per l'esame del senso cromatico mediante la discriminazione dei colori diversi dello sfondo e dei segni. Si usano per la diagnosi delle discromatopsie, in neuropatie ottiche e maculopatie congenite ed acquisite.

Lang test e Titmus test: tavole per l'esame del senso stereoscopico.

AMBULATORIO RADIOLOGICO

APPARECCHIATURE:

- *Sfigmomanometro*
- *Generatore A.T. trifase di potenza non inferiore a 30 KV e tavolo di comando*
- *Tavolo ribaltabile, telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillantezza*
- *Tubo radiogeno a doppio fuoco anodo-rotante per tavolo telecomandato*
- *Stativo pensile*
- *Tubo radiogeno a doppio fuoco anodo-rotante per stativo pensile*
- *Teleradiografo*
- *Sistema di stampa*

STRUMENTARIO:

- *Diafanoscopio a parete*
- *Fonendoscopio*

ARREDI:

- *Lettino con uno snodo*
- *Scrivania per medico con cassetiera laterale*
- *Lampada da tavolo*
- *Poltroncina ergonomica con braccioli*
- *Un poggiatesta ergonomico*
- *Due sedie con sedile e schienale lavabili*
- *Scaffaletto con tre piani in laminato plastico cm.80x35x100 con chiave*
- *Portarifiuti a pedale*
- *Scaleo a due gradini*
- *Attaccapanni a muro*
- *Gettacarte*
- *Paravento*
- *Supporto per asciugamani monouso*
- *Supporto a muro per dosatore sapone*

INFORMATIZZAZIONE:

- *Personal computer in rete, collegato con la procedura informatica CARCLIWEB Stampante*

MATERIALE DI CONSUMO:

- *Guanti di plastica monouso*
- *Abbassalingua monouso*
- *Rotoli carta per lettino*

AMBULATORIO NEUROLOGICO

APPARECCHIATURE:

- *Sfigmomanometro*

STRUMENTARIO:

- *Diafanoscopio a parete*
- *Fonendoscopio*
- *Martello percussore di Dejerine con ago*

ARREDI:

- *Lettino con uno snodo*
- *Scrivania per medico con cassettiera laterale*
- *Lampada da tavolo*
- *Poltroncina ergonomica con braccioli*
- *Un poggiatesta ergonomico*
- *Due sedie con sedile e schienale lavabili*
- *Scaffaletto con tre piani in laminato plastico cm.80x35x100 con chiave*
- *Portarifiuti a pedale*
- *Scaleo a due gradini*
- *Attaccapanni a muro*

- *Gettacarte*
- *Paravento*
- *Supporto per asciugamani monouso*
- *Supporto a muro per dosatore sapone*

INFORMATIZZAZIONE:

- *Personal computer in rete, collegato con la procedura informatica CARCLIWEB*
- *Stampante*

MATERIALE DI CONSUMO:

- *Guanti di plastica monouso*
- *Abbassalingua monouso*
- *Rotoli carta per lettino*

AMBULATORIO OTORINOLARINGOIATRICO

APPARECCHIATURE:

- *Sfigmomanometro*
- *Apparecchiature per l'esame della funzionalità acustica:*
Audiometro clinico⁶
Cabina silente
Impedenziometro⁷
impedenziometro clinico, per studio timpanometria e riflessi stapèdiali
- *Apparecchiature per l'esame della funzionalità vestibolare:*
Videooculoscopia o Video Frenzel⁸

⁶ Apparecchiatura che permette di valutare la funzione uditiva attraverso: la determinazione delle soglie uditive, per via aerea e per via ossea, la determinazione del fenomeno del recruitment, la valutazione dell'adattamento uditivo, la capacità del paziente di percepire messaggi verbali o liste di parole, la valutazione del fenomeno del mascheramento (nei casi di asimmetria uditiva tra i due lati).

⁷ Apparecchiatura per l'esecuzione e la registrazione grafica della timpanometria e dei riflessi stapèdiali; ha lo scopo di escludere patologie dell'apparato di trasmissione. Esame di notevole valore medico-legale poiché rappresenta una tecnica di audiometria oggettiva con risultati non inquinabili dall'esaminato, costanti e riproducibili.

⁸ Mono e binoculare con telecamere ad IR e maschera di supporto oscurabile. Il videooculoscopio permette di effettuare la diagnostica vestibolare in modo rapido ed efficace. Tramite una o due telecamere all'infrarosso, montate su una maschera estremamente confortevole e leggera, è possibile rilevare il movimento oculare anche nella totale oscurità e visualizzarlo su di un monitor. Con il video oculografo si osservano le più piccole scosse nistagmiche e i nistagmi orizzontali, verticali e rotatori in modo preciso ed accurato.

*Pedana stabilometrica*⁹

- *Otocalorimetro*

STRUMENTARIO:

- *Diafanoscopio a parete*
- *Fonendoscopio*
- *Strumenti per l'esame della funzionalità acustica:*
Otoscopio portatile
Fotoforo con alimentatore
Strumentazione ORL (specula auricolari, schizettoni, uncini, portacotone, specchietti laringei)
- *Strumenti per l'esame della funzionalità vestibolare:*
occhiali di Frenzel o di Bartels
*vibratore mastoideo*¹⁰
- *Strumenti ed apparecchiature per l'esame della funzionalità delle prime vie aeree*
- *Sistemi di fibroscopia ottica flessibile e/o rigida*¹¹

ARREDI:

- *Lettino con uno snodo*
- *Scrivania per medico con cassetiera laterale*
- *Lampada da tavolo*
- *Poltroncina ergonomica con braccioli*
- *Un poggiapiedi ergonomico*
- *Due sedie con sedile e schienale lavabili*
- *Scaffaletto con tre piani in laminato plastico cm.80x35x100 con chiave*
- *Portarifiuti a pedale*
- *Scaleo a due gradini*
- *Attaccapanni a muro*
- *Gettacarte*

⁹ La pedana stabilometrica deve rappresentare un sistema standardizzato che tiene conto delle variabili che interagiscono in tali tipi di diagnostica strumentale.

¹⁰ Per la ricerca del nistagmo da vibrazione, dato presente solo nelle forme periferiche, che si mantiene nelle scompenstate per lungo tempo.

¹¹ Con possibilità di registrazione video e immagini.

- *Paravento*
- *Supporto per asciugamani monouso*
- *Supporto a muro per dosatore sapone*
- *Riunito ORL*

INFORMATIZZAZIONE:

- *Personal computer in rete, collegato con la procedura informatica CARCLIWEB*
- *Stampante*

MATERIALE DI CONSUMO:

- *Guanti di plastica monouso*
- *Abbassalingua monouso*
- *Rotoli carta per lettino*
- *Garze*
- *Cotone*

Dovrà, inoltre, essere acquisito disinfettante per uso esterno secondo le esigenze fissate dall'Unità Sanitaria Territoriale INAIL di riferimento.

RISCHIO BIOLOGICO: CONOSCENZA, VALUTAZIONE E PREVENZIONE.

Il rischio biologico costituisce di per sé un tipo di rischio intrinseco all'attività sanitaria, al quale l'operatore sanitario, sia esso medico, infermiere, o addetto al laboratorio di analisi, 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, saliva, altri fluidi, aerosol respiratori) nonché da materiali o strumenti che siano stati contaminati da sangue o da altre sostanze risultanti potenzialmente infette.

Con il termine di rischio biologico quindi si intende la possibilità che, in seguito ad esposizione o contatto con materiali vari infetti, costituiti come già detto, per lo più da sangue o da altri fluidi, un soggetto possa infettarsi e poi ammalarsi.

Quando un microrganismo è penetrato all'interno del corpo umano, la sua presenza non sempre determina il manifestarsi di un'infezione. Nella maggior parte dei casi l'insorgenza di un'infezione è dovuta ad una serie di complesse interazioni che avvengono a carico delle molteplici componenti, in relazione all'agente infettivo, alla suscettibilità dell'ospite, e per quanto riguarda le infezioni esogene alle modalità di trasmissione.

Le diverse componenti inerenti **l'agente infettivo** sono:

- **la patogenicità;**
- **la virulenza;**
- **la invasività;**
- **la dose;**
- **la fonte;**
- **il serbatoio.**

Quelle che riguardano **l'ospite** invece sono rappresentate dai:

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

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**.

Il rischio di contatto dipende:

- a) **dalla prevalenza dell'infezione nella popolazione** (cioè dai soggetti infettanti nella popolazione);
- b) **dal tipo di attività espletata;**
- c) **dalle misure di prevenzione impiegate.**

Il rischio di contrarre la malattia dipende:

- a) **dalla carica infettante;**
- b) **dalla resistenza del soggetto.**

Il rischio biologico rappresenta per tutti gli operatori sanitari (dai medici, agli infermieri, agli addetti ai laboratori di analisi, ecc.) uno dei rischi più frequenti e caratteristici. Quindi anche gli infermieri che operano all'interno degli ambulatori dell'INAIL sono sottoposti al rischio biologico, rappresentato usualmente da:

- **Virus B dell'epatite**
- **Virus dell'epatite delta**
- **Virus C dell'epatite**
- **Virus dell'immunodeficienza acquisita**
- **Altre malattie infettive-diffusive virali e batteriche.**

Nella presente trattazione ci occuperemo solo dei primi quattro, in quanto rischi più ricorrenti in riferimento all'attività espletata in questi ambulatori.

In generale, invece le fattispecie che ricorrono più frequentemente in ambito sanitario riguardo i reparti di dialisi, i momenti legati a prelievi ematici a letto del paziente, la pratica iniettiva endovenosa, la collaborazione con il personale medico nell'esecuzione di particolari esami strumentali (come gli esami endoscopici od altre tecniche di cateterismo), alla sala operatoria.

Al rischio biologico viene dedicato il Titolo X (dall'art. 266 all'art. 286) del D.Lgs. 81/08, che ha confermato la Direttiva della Comunità Europea 679/90, già in precedenza recepita dal D.Lgs. 626/94. Da rilevare che le modifiche del citato decreto apportate con D.Lgs. 106/09 riguardano all'art. 272, comma 2, lett. c) la specifica dell'aggiunta che il datore di lavoro progetta adeguatamente i processi lavorativi "...anche attraverso l'uso dispositivi di sicurezza atti a proteggere dall'esposizione accidentale ad agenti biologici"

La definizione di agente biologico è contenuta nell'art. 267 del citato decreto legislativo: **per agente biologico si intende qualsiasi microrganismo, anche se geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita umano che potrebbe provocare infezioni, allergie o intossicazioni.**

Per **microrganismo** si intende qualsiasi entità microbiologica, cellulare o meno, in grado di riprodursi o trasferire materiale genetico; come **coltura cellulare** si intende il risultato della crescita in vitro di cellule derivate da organismi pluricellulari.

Per quanto riguarda la classificazione degli agenti biologici, la loro pericolosità è caratterizzata da:

- **infettività:** capacità di un microrganismo di penetrare e moltiplicarsi nell'ospite;

- **patogenicità:** capacità di produrre malattia a seguito di infezione;
- **trasmissibilità:** capacità di un microrganismo di venire trasmesso da un soggetto infetto ad uno suscettibile;
- **neutralizzabilità:** disponibilità di efficaci misure profilattiche per prevenire la malattia o terapeutiche per la sua cura.

A seconda del rischio di infezione per l'uomo, gli agenti biologici vengono suddivisi in quattro gruppi:

Gruppo 1: *agenti con poca probabilità di causare malattie in soggetti umani*

Gruppo 2: *agenti che possono causare malattie nell'uomo e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaghino nelle comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche (come ad es. per S. Aureus, C. Tetani, B. Pertussis, N. Meningitidis, N. Gonorrhoeae)*

Gruppo 3: *agenti 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 o terapeutiche (come ad es. per HBV, HCV, HIV, S. Typhi)*

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 (come ad es. per Virus Ebola, Variola, Crimea-Congo).*

L'Allegato XLVI del nuovo T.U. elenca gli agenti biologici classificati nel gruppo 2, 3 e 4.

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

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

- **contatto** diretto o indiretto;
- attraverso **goccioline** di grandi dimensioni (cosiddette "droplet");
- per **via aerea** attraverso la disseminazione di nuclei di goccioline (cosiddetti "droplet nuclei"), residui di piccole particelle di goccioline evaporate che contengono microrganismi e rimangono sospese nell'aria per lungo tempo (con diametro uguale od 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..

Da studi effettuati risulta evidente che in ambito sanitario tra le categorie professionali, gli infermieri risultano quelli più esposti, rappresentando una percentuale di oltre il 60%, i chirurghi sono il 9%, i medici l'8%, gli ausiliari il 4%, i laboratoristi il 4% ed il restante personale il 7%.

Attività professionale degli infermieri nell'INAIL

L'attività che viene svolta dagli infermieri all'interno dell'INAIL è diversa e particolare rispetto a quella svolta in ambiente ospedaliero o in un reparto clinico in generale.

Nell'ambito delle figure professionali operanti nell'Ente, la figura dell'infermiere si può inserire fra quelle che fanno parte dell'attività sanitaria dell'Istituto, attività che si esplica nei centri medico legali delle Sedi e nei centri polidiagnostici regionali, dove si svolgono controlli sanitari ambulatoriali, spesso accompagnati anche da accertamenti di laboratorio o strumentali.

Nell'ambulatorio INAIL vengono eseguite attività sanitarie a fini medico legali quali il trattamento di cura degli infortunati (cosiddette prime cure), il controllo dell'inabilità temporanea, le visite con relativi accertamenti sanitari - eseguiti anche presso i Centri Polidiagnostici regionali - ed i trattamenti riabilitativi.

L'infermiere, inoltre, collabora con il medico in altri compiti, nei quali tuttavia non sussiste un evidente rischio biologico.

Gli incarichi dell'infermiere presso l'ambulatorio dell'INAIL sono molteplici, la sua presenza e funzione si inquadra in tutte le varie fasi delle prestazioni sanitarie erogate dall'Istituto: dall'invito a visita dell'assicurato, alla medicazione, alla pratica iniettiva per l'infortunato, alla manipolazione ed alla successiva fase di preparazione, alla sterilizzazione degli strumenti usati. Per quest'ultima attività l'infermiere si occupa della sterilizzazione dei vari strumenti impiegati: ferri e taglienti (aghi, rasoio, bisturi e lame da bisturi, pinze, forbici, scalpelli, vetreria, ecc.) per mezzo dell'apparecchio in dotazione presso l'ambulatorio - generalmente un autoclave - nonché della precedente preparazione degli stessi materiali per mezzo dell'imbustamento e sigillatura in apposite buste plastificate trasparenti che vengono immesse all'interno della macchina sterilizzatrice.

L'infermiere nel rapportarsi al paziente deve adoperarsi affinché il paziente stesso venga informato nei modi più chiari e conformi di tutte le attività che vengono svolte nei suoi confronti.

Lo stesso codice deontologico dell'infermiere (riportato nell'allegato 4 del presente opuscolo) richiama espressamente in alcuni articoli (artt. 20, 21, 23, 24 e 25), in particolare nell'art. 24, la funzione che deve svolgere al fine di un consenso informato.

Il citato art. 24 infatti afferma che "l'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostici-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere".

Rischio specifico per gli infermieri nell'ambulatorio INAIL

All'interno degli ambulatori INAIL (ambulatori prime cure), l'attività sanitaria nella quale si può individuare un possibile rischio biologico è quella che si svolge nell'**ambulatorio chirurgico** ed, in minor misura, di quello **ortopedico**. Per il primo le manovre a rischio sono quelle che usualmente si svolgono in un qualsiasi ambulatorio chirurgico, cioè la medicazione delle ferite, i piccoli interventi di chirurgia (ambulatoriale), la pratica iniettiva (per via endovenosa, ma anche per via intramuscolare), la rimozione di punti di sutura, ecc. Nell'ambulatorio ortopedico, invece, possono risultare a rischio quelle manovre che si compendiano nell'assistenza al sanitario durante la visita dell'infortunato, che oltre ad aver riportato lesioni ossee fratturative, presenti anche ferite cutanee; oppure nei casi in cui vi sia necessità di eseguire iniezioni (per lo più i.m.) od ancora quando l'infermiere collabora con lo specialista ortopedico durante una artrocentesi per versamenti articolari.

Il lavaggio e la preparazione per la sterilizzazione dei vari strumenti chirurgici già usati, in particolare i taglienti, deve essere effettuata con estrema attenzione e cura poiché gli stessi sono sempre contaminati da materiali organici ed in primo luogo da sangue; **per i taglienti in particolare c'è sempre il rischio di ferirsi anche indossando i guanti.**

Nelle altre attività specialistiche ambulatoriali (oculista, dermatologo, neurologo, ecc.) il rischio biologico per l'infermiere è notevolmente ridotto, essendo legato ad eventi accidentali.

Principali Patologie

Le principali patologie, inerenti al rischio biologico, a cui sono esposti gli infermieri, riguardano le **infezioni a trasmissione ematica** (epatite B, epatite Delta, epatite C, infezione da HIV).

La trasmissione di **infezioni per via respiratoria** (es. TBC) negli infermieri INAIL è trascurabile, ma va comunque considerata.

Infezioni per via parenterale L'epatite B è dovuta ad un virus a DNA ad alta infettività; le vie di trasmissione più importanti sono quella parenterale o percutanea (attraverso tagli, punture, trasfusioni, emoderivati); quella sessuale (attraverso lesioni delle mucose genitali, lesioni della mucosa orale); quella materno-fetale e quella perinatale (al momento del parto). I portatori asintomatici del virus svolgono un ruolo importante. Questo virus risulta stabile nel plasma o nel siero e può sopravvivere in diverse condizioni di temperatura ed umidità. Pertanto sono sufficienti minime tracce di sangue per rendere contagianti i vari liquidi biologici. Il virus dell'epatite B è una particella sferica che risulta costituita da un nucleocapside interno, denominato *core* e da un involucro esterno che si replica all'interno degli epatociti. Le determinanti antigeniche di questa particella sono rappresentate nell'involucro dall'HbsAg che è un antigene di superficie e viene sintetizzato in notevoli quantità dagli epatociti in caso di epatite acuta; nel *core* ci sono l'HbcAg che è un antigene sintetizzato dagli epatociti per la replicazione del virus e risulta ad alta infettività; sempre nel *core* sono stati individuati l'HbeAg ed una DNA polimerasi anch'essi ad alta infettività. L'HbsAg è quindi una proteina dell'involucro del virus; l'HbcAg è una proteina nucleocapsidica; mentre l'HbeAg è una proteina non strutturale secreta dall'apparato del Golgi. Per quanto riguarda la diagnosi sierologica, essa viene fatta nei soggetti HbsAg positivi con positività per gli anticorpi antiHBc IgM. Nel 75% dei casi nel siero è presente anche l'HbeAg. L'antigene **HbsAg** compare molto presto in circolo (circa 30 gg. dopo l'esposizione al virus e circa 2-8 settimane dall'esordio clinico della malattia) esprime l'infezione in atto e persiste per circa 2-5 mesi in caso di guarigione; se persiste per più di sei mesi esprime la condizione di portatore cronico. L'antigene **HbeAg** è presente nella fase di incubazione e all'inizio della malattia, è da considerare un "marker" della replicazione virale ed un importante indice di infettività. Anche la **DNA polimerasi** rappresenta un indice di proliferazione virale. Da tenere presente anche il significato sierologico rappresentato dagli anticorpi dell'epatite B. L'anti HBs (**HbsAb**) indica una infezione pregressa ed una immunità acquisita; la sua massima concentrazione si ha nel periodo clinico e si riscontra anche dopo alcuni mesi. L'anti HBc (**HbcAb**) è un anticorpo prodotto precocemente, ancora prima dell'HbsAg e dell'HbsAb ed esprime un'infezione recente, la sua lunga persistenza (per anni) dopo la guarigione rappresenta un indice prognostico favorevole poiché svolge un'attività neutralizzante sul virus completo eventualmente presente in circolo, impedendo una reinfezione degli epatociti. L'anti Hbe (**HbeAb**) è un anticor-

po che compare nella fase evolutiva verso la guarigione e rappresenta un indice di ridotta infettività. Tra gli operatori sanitari la trasmissione del virus dell'epatite B avviene prevalentemente attraverso puntura con ago o strumento tagliente contaminato, oppure in seguito al contatto accidentale con sangue infetto per soluzioni di continuo della cute od ancora per contaminazione di membrane mucose. È stato valutato che il rischio di contrarre l'epatite B per una singola esposizione accidentale sia compreso tra il 2 ed il 40%, tenuto conto dello stato HbeAg positivo o negativo del soggetto fonte di infezione. In coloro che hanno contratto l'infezione, la quasi totalità guarisce completamente, una minima parte (5-10%) diviene portatore cronico del virus; in quest'ultima un quarto può sviluppare un'epatite cronica attiva che successivamente può evolvere in cirrosi epatica e carcinoma epatocellulare; una piccolissima percentuale, lo 0,5-1% di questi soggetti, va incontro ad epatite acuta fulminante che per lo più è a decorso mortale.

L'**epatite delta** è un'infezione determinata da un virus a RNA che tuttavia per produrre la malattia richiede l'associazione con il virus dell'epatite B, che in tal caso funziona come *virus helper*. Questo tipo di epatite presenta un periodo di incubazione tra le due e le otto settimane quando si tratta di sovrainfezione di un soggetto che sia già stato infettato da virus dell'epatite B. Quando vi siano contemporaneamente le due infezioni (epatite B ed epatite D) il periodo di incubazione risulta simile a quello dell'epatite B (45-160 giorni). La sovrainfezione in un soggetto con epatite B fa aumentare il rischio di epatite fulminante; in un soggetto con epatite B in fase cronica aumenta il rischio di evoluzione in cirrosi. Nell'epatite cronica l'agente delta si può ritenere un "marker" di epatite attiva, talora tendente all'evoluzione e non rispondente al trattamento con immunosoppressori; produce un anticorpo specifico: anti-delta-IgM. Per l'operatore sanitario attualmente non dovrebbe sussistere il rischio di infezione Delta nella sua attività di lavoro, dal momento che dovrebbe essere vaccinato contro l'epatite B; con tale vaccinazione in effetti si ha la protezione sia contro l'epatite B che contro l'epatite B-Delta.

L'**epatite C** è determinata da un virus a RNA la cui trasmissione avviene principalmente per via parenterale, altre vie sono quella perinatale e sessuale, quest'ultime però meno efficienti. In passato era molto frequente la trasmissione post-trasfusionale, oggi questo rischio si è notevolmente ridotto in seguito allo screening per la ricerca dell'anticorpo anti-HCV. Per quanto riguarda il decorso clinico, quello dell'epatite C è alquanto variabile. Oltre la metà dei soggetti affetti da epatite acuta post-trasfusionale potrà contrarre una forma cronica e tra essi un quarto potrà andare incontro ad una cirrosi epatica. In taluni soggetti affetti da epatite cronica e cirrosi si può sviluppare un carcinoma epatocellulare.

Negli ultimi anni sono stati identificati, oltre a questi già conosciuti, altri virus epatotropi, tra i quali possiamo ricordare solo quelli a trasmissione parenterale, come ad esempio il **virus G**, che è un virus a RNA, capace di determinare infezioni sia acute sia croniche. L'identificazione avviene attraverso tecniche di ibridizzazione molecolare per l'RNA virale. I dati clinico-epidemiologici sono ancora in fase di valutazione e per la diagnosi (determinazione dell'HGV-RNA nel sangue) le metodiche (amplificazione genica) sono ancora riservate a taluni laboratori di ricerca, non potendosi ancora utilizzare attendibili metodi immunologici di screening. Il virus HIV responsabile della **sindrome dell'immunodeficienza acquisita** è un virus a RNA, in genere poco resistente all'ambiente esterno. Tale virus è presente nelle secrezioni e nei liquidi corporei; infatti il sangue, il liquido seminale, le secrezioni vaginali sono fondamentali per la trasmissione di questo virus, ricordando tuttavia che teoricamente da tutti i liquidi contenenti linfociti infetti può derivare un potenziale contagio. Le più importanti vie di trasmissione sono pertanto quella parenterale o percutanea, quella sessuale, quella materno-fetale e quella perinatale. Dopo un'esposizione di tipo percutaneo con sangue infetto, il rischio professionale si aggira intorno allo 0,3%; risulta maggiore quando vi siano o una lesione profonda dell'operatore o la contaminazione massiva a livello congiuntivale o sangue sul mezzo lesivo. Inoltre può aumentare allorché lo strumento che ha provocato la lesione è stato posizionato in un'arteria o in una vena del soggetto infetto, oppure quando il paziente infetto sia deceduto per AIDS nei 60 giorni dall'esposizione.

Procedure di buona tecnica nell'attività infermieristica

Modalità per l'esecuzione dei prelievi

Per eseguire prelievi ematici la massima protezione si ottiene attraverso l'uso di dispositivi che permettono di effettuare tale operazione senza usare la siringa (prelievi sotto vuoto). Vanno messe in atto quelle norme di protezione individuale e di igiene generale quali l'uso di indumenti protettivi, il prelievo ed il confezionamento di campioni per esami di laboratorio, il lavaggio e la disinfezione delle mani e dello strumentario, nonché la disinfezione dei piani di lavoro. Attività a rischio sono anche la raccolta del materiale contaminato, dello strumentario e della biancheria nonché la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti contaminati. Per il lettino vanno usati teli a perdere, che vanno cambiati per ogni paziente.

Le modalità di prelievo debbono sottostare ai seguenti criteri:

- il prelievo deve essere eseguito da personale preparato e con esperienza;
- nel corso del prelievo debbono essere usati guanti e camice protettivi;
- dopo il prelievo, prima di immettere il sangue nella provetta, deve essere tolto l'ago dalla siringa e riposto nell'idoneo contenitore rigido;
- deve essere controllato che il contenitore del campione di sangue non sia contaminato esternamente, in caso positivo è necessaria la disinfezione con ipoclorito di sodio al 5%;
- il trasporto in laboratorio deve essere eseguito tramite l'utilizzo di un appropriato contenitore;
- il modulo di richiesta di esame dovrebbe essere inviato a parte rispetto al campione al fine di evitare una possibile contaminazione.

In caso di prelievo con siringa ed ago, una volta effettuata l'operazione, l'ago deve essere rimosso attraverso il dispositivo del contenitore per aghi e taglienti, poi vanno riempite le provette. Quando viene usato un vacutainer l'ago viene svitato attraverso il dispositivo del contenitore per aghi e taglienti, per cui l'ago andrà a cadere da solo nel contenitore. Nei prelievi effettuati con siringa ed ago a farfalla, una volta eseguita l'operazione di prelievo l'ago deve essere rimosso ed eliminato nel contenitore per aghi e taglienti.

Infine per quanto riguarda il prelievo per emogasanalisi, una volta effettuata l'operazione l'ago deve essere rimosso attraverso il dispositivo del contenitore per aghi e taglienti, inserendo poi un tappo sul beccuccio della siringa.

Gli operatori sanitari che effettuano ed assistono all'esecuzione di manovre cosiddette invasive - intendendo con tale termine tutte quelle manovre rivolte a raggiungere tessuti, cavità ed organi oltrepassando le usuali barriere di difesa del corpo, cioè cute e mucose, con rischio di contatto con sangue ed altri liquidi biologici - debbono adottare le "precauzioni universali" che verranno successivamente descritte.

Nel caso di esposizione accidentale professionale a sangue o altro materiale biologico l'operatore coinvolto dovrà comunque seguire determinate procedure.

Le prime misure da adottare consistono nei seguenti atti:

- far aumentare il sanguinamento se trattasi di ferita, nel caso applicare anche un laccio emostatico a monte della stessa;
- eseguire abbondante detersione con acqua e sapone;
- disinfettare bene la ferita;
- se vi sia stato contatto con il cavo orale occorre risciacquare con acqua corrente;

- se c'è stato contatto con le congiuntive occorre risciacquare con acqua corrente a lungo (per almeno 10 minuti);
- l'operatore esposto va inviato al Pronto Soccorso per gli altri interventi del caso.

L'operatore esposto entro 1-3 ore dall'evento (tempo zero) deve recarsi presso il DEA dell'Ospedale più vicino e in tale struttura saranno eseguiti:

- la prima medicazione;
- compilazione del consenso informato dell'operatore ai prelievi;
- le misure di profilassi post-esposizione: eventuale profilassi passiva con immunoglobuline e/o attiva con vaccino secondo il vigente protocollo;
- esecuzione dei prelievi urgenti come previsto dal protocollo;
- invio dei prelievi in laboratorio;
- eventuali prelievi al paziente fonte dopo il consenso informato ed un controllo, ove possibile, della situazione immunitaria anche attraverso la consultazione della documentazione sanitaria in suo possesso;
- counseling circa la prevenzione post-esposizione ad HIV (e ad epatiti);
- somministrazione di farmaci previsti dal protocollo di prevenzione post-esposizione ad HIV (e ad epatiti);
- eventuale richiesta di consulenza infettivologica;
- attivazione dei flussi di informazione con il laboratorio di analisi, il reparto infettivi, l'ufficio del medico competente, l'ufficio del personale;
- compilazione del modulo per la denuncia infortunio all'INAIL;
- compilazione del modulo delle prestazioni DEA;
- dichiarazione dell'operatore sanitario con descrizione dell'evento accidentale;
- compilazione della scheda inerente le prestazioni sanitarie fornite;
- l'operatore sanitario sarà invitato a recarsi appena possibile nell'ambulatorio del medico competente per espletare le ulteriori procedure previste;
- contemporaneamente il responsabile medico della sede INAIL ove è avvenuta l'esposizione predisporrà una relazione dell'evento.

Norme di prevenzione

Nell'ambito sanitario la prevenzione di tali patologie deve essere perseguita in modo efficace e continuo, proprio per le notevoli conseguenze che queste patologie possono avere tra il personale sanitario ed in particolare tra il personale infermieristico, tenuto conto del fatto che sono proprio gli infermieri,

la categoria sanitaria ad essere più frequentemente coinvolta da queste patologie occupazionali.

In caso di contatto accidentale con sangue, secreti, escreti, fluidi corporei ed oggetti contaminati, nonostante l'impiego di guanti, le mani vanno lavate immediatamente ed in modo accurato. Le norme di buona tecnica ed igiene prevedono che le mani debbono essere lavate sia prima che dopo l'uso dei guanti e comunque in tutti i casi nei quali vi siano contatti con il paziente, al fine di prevenire il passaggio di microrganismi ad altri pazienti, ad altri operatori sanitari oppure allo stesso ambiente. L'utilizzo dei guanti è necessario prima di venire a contatto con sangue, secreti, escreti, fluidi corporei, mucose, cute lesa dei pazienti ed oggetti contaminati. L'infermiere deve **sempre** usare i guanti quando sono presenti tagli o soluzioni di continuo della cute ed inoltre in tutti quei casi in cui deve effettuare prelievi o attività a rischio (es. medicazioni).

Criteri generali di prevenzione generale e specifica

Per quanto riguarda le infezioni trasmesse per via parenterale (epatite B, epatite delta e C, AIDS) i **criteri di prevenzione generali** sono identici per i quattro tipi di infezione e possono essere così riassunti: in primo luogo un'adeguata educazione sanitaria con programmi di informazione e formazione per tutti gli operatori sanitari che si trovino in condizioni di rischio.

L'impiego di idonei dispositivi di protezione individuali come guanti, mascherine con visiera o schermo facciale, camici. Le manovre di incappucciamento degli aghi non vanno più eseguite. Dopo l'uso va effettuata la puntuale raccolta, di siringhe, aghi e vari taglienti, che introdotti in appositi contenitori, sicuri e a prova di puntura, possono poi essere convogliati allo smaltimento; per quest'ultima materia esiste una specifica normativa di cui si parlerà in apposito capitolo. I criteri di **prevenzione specifica** a seconda del tipo di infezione sono i seguenti, per l'**epatite B** si può attuare:

- 1) l'immunizzazione passiva con preparati di IgG umane ad alto contenuto di HbsAb;
- 2) la vaccinazione che conferisce un ampio margine di protezione (95% per i soggetti non immuni) e viene effettuata in 3 dosi (al mese 0, al 1° ed al 6°) per iniezione intramuscolare al deltoide con l'unica controindicazione al vaccino in caso di processo febbrile acuto al momento della vac-

cinazione. Nei casi di infortunio sul lavoro la vaccinazione consigliata, in quanto si è dimostrata dotata di maggiore immunogenicità, comprende 4 dosi (al mese 0, al 1°, al 2° e al 12°). La prima dose va somministrata entro le 96 ore dall'infortunio; per gli operatori sanitari non immuni le IgG specifiche devono essere somministrate entro le 48 ore dalla esposizione. Contro l'epatite B andrebbero vaccinati tutti gli operatori sanitari e gli stessi istruiti nell'adottare le precauzioni universali di protezione nei confronti del sangue e di tutti gli altri liquidi biologici. Infatti sia il sangue sia gli altri materiali biologici (tanto dei pazienti che degli operatori) vanno sempre considerati potenzialmente infetti indipendentemente dalla conoscenza della loro infettività. In seguito a esposizione parenterale, il rischio di contrarre questo tipo di epatite risulta pari al 4-40%.

Per quanto riguarda **l'epatite delta**, un operatore sanitario portatore di HbsAg può andare incontro ad una sovrainfezione assistendo un paziente HDV positivo (vengono colpiti specialmente dalla doppia infezione i tossicodipendenti e gli omosessuali). In quei casi in cui l'operatore sanitario (l'infermiere) portatore di HbsAg si trovi a prestare la propria opera ad un paziente HbsAg positivo, questo si dovrà sottoporre alla ricerca dei marker Delta; se tali marker risulteranno positivi l'infermiere portatore dovrà essere sostituito per l'assistenza a quel tipo di paziente con un altro infermiere immunizzato per il virus dell'epatite B e conseguentemente anche per il Delta. Comunque è buona regola considerare sempre un soggetto HbsAg positivo anche probabilmente portatore del virus Delta.

Per **l'epatite C** attualmente non è disponibile alcun vaccino né alcuna misura profilattica post-esposizione; al momento non trova più indicazione il trattamento con le immunoglobuline aspecifiche. Il rischio professionale di infezione in seguito ad esposizione per via parenterale, risulta molto inferiore rispetto a quello dell'epatite B.

Per quanta riguarda anche **l'infezione da HIV** attualmente non si dispone ancora di un vaccino, sono tuttavia in fase di sperimentazione alcuni di essi. In seguito ad esposizione professionale accompagnata ad un più elevato rischio di trasmissione dell'infezione viene raccomandata la profilassi post-esposizione attuata tramite somministrazione di un cocktail di farmaci antiretrovirali da iniziare subito, entro le prime 4 ore dall'esposizione e comunque non oltre le 24 ore, tale profilassi va continuata per almeno 4 settimane.

LA NORMATIVA PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

I Decreti Legislativi n. 81/2008 e n. 106/2009

Le misure di prevenzione del rischio biologico sono regolate dal titolo X del D.Lgs. 81/2008 (esposizione ad agenti biologici) e dal successivo D.Lgs. 106/09 del 3 agosto 2009. Il decreto legislativo 106/09 (Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81) entrato in vigore il 20 agosto 2009, ha introdotto alcune modifiche ed integrazioni anche al Titolo X sul rischio biologico, le principali sono le seguenti:

- all'art. 272, concernente le misure tecniche, organizzative e procedurali che il datore di lavoro deve mettere in atto per evitare l'esposizione dei lavoratori ad agenti biologici, al comma 2, lettera c, alla frase "progetta adeguatamente i processi lavorativi", è stato aggiunto ***"anche attraverso l'uso di dispositivi di sicurezza atti a proteggere dall'esposizione accidentale ad agenti biologici"***. Tale ulteriore esplicitazione sottolinea e pone in rilievo l'importanza di mettere in atto tutti quei dispositivi di sicurezza per prevenire l'esposizione al rischio biologico. Sempre allo stesso articolo e comma, alla lettera m, le procedure per la manipolazione ed il trasporto in condizioni di sicurezza degli agenti biologici debbono attuarsi non solo all'interno ma anche ***"all'esterno"*** del luogo di lavoro, estendendo con ciò la tutela e la sicurezza non solo ai lavoratori dell'azienda ma anche alle persone e all'ambiente esterni.
- all'art. 273, relativo alle misure igieniche assicurate dal datore di lavoro, al comma 1, lettera c, viene precisato che i dispositivi di protezione individuale, debbono essere controllati, disinfettati e puliti, dopo ogni utilizzazione, a meno che non siano ***mono uso*** e di conseguenza eliminati.
- all'art. 274, riguardante le misure specifiche per strutture sanitarie e veterinarie, al comma 3, oltre agli agenti biologici dei gruppi 3 e 4, è stato inserito anche il ***gruppo 2***, in riferimento alle strutture di isolamento ospitanti pazienti o animali contaminati con indicazione delle misure di contenimento indicate da apposito Allegato (XLVII) e scelte in funzione delle ***modalità di trasmissione*** dell'agente biologico.
- all'art. 279, che si occupa della sorveglianza sanitaria (prevenzione e controllo), è stato rimodulato il comma 1, comma che indica quando deve essere attuata la sorveglianza sanitaria; mentre il precedente decreto 81/08 recitava: "I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei

rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria", il decreto legislativo 106/09 afferma: ***"Qualora l'esito della valutazione del rischio ne rilevi la necessità i lavoratori esposti ad agenti biologici sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41"***. Pertanto la sorveglianza sanitaria deve essere effettuata non più per le attività, legate ad un rischio di esposizione, ma quando vi sia un effettivo rischio di esposizione e se ne rilevi la necessità.

- all'art. 280, relativo ai registri di esposizione e degli eventi accidentali, sono state apportate alcune ed importanti modifiche che riguardano il datore di lavoro, l'attività del medico competente ed il responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Infatti il comma 2 prevede che d'ora in avanti per il predetto registro, istituito ed aggiornato dal datore di lavoro, la tenuta avvenga tramite il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e non più del medico competente. Inoltre il datore di lavoro non si occuperà più direttamente della consegna delle cartelle sanitarie e di rischio (anche in copia) agli enti preposti (Istituto superiore di sanità, Ispesl, organo di vigilanza competente per territorio) nei casi previsti, ma lo farà per tramite del medico competente. Infine va ricordato che la lettera e del comma 2 è stata eliminata, la stessa prevedeva che il datore di lavoro tramite il medico competente comunicasse ai lavoratori interessati le annotazioni individuali contenute in questo registro e nella cartella sanitaria e di rischio ed al rappresentante per la sicurezza i dati collettivi anonimi contenuti nel registro.

Attualmente, considerando quanto previsto dal D.Lgs. 81/08 e dalle modifiche ed integrazioni apportate dal D.Lgs. 106/09, il campo di applicazione della specifica norma comprende tutte le attività che possono comportare rischio di esposizione ad agenti biologici, quindi sia le attività con uso deliberato di microrganismi (per esempio i laboratori di microbiologia) sia quelle con rischio potenziale di esposizione. È quest'ultimo il caso delle strutture sanitarie ambulatoriali quali quelle dell'INAIL, dove sia le funzioni di cura dei soggetti infortunati sia lo smaltimento dei rifiuti possono comportare un'esposizione ad agenti biologici. La valutazione del rischio va effettuata in entrambi i casi, sulla base di quanto stabilito dall'articolo 271 dei citati decreti. La norma, inoltre, sancisce altri obblighi importanti da parte del Datore di Lavoro, del Servizio di Prevenzione e Protezione, del medico competente, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza ma anche da parte del lavoratore stesso che viene direttamente responsabilizzato nella gestione della sua salute. Un obbligo importante è quello dell'informazione/formazione. In par-

ticolare, la norma prevede che il datore di lavoro fornisca ai lavoratori, sulla base delle conoscenze disponibili, informazioni ed istruzioni per quanto riguarda i rischi per la salute, le precauzioni da prendere per evitare l'esposizione, le misure igieniche da osservare, le funzioni e le modalità d'uso dei dispositivi di protezione individuale, il modo di prevenire il verificarsi di infortunio e le misure da adottare per ridurre al minimo le conseguenze.

I lavoratori esposti ad agenti biologici sono sottoposti a sorveglianza sanitaria alla quale è stata dedicata, nel presente lavoro, una trattazione specifica.

È prevista anche l'adozione, da parte del Datore di Lavoro, su conforme parere del medico competente, di misure protettive per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, tra le quali:

- a) la messa a disposizione di vaccini efficaci per i lavoratori che non sono già immuni, da somministrare a cura del medico competente;
- b) l'allontanamento temporaneo del lavoratore secondo le procedure dell'articolo 42, ai sensi dell'art. 279, comma 2, lett. b del D.Lgs. 81/08.

A differenza di quanto sancito in caso di attività comportanti uso di microrganismi particolari (gruppi 3 e 4) il decreto non prevede, per le strutture sanitarie ambulatoriali delle quali si sta parlando, l'adozione del Registro degli esposti. Tuttavia, stando a quanto riportato nelle linee guida per l'applicazione del decreto a cura del Coordinamento delle Regioni e delle Province autonome, "occorre stimolare anche nelle altre attività sanitarie l'istituzione di sistemi di registrazione di tutti gli episodi di contaminazione con agenti biologici o con materiali biologici potenzialmente infettanti compresi i casi di puntura con aghi o taglio con bisturi, nonché qualsiasi, anche modesto, imbrattamento con liquidi biologici". È prevista, infine, l'istituzione, presso l'ISPESL, di un registro dei casi di malattia ovvero di decesso dovuti all'esposizione ad agenti biologici. Pertanto, il medico che diagnostichi queste situazioni deve darne comunicazione all'ISPESL corredando l'informazione con la relativa documentazione clinica.

L'art. 277 del decreto legislativo 81/08 si occupa delle misure di emergenza in caso di incidenti con dispersione nell'ambiente di un agente biologico dei gruppi 2, 3 o 4; in tali evenienze la normativa dispone l'abbandono immediato da parte dei lavoratori del luogo dell'incidente, nel quale possono accedere solo coloro che sono addestrati per tali interventi. Inoltre il datore di lavoro deve informare al più presto la ASL, in quanto organo di vigilanza territorialmente competente, ma deve informare anche i lavoratori ed il rappresen-

tante per la sicurezza circa le cause dell'evento e sulle misure adottate o che intende adottare per risolvere la situazione. Gli stessi lavoratori debbono segnalare immediatamente al datore di lavoro o al dirigente o al preposto, qualsiasi infortunio o incidente dovuto all'uso di agenti biologici. Va sottolineato che quanto dettato dall'art. 277 riguarda coloro che manipolano agenti biologici, come ad esempio laboratori di ricerca e non vi rientrano gli infermieri INAIL; tuttavia si è ritenuto utile riportare, a titolo informativo, quanto previsto dal tale articolo, per ricordare che comunque anche gli stessi lavoratori che si trovino esposti ad agenti biologi, in caso di incidenti debbono segnalare al datore di lavoro o chi per lui, quanto accaduto.

Il Titolo X del decreto legislativo 81/08 negli ultimi articoli (artt. 282-286), prevede sanzioni sia detentive che pecuniarie a carico dei datori di lavoro e dei dirigenti, dei preposti, del medico competente e dei lavoratori. È da sottolineare quanto previsto dall'art. 286 sulle sanzioni a tutti i soggetti della prevenzione per la violazione dell'art. 273 che recita *"Nelle aree di lavoro in cui c'è rischio di esposizione è vietato assumere cibi e bevande, fumare, conservare cibi destinati al consumo umano..."*

Normativa sulle vaccinazioni

La legge 27 maggio 1991, n. 165 aveva istituito l'obbligatorietà della vaccinazione per l'epatite B per tutti i nuovi nati nel primo anno di vita e, limitatamente ai dodici anni successivi alla data di entrata in vigore della legge, per tutti i soggetti entro il dodicesimo anno di età. Pertanto, a partire dal 2003, l'intera popolazione si può considerare vaccinata al compimento del 1° anno di vita.

La stessa legge, all'articolo 3, prevede: "permane invariato il diritto alla vaccinazione contro l'epatite virale B dei soggetti appartenenti alle categorie a rischio, individuate con Decreto Ministeriale della sanità del 4 ottobre 1991". Tra le categorie a rischio individuate nel decreto, per le quali la vaccinazione per l'epatite B deve essere offerta gratuitamente, interessano alla nostra trattazione le seguenti:

- personale sanitario di nuova assunzione nel Servizio nazionale e personale del Servizio nazionale già impegnato in attività a maggior rischio di contagio e segnatamente che lavori in reparti di emodialisi, rianimazione, oncologia, chirurgia generale e specialistica, ostetricia e ginecologia, malattie infettive, ematologia, laboratori di analisi, centri trasfusionali, sale operatorie, studi dentistici, medicina legale e sale autoptiche, pronto soccorso;

- soggetti che svolgono attività di lavoro, studio e volontariato nel settore della sanità.

Per quanto riguarda la modalità di somministrazione, il decreto prevede uno schema di vaccinazione, per via intramuscolare, in tre dosi, a 0, 1 e 6 mesi. Allo scopo di assicurare uniformità nella strategia della vaccinazione per l'epatite B su tutto il territorio italiano, il Decreto Ministeriale del 20 novembre 2000 stabilisce un protocollo di calendari di vaccinazione e regimi di trattamento post-esposizione.

Il comma 4 del protocollo, che si occupa del personale sanitario, stabilisce alcuni aspetti sostanziali che sottolineiamo: "è indicata la valutazione della risposta anticorpale a distanza di almeno 1 mese dal completamento del ciclo primario della vaccinazione contro l'epatite B. È parimenti indicato il controllo anticorpale al momento dell'inizio dell'attività di operatore sanitario per coloro che avessero ricevuto precedentemente un ciclo primario di vaccinazione.

Nei soggetti che hanno completato il ciclo primario di vaccinazione contro l'epatite virale B e che presentino positività per anti-HBs al controllo anticorpale, non è necessaria alcuna dose di richiamo né ulteriori controlli dello stato immunitario. Nei soggetti che hanno completato il ciclo primario di vaccinazione contro l'epatite virale B e che vengono riscontrati negativi al controllo anticorpale, va somministrata una quarta dose di vaccino contro l'epatite virale B; con ulteriore valutazione anticorpale a distanza di almeno un mese da questa. Nei soggetti non vaccinati, qualora si dovesse fare ricorso a profilassi postesposizione, oltre alla somministrazione delle immunoglobuline, è indicata l'esecuzione di un ciclo completo di vaccinazione contro l'epatite virale B secondo le modalità descritte nel comma 6, e la determinazione dell'anti-HBs a distanza di almeno 1 mese dal completamento del ciclo primario (3^a dose). Nei soggetti vaccinati e riscontrati antiHBs-negativi (non responders), la profilassi post-esposizione va effettuata mediante somministrazione di immunoglobuline specifiche.

Il comma 6 si occupa del trattamento post-esposizione e stabilisce: Per i soggetti non vaccinati si segue lo schema accelerato di immunizzazione contro l'epatite virale B con somministrazione delle dosi di vaccino ai tempi 0,1,2 mesi e successiva somministrazione di una dose di rinforzo a distanza di 6-12 mesi dalla terza. Contemporaneamente alla somministrazione della prima dose di vaccino è opportuna la somministrazione di immunoglobuline specifiche, in sede corporea diversa da quella utilizzata per l'inoculazione del vaccino contro l'epatite virale B.

Le immunoglobuline specifiche vanno somministrate entro il 7° giorno ed il ciclo di

vaccinazione per il trattamento post-esposizione va iniziato entro il 14° giorno dal contatto potenzialmente infettante. Per i soggetti non vaccinati in precedenza, di cui non si conosca la risposta anticorpale al ciclo di immunizzazione primaria, è indicata la somministrazione di immunoglobuline specifiche insieme ad una dose di vaccino e l'esecuzione di un test per la ricerca degli anticorpi anti-HBs a distanza di almeno 1 mese.

Nella circolare n. 19 del 30 novembre 2000 del Ministero della Sanità, avente per oggetto "Protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale B" (D.M. 20 novembre 2000), sempre in riferimento al personale sanitario, viene affrontata la questione della valutazione della risposta anticorpale. In particolare si afferma:

Negli operatori sanitari che abbiano contatti con pazienti o con materiale ematico ed altri fluidi biologici, e che siano esposti continuamente al rischio di lesioni con aghi o strumenti taglienti, è opportuna l'esecuzione di un test, anche solamente qualitativo, per la valutazione della risposta anticorpale a distanza di uno-due mesi dall'ultima dose del ciclo vaccinale di base ...anche a fini medico legali e di valutazione dell'idoneità lavorativa specifica, è opportuna la sua esecuzione nelle persone, vaccinate nel passato, al momento dell'inizio dell'attività come operatore sanitario. Qualunque sia il tempo trascorso dal completamento del ciclo primario di vaccinazione, in caso di positività del test per la ricerca degli anticorpi anti-HBs, non sono necessarie dosi di richiamo della vaccinazione contro l'epatite virale B né ulteriori controlli dello stato immunitario. In caso di negatività del test per la ricerca degli anti-HBs, negli operatori sanitari, è indicata la somministrazione di una quarta dose di vaccino contro l'epatite virale B, con ulteriore valutazione del titolo anticorpale a distanza di uno-due mesi. In caso di persistenza di negatività del test, non sono indicate ulteriori somministrazioni di vaccino. È consigliabile, in questi casi, procedere alla ricerca della presenza dell'HbsAg. Il soggetto che non ha risposto alla vaccinazione deve essere considerato suscettibile all'infezione da virus dell'epatite B ed essere informato circa la necessità, in caso di esposizione accidentale al virus, di profilassi post-esposizione, basata sulla somministrazione di immunoglobuline specifiche.

Normativa per la protezione dal contagio da HIV

"Le linee guida per il controllo dell'infezione da HIV" sono state pubblicate il 6 settembre 1989 dalla Commissione Nazionale AIDS del Ministero della sanità; le "Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private", sono state emanate con il

D.M. del 28 settembre 1990. Le linee guida e le indicazioni dei decreti sono confluite nelle note "Precauzioni universali" già elaborate dal Center for Disease Control (CDC) di Atlanta. Tali precauzioni universali, indirizzate a tutti gli operatori sanitari devono essere applicate di routine quando si eseguono procedure che prevedano un possibile contatto accidentale con sangue o altro materiale biologico e quando si manipolano presidi, strumenti o attrezzature che possano provocare un contatto accidentale con materiale ematico o biologico. Tutti i liquidi biologici, pertanto, da questo punto di vista, devono essere considerati potenzialmente infetti.

Le precauzioni prevedono:

- il lavaggio delle mani con antisettici se si verifica accidentalmente il contatto con sangue o altri liquidi biologici;
- l'impiego di mezzi di barriera appropriati quali guanti, ma anche mascherine e occhiali protettivi in caso di esecuzione di procedure che possono dar luogo a schizzi, con possibilità di contaminare le mucose della bocca, del naso e degli occhi;
- utilizzo di corrette procedure di disinfezione, sterilizzazione e di smaltimento dei rifiuti.

Normativa sui dispositivi di protezione individuale (DPI)

La normativa riguardante tale materia è regolata da direttive europee recepite nel nostro paese attraverso decreti legislativi, in linea di massima dapprima con il D.Lgs. 626/94 e successivamente con il D.Lgs. 81/08 (Titolo III - Uso delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale - Capo II, artt. 74- 79). Tali norme obbligano il datore di lavoro a fornire la lavoratore attrezzature e dispositivi di protezione adeguati ai rischi ai quali è esposto.

I **guanti** devono essere sempre usati non solo nelle procedure che prevedono un contatto con sangue o altri liquidi biologici, o contatto con mucose o cute con lesioni di continuo ma anche in quelle operazioni, quali la pulizia delle attrezzature e dei presidi, la raccolta di rifiuti e di biancheria sporca. Quelli utilizzati per la protezione dal contagio da agenti biologici sono prevalentemente in lattice, anche se la protezione non è sufficiente in caso di punture e di tagli. Devono essere provvisti di marchio CE ed essere conformi alla norma tecnica europea EN374. I **camici** devono assicurare un'adeguata protezione anche se non esiste una normativa tecnica comunitaria al riguardo. Gli **occhiali**, da usarsi, come detto in precedenza, per particolari

manovre a rischio, devono presentare, oltre alla marcatura CE, anche l'attestato di conformità ai requisiti EN166 "per la protezione da gocce e spruzzi di liquidi").

Normativa per la gestione dei rifiuti sanitari

La gestione dei rifiuti sanitari è disciplinata dal D.P.R. 15 luglio 2003 n. 254 "Regolamento recante disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179".

Secondo tale normativa i rifiuti sanitari vengono classificati in:

1. Rifiuti sanitari non pericolosi
2. Rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani
3. Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo
4. Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo
5. Rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento
6. Rifiuti da esumazioni e da estumulazioni, nonché i rifiuti derivanti da altre attività cimiteriali, esclusi i rifiuti vegetali provenienti da aree cimiteriali
7. Rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, con l'esclusione degli assorbenti igienici

Tenuto conto della tematica di cui stiamo trattando, e cioè del rischio biologico negli ambulatori dell'INAIL ci limitiamo ad indicare le principali procedure per la gestione dei **rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo**.

Per questo tipo di rifiuti, il deposito temporaneo, la movimentazione interna alla struttura sanitaria, il deposito preliminare, la raccolta ed il trasporto (precedente testo: lo stoccaggio, la raccolta ed il trasporto) devono essere effettuati utilizzando apposito imballaggio a perdere anche flessibile recante la scritta "rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo" e il simbolo del rischio biologico. Se si tratta di materiale che può causare tagli o punture è necessario fare ricorso ad un apposito imballaggio rigido a perdere recante la scritta "rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e pungenti". Tali operazioni richiedono un registro di carico e scarico a firma del medico responsabile. Il deposito temporaneo deve essere effettuato in condizioni tali da non determinare alterazioni che possano comportare un rischio per la salute (luogo ampio e asciutto, temperatura bassa, integrità degli involucri etc.) e può avere una durata massima di 5 giorni dalla chiusura del contenitore, prolungabile a 30 per quantitativi non superiori a 200 litri.

Vaccinazione antitubercolare

Si ritiene opportuno focalizzare l'attenzione anche sull'obbligo della vaccinazione antitubercolare secondo i criteri e le modalità delle recenti normative che si riportano integralmente nell'allegato 6. Il D.P.R. 7 novembre 2001, n. 465 "Regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione tubercolare, a norma dell'articolo 93, comma 2, della Legge 23 dicembre 2000, n. 388", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 7 del 9 gennaio 2002, definisce quali soggetti sottoporre a vaccinazione antitubercolare obbligatoria abrogando nel contempo l'obbligo vaccinale per le categorie a rischio definite dalla legge 14 dicembre 1970, n. 1088.

La circolare n. 6, 11 marzo 2002, della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, ribadisce tali indirizzi, fornisce chiarimenti sull'interpretazione di alcuni punti critici, sottolinea come nei soggetti professionalmente esposti la vaccinazione sia indicata come misura di contenimento estremo in situazioni specifiche, evidenziate nel documento di valutazione del rischio di ciascuna struttura sanitaria.

Il predetto Regolamento indica i casi di vaccinazione antitubercolare obbligatoria:

- neonati o bambini di età inferiore a 5 anni, con test tubercolinico negativo;
- conviventi o aventi contatti stretti con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa, qualora persista il rischio di contagio;
- personale sanitario, studenti in medicina, allievi infermieri e chiunque, a qualunque titolo, con test tubercolinico negativo, operi in ambienti sanitari ad alto rischio e non possa in caso di cuticonversione, essere sottoposto a terapia preventiva, perché presenta controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici. Questo ultimo personale deve essere controllato a distanza di tre mesi dall'inoculazione del vaccino.

Il medesimo Regolamento dispone circa le modalità per l'accertamento tubercolinico e il carattere pregiudiziale dell'accertamento stesso. Infine, viene abrogato il Regolamento per l'applicazione dell'art. 10 della legge n. 1088/1970, sulla vaccinazione antitubercolare obbligatoria.

SORVEGLIANZA SANITARIA E GIUDIZIO DI IDONEITÀ

La sorveglianza sanitaria è trattata all'articolo 41 del Decreto Legislativo 81/08 e del recente Decreto Legislativo 106 del 3 agosto 2009. L'art. 41 pre-

vede il contenuto della sorveglianza sanitaria, consistente nelle varie tipologie di visite mediche alle quali il medico competente sottopone i lavoratori e ne delinea i vari riferimenti con particolare riguardo al giudizio di "idoneità alla mansione specifica", tale articolo così recita:

Art. 41.

Sorveglianza sanitaria

1. La sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente:
 - a) nei casi previsti dalla normativa vigente, dalle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva di cui all'articolo 6;
 - b) qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavorativi.
2. La sorveglianza sanitaria comprende:
 - a) visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica;
 - b) visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. La periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal medico competente in funzione della valutazione del rischio. L'organo di vigilanza, con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria differenti rispetto a quelli indicati dal medico competente;
 - c) visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;
 - d) visita medica in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica;
 - e) visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente;
 - e-bis) visita medica preventiva in fase preassuntiva;
 - e-ter) visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.".

2-bis. Le visite mediche preventive possono essere svolte in fase preassuntiva, su scelta del datore di lavoro, dal medico competente o dai dipartimenti di prevenzione delle ASL. La scelta dei dipartimenti non è incompatibile con le disposizioni dell'articolo 39, comma 3, del presente decreto.

3. Le visite mediche di cui al comma 2 non possono essere effettuate:

- a) per accertare stati di gravidanza;
- b) negli altri casi vietati dalla normativa vigente.

4. Le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente. Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b) e d), e-bis) e e-ter)" sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

4-bis. Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza.".

5. Gli esiti della visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'articolo 25, comma 1, lettera c), secondo i requisiti minimi contenuti nell'Allegato 3A e predisposta su formato cartaceo o informatizzato, secondo quanto previsto dall'articolo 53.

6. Il medico competente, sulla base delle risultanze delle visite mediche di cui al comma 2, esprime uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:

- a) idoneità;
- b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- c) inidoneità temporanea;
- d) inidoneità permanente.

6-bis. Nei casi di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 6 il medico competente esprime il proprio giudizio per iscritto dando copia del giudizio medesimo al lavoratore e al datore di lavoro.".

7. Nel caso di espressione del giudizio di inidoneità temporanea vanno precisati i limiti temporali di validità.

9. Avverso i giudizi del medico competente, ivi compresi quelli formulati in fase preassuntiva, è ammesso ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

L'art. 41, afferma che la sorveglianza sanitaria viene effettuata dal medico

competente, nei casi previsti dalla normativa attualmente in vigore; i casi previsti sono specificati nel citato decreto e corrispondono ai diversi tipi di rischi considerati e per i quali deve essere messa in atto la relativa sorveglianza sanitaria; per il rischio biologico l'articolo di riferimento per la sorveglianza sanitaria è l'art. 279 (Prevenzione e controllo). Oltre a ciò la stessa può essere effettuata anche su richiesta del lavoratore, purchè il medico competente la ritenga correlata ai rischi presenti sul luogo di lavoro.

Lo stesso articolo dice in che cosa consiste la sorveglianza sanitaria, prendendo in esame le varie visite mediche ed il loro significato, visite mediche finalizzate ad esprimere un giudizio di idoneità alla mansione specifica. Il recente decreto legislativo 106/09 accanto alle consuete visite mediche già previste dal D.Lgs. 81/08, cioè visita medica preventiva, visita medica in occasione del cambio della mansione e visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro, il legislatore ha inserito la visita medica preventiva in fase preassuntiva e la visita medica precedente alla ripresa del lavoro per assenza per motivi di salute per più di 60 giorni continuativi. Per quanto riguarda le visite mediche preventive svolte in fase preassuntiva, queste, su scelta del datore di lavoro possono essere svolte o dal medico competente o dai dipartimenti di prevenzione delle ASL.

Le visite mediche effettuate nell'ambito della sorveglianza sanitaria non possono essere effettuate per accertare stati di gravidanza e negli altri casi vietati dalla normativa vigente; queste prescrizioni sono rivolte alla tutela della privacy e della dignità della persona.

Le visite mediche eseguite nel corso della sorveglianza sanitaria, con l'esclusione di quella richiesta dal lavoratore e di quella alla cessazione del rapporto di lavoro, sono finalizzate anche alla verifica di assenza di alcool dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti; tali accertamenti, introdotti dal D.Lgs. 81/08, costituiscono una novità di particolare rilievo, tanto che le condizioni e le modalità per il loro accertamento, sono ancora in fase di definizione in Conferenza Stato-Regioni, (in quanto lo stesso D.Lgs. 106/09 ne ha prorogato al 31 dicembre 2009 la promulgazione).

Gli esiti della visita medica effettuata vanno allegati alla cartella sanitaria e di rischio (Allegato 3A del D.Lgs. 81/08) del singolo lavoratore, tale cartella può essere predisposta su formato cartaceo o informatizzato.

I giudizi relativi alla mansione specifica, dopo la visita medica, possono essere di:

- idoneità, in tal caso il lavoratore potrà riprendere la mansione specifica;
- idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni; in questo caso il lavoratore potrà riprendere la mansione specifica, per un

periodo temporaneo (al termine del quale sarà nuovamente sottoposto a visita per idoneità alla mansione) o permanente, cioè per il resto della sua vita lavorativa, per quella mansione, seguendo eventuali prescrizioni o limitazioni (es. uso di occhiali, mascherine, ecc.);

- idoneità temporanea, condizione che impedisce al lavoratore di poter riprendere l'attività lavorativa nella propria mansione specifica, per l'esistenza di un impedimento temporaneo (es. patologia intercorrente o impedimento fisico, ecc.) al termine del quale, previa ulteriore visita di idoneità, potrà decadere ed essere riammesso alla propria mansione;
- idoneità permanente, rappresenta una condizione definitiva che esclude il lavoratore dalla sua specifica mansione, per la presenza di impedimenti non emendabili (es. patologie croniche più o meno gravi, incidenti con esiti fisici o psichici, ecc.), in tal caso il lavoratore, a seconda dello stato di salute, potrà essere adibito ad altra mansione compatibile oppure escluso dall'attività lavorativa.

Il comma 6-bis, introdotto dal decreto legislativo 106/09 prevede che il medico competente, in relazione alle idoneità o inidoneità sopra riportate, esprima il proprio giudizio per iscritto, dandone copia al lavoratore e al datore di lavoro.

Il comma 7 prevede che in caso di inidoneità temporanea debbono essere precisati i limiti temporali di validità, ciò per avere un giusto termine di riferimento, sia per il lavoratore che per il datore di lavoro.

L'ultimo comma dell'articolo 41, il 9, prevede che nei confronti dei giudizi del medico competente ivi compresi quelli formulati in fase preassuntiva (questi ultimi introdotti dal 106/09), possa essere fatto ricorso entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio, all'organo di vigilanza territorialmente competente (ASL); tale organo potrà richiedere eventuali ulteriori accertamenti, utili ad esprimere un giudizio di conferma, di modifica o di revoca del giudizio precedente.

Gli infermieri, come operatori esposti a rischio biologico, sono ovviamente tutelati dal decreto legislativo 81/08, decreto che tra l'altro indica come strumento della sorveglianza sanitaria, laddove ne sia stata dimostrata l'efficacia, anche la vaccinazione del lavoratore.

Prima però di parlare delle "vaccinazioni" segnaliamo, prendendo spunto dalla prassi usata in diverse ASL e codificate in un documento ufficiale della Regione Emilia-Romagna, le indagini di routine che vengono effettuate in caso di sorveglianza sanitaria in infermieri professionali.

Esse sono:

- Visita medica

- Profilo ematochimico
- Mosaico epatite virale
- Titolo anti-BS
- Test Mantoux
- Esami allergologici.

Un'attenzione particolare va dedicata al capitolo "**vaccinazioni**": questa metodica deve/può essere applicata; l'art. 279 comma 2 stabilisce infatti che: *"... 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 problema sorge, quindi, non tanto nel momento in cui la vaccinazione viene effettuata ed accettata ma allorché il lavoratore rifiuti di sottoporsi a vaccinazione "*ritenuta*" efficace, cioè in quei casi in cui rivesta il ruolo di misura speciale di protezione; in questa situazione spetta solo e soltanto al medico competente la necessità di valutare l'idoneità del lavoratore a quella mansione specifica.

Abbiamo volutamente scritto "*ritenuta*" tra virgolette, in quanto non crediamo che ci si debba basare, sic et simpliciter, sulle considerazioni di valutazioni di tipo epidemiologico al fine del giudizio, in quanto esse non dovrebbero avere un significato decisivo per giudicare se una determinata vaccinazione sia presupposto inderogabile alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione; l'epidemiologia, infatti, fornisce indicazioni sulla prevalenza o l'incidenza di una determinata malattia in una popolazione non nel caso "singolo", e rientra nella discrezionalità dell'atto medico (nel caso "atto" di medico competente) valutare concretamente il soggetto visitato ed optare eventualmente per un giudizio di idoneità con limitazioni, assumendosi le responsabilità connesse con tale decisione.

Non è corretta la posizione di dichiarare non idonei tutti coloro che non si sottopongono a vaccinazione, come non è possibile obbligare gli stessi alla vaccinazione in quanto la "vaccinazione" è una procedura invasiva e necessita del consenso informato di chi la riceve che può decidere di non effettuarla, anche se si tratta di casi sporadici.

Non va però dimenticato un altro problema riguardante la vaccinazione che è quello che questa procedura serve non solo agli operatori sanitari ma anche ai "pazienti" che potrebbero essere esposti ad agenti biologici se a contatto con "operatori" non vaccinati, eventualmente portatori di "agenti patogeni"; la sorveglianza sanitaria per il rischio biologico non può determinare, indiret-

tamente una cesura tra la tutela della salute dell'operatore sanitario e quella del paziente da lui assistito; questa valutazione è obbligatoria, da parte del medico competente, al fine del giudizio di idoneità alla mansione specifica in caso di mancata vaccinazione.

L'operatore sanitario, generalmente, viene a contatto nella sua attività lavorativa quotidiana con alcuni agenti patogeni a trasmissione ematica come HBV, HCV, HIV e da un patogeno a trasmissione aerea quale il *Mycobacterium Tuberculosis*; per quelli a trasmissione ematica l'unico, che ha a disposizione un'efficace profilassi vaccinale, è il virus dell'Epatite B, ma anche le altre situazioni meritano di essere opportunamente valutate.

Riteniamo, a questo punto, di doverci riferire obbligatoriamente a quanto riportato nelle linee guida realizzate dalla Commissione Nazionale per il Ministero della Sanità nell'Ottobre del 1994 per *"prevenire la trasmissione del virus dell'immunodeficienza umana e del virus dell'epatite B degli operatori infetti ai pazienti durante le procedure invasive che determinano un rischio di esposizione"*; in tali linee guida, con molta chiarezza, vengono definite quelle che devono essere considerate procedure invasive che determinano rischio di esposizione per il paziente.

*** Definizione di procedura invasiva e di procedura invasiva che determina un rischio di esposizione per il paziente**

1. Vengono definite procedure invasive:
 - a. la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, o la sutura di ferite traumatiche maggiori effettuate in sala operatoria o sala parto, pronto soccorso o ambulatorio sia medico che chirurgico;
 - b. cateterizzazione cardiaca e procedure angiografiche;
 - c. parto naturale o cesareo o altre operazioni ostetriche durante le quali possano verificarsi sanguinamenti ;
 - d. la manipolazione, la sutura o la rimozione di ogni tessuto orale o periorale, inclusi i denti, manovre durante le quali si verifica il sanguinamento o esiste il rischio che il sanguinamento avvenga.
2. Vengono definite procedure invasive che determinano un rischio di esposizione per il paziente quelle in cui vi è una reale possibilità che si verifichi accidentalmente una ferita dell'operatore sanitario e che, in tal caso, il sangue dell'operatore venga a contatto con le cavità corporee del paziente, con i tessuti sottocutanei e/o con le mucose. Le procedure che determinano un rischio di esposizione sono pertanto quelle in cui:
 - a. si effettua il controllo digitale della punta di un ago nelle cavità corporee;
 - b. c'è una presenza simultanea di dita ed aghi o altri taglienti in un campo anatomico scarsamente visibile o molto ristretto.

Viene precisato nelle raccomandazioni generali delle stesse linee guida che *"...tutti gli operatori sanitari, anche in formazione, che eseguono procedure invasive debbono essere sottoposti a vaccinazione contro l'epatite B quanto prima possibile e comunque all'assunzione". Nelle raccomandazioni specifiche sono indicate due condizioni dello stato sierologico dell'operatore sanitario che esegue procedure invasive:*

- *Operatore HbsAg positivo - HbeAg negativo - HBV DNA positivo - in via cautelativa è suggerita una limitazione delle procedure invasive che determinano un rischio di esposizione per il paziente.*
- *Operatore HbsAg positivo - HbeAg positivo: limitazione di tutte le procedure invasive".*

Essendo queste le linee indicate dal Ministero della Sanità, ad esse bisogna fare doverosamente riferimento, e pertanto si ritiene che, per quegli operatori sanitari che non vogliono vaccinarsi contro l'epatite B, debba essere espresso un giudizio di non idoneità alla mansione specifica se addetti alle procedure invasive che determinano rischio per il paziente; è sufficiente, invece, un giudizio di idoneità con prescrizione per gli operatori che eseguono procedure invasive senza rischio di esposizione per il paziente e che sono renitenti alla vaccinazione.

Ulteriori indicazioni riguardano l'operatore sanitario HIV positivo al quale viene vietata l'esecuzione di procedure invasive; per quanto riguarda le procedure non invasive è opportuna la valutazione concreta della singola fattispecie da parte del responsabile della struttura.

Sulle diverse e particolari situazioni si è espressa l'A.C.I.P. "Association des Cadres de l'Industrie Pharmaceutique) che per l'operatore sanitario HIV positivo raccomanda *"... alcune vaccinazioni che rivestono un ruolo determinante nella validazione dell'idoneità del lavoratore stesso..."* e raccoglie *"...alcune condizioni di immunocompromissione o particolare suscettibilità alle infezioni con le relative vaccinazioni raccomandate ..."* Afferma, infatti, tale associazione che *"... una severa immunodepressione può essere il risultato di immunodeficienza congenita, infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), leucemia, linfoma, terapia con agenti alchilanti, antimetaboliti, o abbondante uso di corticosteroidi..."* e per alcune di queste condizioni *"...tutte le persone affette saranno severamente immunocompromesse; per altre, come quelle con infezione da HIV, ci sarà uno spettro di gravità appartenente a una particolare malattia o stadio di trattamento che determinerà il grado di immunosoppressione..."*

Si ritiene quindi che prima di un giudizio di idoneità o non idoneità o idoneità parziale appare utile fare riferimento alla letteratura di merito, letteratura

sempre in via di evoluzione, comunque calata nella realtà operativa ambientale e procedurale. Analogamente anche sulla "validità dell'obbligatorietà" della vaccinazione antitubercolare per gli operatori sanitari non c'è, a livello internazionale, univocità di vedute anche se la problematica risulta più chiara rispetto agli agenti infettivi sopra esaminati. Le posizioni divergenti sono, forse, anche legate a studi condotti su popolazioni diverse da parte dei vari esperti dell'argomento; ciononostante in Italia era vigente sino all'inizio dello scorso anno l'obbligo di vaccinare tutti i dipendenti ospedalieri e non solo i praticanti attività sanitaria. Solo con il D.P.R. 7 novembre 2001, n. 465 *"Regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione tubercolare, a norma dell'articolo 93, comma 2, della Legge 23 dicembre 2000 n. 388"*, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 7 del 9 gennaio 2002, sono stati meglio definiti i soggetti da sottoporre a vaccinazione antitubercolare obbligatoria abrogando nel contempo l'obbligo vaccinale per le categorie a rischio definite dalla legge 14 dicembre 1970, n. 1088; prima infatti si faceva riferimento in senso lato ai *"..dipendenti di ospedali, cliniche ed ospedali psichiatrici..."* mentre ora, più correttamente, si fa riferimento a *"..personale sanitario..."* o *"..chiunque, a qualunque titolo, con test tubercolinico negativo, operi in ambiente sanitario"*, togliendo la limitazione derivante dal riferimento ad *"ospedali, cliniche ed ospedali psichiatrici..."*.

Riguardo alla validità di tale atto preventivo, unico dato certo, secondo recentissimi studi, è che il vaccino BCG ha efficacia pari almeno al 50% sia per la tubercolosi "standard" sia per la tubercolosi resistente ai farmaci. Come è noto quest'ultima è di difficile trattamento e i tassi di mortalità possono raggiungere il 50%; è per questo che molti operatori sanitari, che svolgono attività in centri dove il problema della tubercolosi resistente ai farmaci antitubercolari è particolarmente diffuso hanno richiesto vaccinazione.

La diffusione della pratica della vaccinazione fa tuttavia perdere l'informazione circa eventuali pregresse infezioni tubercolari, dal momento che anche in questo caso si avrebbe una risposta positiva al test cutaneo.

È tornata problematicamente alla ribalta l'infezione tubercolare per i soggetti HIV positivi in quanto tale affezione è particolarmente resistente ed è fonte di rischio per tutti gli operatori sanitari che si dedicano a tali soggetti.

Il medico competente, con l'atto medico legale del giudizio di idoneità, si assume quindi una responsabilità sulla salute del singolo lavoratore e, quindi, non può prescindere dal valutare un presidio, seppur di media efficacia, laddove il rischio dell'operatore sia alto (Tubercolosi resistente). Al contrario, ma non meno importante, la decisione su tubercolosi "standard", dove il rischio di malattia attiva nel corso della vita, quando l'infezione si sviluppa, è

pari al 10%; sono sufficienti il rispetto di procedure corrette, l'uso adeguato di dispositivi di protezione individuale e un eventuale tempestivo trattamento preventivo.

In definitiva giova ricordare che, a prescindere da protocolli o percorsi prestabiliti, al fine dell'emissione del giudizio finale, la decisione rimarrà sempre di stretta pertinenza del medico competente che dovrà agire con scienza e coscienza, dettate dal proprio bagaglio culturale ed umano.

ALLEGATI

Allegato 1

Decreto 14 settembre 1994, n. 739 - Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6
Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere

Il ministro della Sanità

Visto l'articolo 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nel testo modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517;

Ritenuto che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al Ministro della Sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;

Ritenuto di individuare con singoli provvedimenti le figure professionali;

Ritenuto di individuare la figura dell'infermiere; **Ritenuto** di prevedere e disciplinare la formazione complementare; **Visto** il parere del Consiglio superiore di sanità, espresso nella seduta del 22 aprile 1994; **Ritenuto** che, in considerazione della priorità attribuita dal piano sanitario nazionale alla tutela della salute degli anziani, sia opportuno prevedere espressamente la figura dell'infermiere geriatrico addetto all'area geriatrica anziché quella dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere, la cui casistica assume minor rilievo; **Udito** il parere del Consiglio di Stato espresso nell'adunanza generale del 4 luglio 1994; **Vista** la nota, in data 13 settembre 1994, con cui lo schema di regolamento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, al presidente del Consiglio dei ministri;

Adotta il seguente regolamento:

Articolo 1

1. È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.
2. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3. L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza Domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

4. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree: a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica; b) pediatria: infermiere pediatrico; c) salute mentale-psi-chiatria: infermiere psichiatrico; d) geriatria: infermiere geriatrico; e) area critica: infermiere di area critica.

6. In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della Sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.

7. Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della Sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

Articolo 2

1. Il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni,

abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo Albo professionale.

Articolo 3

1. Con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'articolo 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

Allegato 2

Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Gazzetta Ufficiale 2 marzo 1999, n. 50
"Disposizioni in materia di professioni sanitarie"

Art. 1. (Definizione delle professioni sanitarie)

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonchè in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".
2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi **profili professionali** e degli **ordinamenti didattici** dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici **codici deontologici**, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Art. 2. (Attività della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie)

1. Alla corresponsione delle indennità di missione e al rimborso delle spese sostenute dai membri della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie designati dai Comitati centrali delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi ai sensi dell'articolo 17, terzo comma, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, provvedono direttamente le Federazioni predette.

Art. 3. (Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 175)

Alla legge 5 febbraio 1992, n. 175, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) all'articolo 1, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono aggiunte le seguenti: " , sugli elenchi generali di categoria e attraverso giornali e periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie";
- b) all'articolo 2, dopo il comma 3, è aggiunto il seguente: "3-bis. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";
- c) all'articolo 3, comma 1, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";
- d) all'articolo 4, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono inserite le seguenti: "e sugli elenchi generali di categoria";
- e) all'articolo 5, comma 4, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";
- f) all'articolo 5, dopo il comma 5, sono aggiunti i seguenti: "5-bis. Le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi telefonici possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria e, viceversa, le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi telefonici. 5-ter. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";
- g) dopo l'articolo 9 è inserito il seguente: "Art. 9-bis - 1. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 nonchè le strutture sanitarie di cui all'articolo 4 possono effettuare la pubblicità nelle forme consentite dalla presente legge e nel limite di spesa del 5 per cento del reddito dichiarato per l'anno precedente".

Art. 4. (Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni)

1. Fermo restando quanto previsto dal decreto-legge 13 settembre 1996, n. 475, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 novembre 1996, n. 573,

per le professioni di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui al citato articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione postbase.

2. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono stabiliti, con riferimento alla iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato e alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale, i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari, di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali. I criteri e le modalità definiti dal decreto di cui al presente comma possono prevedere anche la partecipazione ad appositi corsi di riqualificazione professionale, con lo svolgimento di un esame finale. Le disposizioni previste dal presente comma non comportano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato né degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.
3. Il decreto di cui al comma 2 è emanato, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.
4. In fase di prima applicazione, il decreto di cui al comma 2 stabilisce i requisiti per la valutazione dei titoli di formazione conseguiti presso enti pubblici o privati, italiani o stranieri, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base per i profili professionali di nuova istituzione ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

Allegato 3

LEGGE 10 agosto 2000, n. 251 (GU n. 208 del 6.9.2000)

Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga la seguente legge:

Art. 1.

Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.
2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.
3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:
 - a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
 - b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

Art. 2.

Professioni sanitarie riabilitative

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali.
2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

Art. 3.

Professioni tecnico-sanitarie

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità.
2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area tecnico-sanitaria, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, al diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

Art. 4.

Professioni tecniche della prevenzione

1. Gli operatori delle professioni tecniche della prevenzione svolgono con autonomia tecnico-professionale attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica e veterinaria. Tali attività devono comunque svolgersi nell'ambito della responsabilità derivante dai profili professionali.
2. I Ministeri della sanità e dell'ambiente, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emanano linee guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie e nelle agenzie regionali per l'ambiente della diretta responsabilità e gestione delle attività di competenza delle professioni tecniche della prevenzione.

Art. 5.

Formazione universitaria

1. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, individua con uno o più decreti i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere gli esercenti le professioni di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della presente legge, in possesso di diploma universitario o di titolo equipollente per legge.
2. Le università nelle quali è attivata la scuola diretta a fini speciali per docenti e dirigenti di assistenza infermieristica sono autorizzate alla progressiva disattivazione della suddetta scuola contestualmente alla attivazione dei corsi universitari di cui al comma 1.

Art. 6.

Definizione delle professioni e dei relativi livelli di inquadramento

1. Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisiti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del comitato di medicina del Consiglio universitario nazionale,

include le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4.

2. Il Governo, con atto regolamentare emanato ai sensi dell'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 19 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. Le regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Art. 7.

Disposizioni transitorie

1. Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Fino alla data del compimento dei corsi universitari di cui all'articolo 5 della presente legge l'incarico, di durata triennale rinnovabile, è regolato da contratti a tempo determinato, da stipulare, nel limite numerico indicato dall'articolo 15-septies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dal direttore generale con un appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge, attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati. Gli incarichi di cui al presente articolo comportano l'obbligo per l'azienda di sopprimere un numero pari di posti di dirigente sanitario nella dotazione organica definita ai sensi della normativa vigente. Per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche si applicano le disposizioni del comma 4 del citato articolo 15-septies. Con specifico atto d'indirizzo del Comitato di settore per il comparto sanità sono emanate le direttive all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) per la definizione, nell'ambito del contratto collettivo naziona-

le dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale del Servizio sanitario nazionale, del trattamento economico dei dirigenti nominati ai sensi del presente comma nonché delle modalità di conferimento, revoca e verifica dell'incarico.

2. Le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, nelle regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale.
3. La legge regionale che disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevede la partecipazione al medesimo Collegio dei dirigenti aziendali di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Courmayeur, addì 10 agosto 2000

CIAMPI

Amato, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Visto, *il Guardasigilli*: Fassino

NOTE

Avvertenza:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Nota all'art. 5:

- Il testo dell'art. 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 (Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo), come da ultimo modificato dalla legge 19 ottobre 1999, n. 370, è il seguente:

"95. L'ordinamento degli studi dei corsi universitari, con esclusione del dottorato di ricerca, è disciplinato dagli atenei, con le modalità di cui all'art. 11, commi 1 e 2, della legge 19 novembre 1990, n. 341, in conformità a criteri generali definiti, nel rispetto della normativa comunitaria vigente in materia, sentiti il Consiglio universitario nazionale e le Commissioni parlamentari competenti, con uno o più decreti del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con altri Ministri interessati, limitatamente ai criteri relativi agli ordinamenti per i quali il medesimo concerto è previsto alla data di entrata in vigore della presente legge, ovvero da disposizioni dei commi da 96 a 119 del presente articolo. I decreti di cui al presente comma determinano altresì:

- a) con riferimento ai corsi di cui al presente comma, accorpatisi per aree omogenee, la durata, anche eventualmente comprensiva del percorso formativo già svolto, l'eventuale serialità dei predetti corsi e dei relativi titoli, gli obiettivi formativi qualificanti, tenendo conto degli sbocchi occupazionali e della spendibilità a livello internazionale, nonché la previsione di nuove tipologie di corsi e di titoli universitari, in aggiunta o in sostituzione a quelli determinati dagli articoli 1, 2, 3, comma 1 e 4, comma 1, della legge 19 novembre 1990, n. 341, anche modificando gli ordinamenti e la durata di quelli di cui al decreto legislativo 8 maggio 1998, n. 178, in corrispondenza di attività didattiche di base, specialistiche, di perfezionamento scientifico, di alta formazione permanente e ricorrente;
- b) modalità e strumenti per l'orientamento e per favorire la mobilità degli studenti, nonché la più ampia informazione sugli ordinamenti degli studi, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici e telematici;
- c) modalità di attivazione da parte di università italiane, in collaborazione con atenei stranieri, dei corsi universitari di cui al presente comma, nonché di dottorati di ricerca, anche in deroga alle disposizioni di cui al capo II del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382".

Note all'art. 6:

Il testo dell'art. 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), come sostituito dall'art. 19 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, è il seguente: "Art. 18. - 1. Il Governo, con atto regolamentare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adegua la vigente disciplina concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale alle norme contenute nel presente decreto ed alle norme del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, in quanto applicabili, prevedendo: a) i requisiti specifici, compresi i limiti di età, per l'ammissione; b) i titoli valutabili ed i criteri di loro valutazione; c) le prove di esame; d) la composizione delle commissioni esaminatrici; e) le procedure concorsuali; f) le modalità di nomina dei vincitori; g) le modalità ed i tempi di utilizzazione delle graduatorie degli idonei.". - Il testo dell'art. 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma

dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), come da ultimo modificato dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 80, è il seguente: "Art. 26 (Norme per la dirigenza del Servizio sanitario nazionale). - 1. Alla qualifica di dirigente dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo del Servizio sanitario nazionale si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami, al quale sono ammessi candidati in possesso del relativo diploma di laurea, con cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità prestato in enti del Servizio sanitario nazionale nella posizione funzionale di settimo e ottavo livello, ovvero in qualifiche funzionali di settimo, ottavo e nono livello di altre pubbliche amministrazioni. Relativamente al personale del ruolo tecnico e professionale, l'ammissione è altresì consentita ai candidati in possesso di esperienze lavorative con rapporto di lavoro libero-professionale o di attività coordinata e continuata presso enti o pubbliche amministrazioni, ovvero di attività documentate presso studi professionali privati, società o istituti di ricerca, aventi contenuto analogo a quello previsto per corrispondenti profili del ruolo medesimo. 2. In sede di prima applicazione del presente decreto, il personale dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo già appartenente alle posizioni funzionali di decimo ed undicesimo livello è inquadrato nella qualifica di dirigente di cui all'art. 15 del presente decreto, articolata, fino alla sottoscrizione del primo contratto collettivo dell'area dirigenziale di cui all'art. 46, in due fasce economiche corrispondenti al trattamento economico in godimento, rispettivamente, dei livelli decimo e undicesimo. 2-bis. In sede di prima applicazione del presente decreto, è altresì inquadrato nella qualifica di dirigente di cui al comma 2 anche il personale già ricompreso nella posizione funzionale corrispondente al nono livello dei medesimi ruoli, il quale mantiene il trattamento economico in godimento. 2-ter. Il personale di cui al comma 2-bis, in possesso dell'anzianità di cinque anni nella posizione medesima, può partecipare a concorsi, disciplinati dall'art. 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, per il conseguimento della fascia economica già corrispondente al decimo livello, in relazione alla disponibilità di posti vacanti in tale fascia. 2-quater. Con il regolamento di cui all'art. 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei concorsi di cui al comma 2-ter. 2-quinquies. Nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali di cui agli articoli 19, 22, 30 e 31 del presente capo, determinati in relazione alla struttura organizzativa derivante dalle leggi regionali di cui all'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si deve tenere conto della posizione funzionale posseduta dal relativo personale all'atto dell'inquadramento nella qualifica di dirigente. È assicurata la corrispondenza di funzioni, a parità di struttura organizzativa, dei dirigenti di più elevato livello dei ruoli di cui al comma 1 con i dirigenti di secondo livello del ruolo sanitario. 3. Fino alla ridefinizione delle piante organiche non può essere disposto alcun incremento delle dotazioni organiche per ciascuna delle attuali posizioni funzionali dirigenziali del ruolo sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo [I profili ricompresi nella nona posizione funzionale dei predetti ruoli sono soppressi ed il relativo personale rimane collocato in detta posizione ad esaurimento mantenendo il trattamento economico in godimento]. (Periodo soppresso dall'art. 14, D.Lgs. 23 dicembre 1993, n. 546 -

Gazzetta Ufficiale 29 dicembre 1993, n. 304, S.O.). 4. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, i concorsi per la posizione funzionale corrispondente al nono livello retributivo dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo relativi al personale di cui al comma 1, per i quali non siano iniziate le prove di esame, sono revocati.

Note all'art. 7:

- Il testo dell'art. 15-septies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), introdotto dall'art. 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è il seguente:

"2. Le aziende unità sanitarie e le aziende ospedaliere possono stipulare, oltre a quelli previsti dal comma precedente, contratti a tempo determinato, in numero non superiore al cinque per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria, a esclusione della dirigenza medica, nonché della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, ed esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con le esigenze che determinano il conferimento dell'incarico".

- Il testo del comma 4 dell'art. 15-septies del citato decreto legislativo n. 502 del 1992 è il seguente:

"4. Per il periodo di durata del contratto di cui al comma 1 i dipendenti di pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento dell'anzianità di servizio".

- La legge 26 febbraio 1999, n. 42, reca: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".

- Il testo dell'art. 17 del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, è il seguente:

"Art. 17 (*Collegio di direzione*). - 1. In ogni azienda è costituito il collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del collegio di direzione per la elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.

2. La regione disciplina l'attività e la composizione del collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio".

Allegato 4

Il Codice deontologico dell'infermiere 2009

*Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n. 1/09 del 10 gennaio 2009
e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009*

Capo I

Articolo 1

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Articolo 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 3

La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Articolo 4

L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

Articolo 5

Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

Articolo 6

L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.

Capo II

Articolo 7

L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

Articolo 8

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 9

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere.

Articolo 10

L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

Capo III

Articolo 11

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 12

L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.

Articolo 13

L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Articolo 14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

Articolo 15

L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

Articolo 16

L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Articolo 17

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18

L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

Capo IV

Articolo 19

L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Articolo 20

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

Articolo 21

L'infermiere, rispettandole indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel

piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati.

Articolo 22

L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito.

Articolo 23

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Articolo 25

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

Articolo 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Articolo 28

L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito.

Articolo 29

L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'as-

sistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

Articolo 30

L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.

Articolo 31

L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte assistenziali, diagnostico-terapeutiche e sperimentali, tenuto conto dell'età e del suo grado di maturità.

Articolo 32

L'infermiere si impegna a promuovere la tutela degli assistiti che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

Articolo 33

L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente.

Articolo 34

L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Articolo 36

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 37

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria

volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Articolo 38

L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Articolo 39

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Articolo 40

L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Capo V

Articolo 41

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

Articolo 42

L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

Articolo 43

L'infermiere segnala al proprio Collegio professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.

Articolo 44

L'infermiere tutela il decoro personale ed il proprio nome. Salvaguarda il prestigio della professione ed esercita con onestà l'attività professionale.

Articolo 45

L'infermiere agisce con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

Articolo 46

L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari, nel rispetto delle indicazioni del Collegio professionale.

Capo VI

Articolo 47

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Articolo 48

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

Articolo 49

L'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale.

Articolo 50

L'infermiere, a tutela della salute della persona, segnala al proprio Collegioprofessionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

Articolo 51

L'infermiere segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.

Disposizioni finali

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale.

I Collegi professionali si rendono garanti della qualificazione dei professionisti e della competenza da loro acquisita e sviluppata.

Allegato 5

Legge 11 marzo 1988, n. 67 (G.U. n. 61 del 14 marzo 1988). Oggetto: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. (Legge finanziaria 1988).

Art. 12.

1. L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), in deroga al disposto dell'art. 14, terzo comma, lettera q), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, provvede agli accertamenti, alle certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale sui lavoratori infortunati e tecnopatici.
2. Al fine di garantire agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici la maggiore tempestività delle prestazioni da parte dell'INAIL, le regioni stipulano convenzioni con detto Istituto secondo uno schema-tipo approvato dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, per disciplinare l'erogazione da parte dell'Istituto stesso, congiuntamente agli accertamenti medico-legali, delle prime cure ambulatoriali necessarie in caso di infortunio sul lavoro e di malattia professionale, e per stabilire gli opportuni coordinamenti con le unità sanitarie locali.

Decreto 15 marzo 1991

Approvazione dello schema tipo di convenzione INAIL - regioni per disciplinare l'erogazione delle prime cure ambulatoriali in caso di infortunio sul lavoro e di malattia professionale.

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

di concerto con

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale; Visto l'art. 12 comma 2, della legge 11 marzo 1988, n. 67, che prevede che le regioni e l'Istituto nazionale contro gli infortuni sul lavoro stipulino convenzioni per l'erogazione da parte dell'istituto stesso, congiuntamente agli accertamenti medico-legali, delle prime cure ambulatoriali necessarie

in caso di infortunio sul lavoro e per stabilire agli opportuni coordinamenti con le unità sanitarie locali, in conformità ad uno schema-tipo approvato dal Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale: Decreta è approvato lo schema-tipo di convenzione tra regioni e INAIL, ai sensi dell'art. 12 comma 2, della legge 11 marzo 1988, n. 67, nel testo di cui all'allegato A

Roma 15 marzo 1991

Il Ministro della Sanità
De Lorenzo

p. *Il Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale* Cioia

Allegato 6

Convenzione tra la regione e l'INAIL, ai sensi dell'art.12, comma 2, della legge 11 marzo 1988, n. 67.

La regione

Nella persona del suo legale rappresentante pro-tempore

e
L'INAIL

in persona del presidente quale legale rappresentante pro-tempore

Premesso:

che l'art. 12, secondo comma, della legge 11 marzo 1988, n. 67, prevede la stipula di apposita convenzione da parte delle regioni con l'INAIL per disciplinare l'erogazione delle prime cure ambulatoriali necessarie in caso di infortunio sul lavoro e di malattia professionale e per stabilire gli opportuni coordinamenti con le unità sanitarie locali;
che l'INAIL dispone nella regione delle seguenti strutture sanitarie per l'espletamento dei compiti di cui trattasi
che con decreto interministeriale è stato approvato lo schema-tipo di convenzione.

Convengono quanto segue:

Art. 1

La premessa sopra formulata costituisce parte integrante della presente convenzione tra la regione e l'INAIL

Art. 2

Le prestazioni disciplinate dalla convenzione vengono erogate dall'INAIL in caso di infortunio e malattia professionale attraverso le proprie strutture sanitarie e con oneri a proprio carico.

Art. 3

Le prestazioni sanitarie di cui alla presente convenzione vengono erogate dall'INAIL in applicazione delle indicazioni contenute nella programmazione sanitaria nazionale e regionale sulla base di standards di assistenza in modo da garantire l'uniformità dei livelli di prestazione su tutto il territorio nazionale.

Art. 4

Le prestazioni erogate direttamente dall'INAIL, congiuntamente agli accertamenti medico-legali, sono le seguenti: 1) cure ambulatoriali, ivi compresi gli accertamenti diagnostici e le prestazioni specialistiche eseguibili a livello ambulatoriale; 2) vaccinazione antitetanica e siero profilassi

Art. 5

I sanitari dell'INAIL rilasciano le certificazioni relative alle prestazioni erogate ai sensi del precedente art. 4. Copia delle predette certificazioni è trasmessa dall'INAIL alla USL di competenza. La USL di competenza fornisce le documentazioni cliniche eventualmente richieste dall'INAIL

Art. 6

Per assicurare il coordinamento tra i servizi dell'INAIL e i servizi e presidi delle unità sanitarie locali, con particolare riferimento ai presidi di pronto soccorso e di ricovero e cura nonché ai presidi e servizi multizonali di prevenzione, la regione e l'INAIL hanno convenuto quanto segue

Art. 7

L'erogazione da parte dell'INAIL delle prestazioni disciplinate dalla convenzione decorre dalla data di entrata in vigore della convenzione stessa.

Art. 8

La presente convenzione entra in vigore il; ha durata biennale ed è prorogata per uguale durata se non viene disdetta da una delle parti sei mesi prima della scadenza.

Allegato 7

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 7 novembre 2001, n. 465 Regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare, a norma dell'articolo 93, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388. (*Gazzetta Ufficiale* n. 7 del 9/1/2002)

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 87 della Costituzione;

Visto l'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400; Vista la legge 14 dicembre 1970, n. 1088, concernente il miglioramento delle prestazioni economiche a favore dei cittadini colpiti da tubercolosi, ed in particolare l'articolo 10;

Visto il regolamento per l'applicazione dell'articolo 10 della citata legge n. 1088 del 1970 sulla vaccinazione obbligatoria contro la tubercolosi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1975, n. 447;

Visti gli articoli 112, comma 3, e 115, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, riguardante il conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle regioni ed agli enti locali in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, sul riordino in materia sanitaria;

Visto il decreto del Ministro della sanità in data 7 aprile 1999, recante il nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 87 del 15 aprile 1999; Visto l'articolo 93, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, concernente la ridefinizione di alcune misure di medicina preventiva; Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 2 luglio 2001;

Acquisito il parere espresso dal Consiglio superiore di sanità nella seduta del 18 settembre 2001;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 26 ottobre 2001;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

Emana il seguente regolamento:

Art. 1.

Ambito della vaccinazione antitubercolare obbligatoria

1. La vaccinazione antitubercolare è obbligatoria per:
 - a) neonati e bambini di età inferiore a 5 anni, con test tuberculinico negativo, conviventi o aventi contatti stretti con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa, qualora persista il rischio di contagio;
 - b) personale sanitario, studenti in medicina, allievi infermieri e chiunque, a qualunque titolo, con test tuberculinico negativo, operi in ambienti sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi multifarmacoresistenti oppure che operi in ambienti ad alto rischio e non possa, in caso di cuti-conversione, essere sottoposto a terapia preventiva, perchè presenta controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici. Avvertenza: Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia ai sensi dell'art. 10, commi 2 e 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

- L'art. 87 della Costituzione conferisce, tra l'altro, al Presidente della Repubblica il potere di promulgare le leggi e di emanare i decreti aventi valore di legge ed i regolamenti.

- Si riporta di seguito il testo dell'art. 17, comma 2 della legge 23 agosto 1982, n. 400 "Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri":

"Art. 17 (Regolamenti). -(Omissis). 2. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sentito il Consiglio di Stato, sono emanati i regolamenti per la disciplina delle materie, non coperte da riserva assoluta di legge prevista dalla Costituzione, per le quali le leggi della Repubblica, autorizzando l'esercizio della potestà regolamentare del Governo, determinano le norme generali regolatrici della materia e dispongono l'abrogazione delle norme vigenti, con effetto dall'entrata in vigore delle norme regolamentari." -Il testo dell'art. 10 della legge 14 dicembre 1970, n. 1088 (Miglioramento delle prestazioni economiche a favore dei cittadini colpiti da tubercolosi), è il seguente:

“Art. 10.

È istituita la vaccinazione obbligatoria contro la tubercolosi per:

- a) i soggetti cutinegativi, dal quinto al quindicesimo anno di età, figli di tubercolotici o coabitanti i nuclei familiari di ammalati o ex ammalati di tubercolosi;
- b) i soggetti cutinegativi, figli del personale di assistenza presso gli ospedali sanatoriali;
- c) i soggetti cutinegativi, dal quinto al quindicesimo anno di età, che si trovano in zone depresse ad alta morbosità tubercolare;
- d) i soggetti cutinegativi, addetti ad ospedali, cliniche ed ospedali psichiatrici;
- e) gli studenti di medicina, cutinegativi, all'atto della loro iscrizione alle università;

f) i soldati, cutinegativi, all'atto dell'arruolamento. Il Ministero della sanità provvede all'organizzazione relativa ai servizi per la vaccinazione. All'onere derivante dall'applicazione del presente articolo si provvede con 2 miliardi annui di lire conferiti al Ministero della sanità dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, che preleva la somma dal gettito dei contributi per l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Entro sei mesi dalla data di pubblicazione della presente legge su proposta del Ministro per la sanità, di concerto con i Ministri per il lavoro e la previdenza sociale e per il tesoro, saranno stabilite le modalità per l'esecuzione della vaccinazione contro la tubercolosi.”.

- Il testo degli articoli 112 e 115, comma 1 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59) è il seguente:

“Art. 112 (Oggetto).

- 1. Il presente capo ha come oggetto le funzioni e i compiti amministrativi in tema di “salute umana” e di “sanità veterinaria”.
- 2. Restano esclusi dalla disciplina del presente capo le funzioni e i compiti amministrativi concernenti le competenze sanitarie e medico-legali delle Forze armate, dei Corpi di polizia, del Corpo dei vigili del fuoco, delle Ferrovie dello Stato.
- 3. Resta invariato il riparto di competenze tra Stato e regioni stabilito dalla vigente normativa in materia sanitaria per le funzioni concernenti: a) le sostanze stupefacenti e psicotrope e la tossicodipendenza; b) la procreazione umana naturale e assistita; c) i rifiuti speciali derivanti da attività sanitarie, di cui al decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22; d) la tutela sani-

taria rispetto alle radiazioni ionizzanti, di cui al decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230; e) la dismissione dell'amianto, di cui alla legge 27 marzo 1992, n. 257; f) il sangue umano e i suoi componenti, la produzione di plasmaderivati ed i trapianti; g) la sorveglianza ed il controllo di epidemie ed epizozie di dimensioni nazionali od internazionali; h) la farmacovigilanza e la farmaco-epidemiologia nonchè la rapida allerta sui prodotti irregolari; i) l'impiego confinato e l'emissione deliberata nell'ambiente di microrganismi geneticamente modificati; l) la tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.”.

“Art. 115 (Ripartizione delle competenze).

1. Ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera a) della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono conservati allo Stato i seguenti compiti e funzioni amministrative:
 - a) l'adozione, d'intesa con la Conferenza unificata, del piano sanitario nazionale, l'adozione dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionali, nonchè il riparto delle relative risorse alle regioni, previa intesa con la Conferenza Stato-regioni;
 - b) l'adozione di norme, linee-guida e prescrizioni tecniche di natura igienico-sanitaria, relative ad attività, strutture, impianti, laboratori, officine di produzione, apparecchi, modalità di lavorazione, sostanze e prodotti, ivi compresi gli alimenti.”.; (Omissis). Il testo dell'art. 93, comma 2 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 (legge finanziaria 2001) è il seguente:

“Art. 93 (Ridefinizione di alcune misure di medicina preventiva). (Omissis).

2. Con un regolamento da emanare entro il 30 giugno 2001 ai sensi dell'art. 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono individuate, in relazione alle mutate condizioni sanitarie del Paese, le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione contro la tubercolosi nonchè le modalità di esecuzione delle rivaccinazioni della vaccinazione antitetanica.”.

Art. 2.

Modalità per l'accertamento tuberculinico

L'accertamento tuberculinico viene effettuato mediante intradermoreazione secondo Mantoux, con 5 UI di PPD-S oppure 1-2 UI di PPD-RT23.

La lettura della risposta va eseguita a distanza di 48-72 ore, considerando positiva la reazione caratterizzata da indurimento dermico di diametro superiore a 5 mm.

Art. 3.

Carattere pregiudiziale dell'accertamento tubercolinico

1. L'esecuzione della vaccinazione antitubercolare è subordinata alla verifica della risposta negativa all'intradermoreazione secondo Mantoux, effettuata da non oltre trenta giorni.

Art. 4.

Controlli periodici dopo la vaccinazione

1. I risultati delle vaccinazioni nei soggetti professionalmente esposti, di cui alla lettera b) dell'articolo 1, devono essere controllati a distanza di tre mesi dall'inoculazione del vaccino mediante nuovo accertamento tubercolinico. Non deve essere effettuata la rivaccinazione dei soggetti che risultino cutinegativi, che continueranno ad essere inclusi in programmi di sorveglianza periodica dell'infezione tubercolare.

Art. 5.

Disposizioni abrogative

1. Il regolamento per l'applicazione dell'articolo 10 della legge 14 dicembre 1970, n. 1088, sulla vaccinazione antitubercolare obbligatoria, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1975, n. 447, è abrogato. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 7 novembre 2001

