

## **ARTICOLO DI PUNTOSICURO**

**Anno 17 - numero 3523 di lunedì 13 aprile 2015**

# **Tagli e punture nel settore sanitario: piccoli incidenti ma grandi rischi**

*La valutazione del rischio da ferite da taglio e da punta nel settore ospedaliero e sanitario: gli obblighi cui è tenuto il datore di lavoro e le misure di prevenzione specifiche.*

Brescia, 13 Apr - Pubblichiamo un articolo tratto dallo speciale allegato ad "Articolo 19" n. **03/2014**, bollettino di informazione e comunicazione per la rete di RLS delle aziende della Provincia di Bologna realizzato dal SIRS (Servizio Informativo per i Rappresentanti dei lavoratori per la Sicurezza) con la collaborazione di vari soggetti istituzionali provinciali (Provincia di Bologna, AUSL, INAIL, DPL, organizzazioni sindacali, ...).

Pubblicità

<#? QUI-PUBBLICITA-SCORM1-[EL0032\_SAN] ?#>

## **Tagli e punture nel settore sanitario: piccoli incidenti ma grandi rischi**

*a cura di Leopoldo Magelli*

Recentemente è stato introdotto nella normativa italiana sulla sicurezza e salute sul lavoro un nuovo ed importante argomento (GU n.57 del 10-3-2014). Infatti, dopo il titolo X del D.Lgs 81/2008, che si occupa dell'esposizione ad agenti biologici, è stato introdotto un nuovo titolo, il Titolo X-bis, denominato: "Protezione dalle ferite da taglio e da punta nel settore ospedaliero e sanitario".

Ciò è avvenuto col D.lgs n. 19/2014, "Attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM e FSESP, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario. (14G00031)".

La data di entrata in vigore del provvedimento è stata il 25 marzo 2014. C'era motivo di introdurre un nuovo titolo per dettare regole su una problematica che interessa un settore lavorativo importante, che coinvolge decine di migliaia di lavoratori (circa 450.000, di cui più di 100.000 medici e quasi 300.000 infermieri).

È bene, prima di analizzare a grandi linee questo titolo Xbis, ricordare qualche dato nel merito.

Un interessantissimo numero del Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia, del 2010, contiene numerosi articoli sul tema del rischio di malattie infettive nel personale sanitario ed ospedaliero. In particolare vorrei citare un contributo di V. Puro ed altri, dal titolo "Aggiornamenti in tema di epidemiologia delle malattie occupazionali trasmesse per via ematica", che fa riferimento anche ai risultati dello studio SIROH (gruppo di Studio Italiano sul Rischio Occupazionale da HIV). Gli autori scrivono che: "La ferita con ago o altro oggetto tagliente negli operatori sanitari rappresenta un evento purtroppo estremamente frequente nelle strutture sanitarie e le infezioni occupazionali acquisite attraverso tale modalità comprendono una vasta gamma di patogeni tra i quali per frequenza di esposizione quelli maggiormente considerati sono il virus dell'immunodeficienza umana - comunemente nota come AIDS - (HIV) e quelli dell'epatite B (HBV) e C (HCV). L'Organizzazione Mondiale della Sanità stimava che a livello mondiale, nell'anno 2000, la frazione di infezioni in operatori sanitari dovuta a questi tre patogeni ed attribuibile a lesioni da aghi o taglienti contaminati fosse del 39% per HCV, 37% per HBV e 4.4% per HIV [...].

In particolare da un'indagine condotta nel 2002 e ripetuta nel 2004, emerge che circa il 40% di tutti gli infortuni che si verificano nel personale delle strutture ospedaliere è costituito da esposizioni a rischio biologico (per cutanee, ovvero per tagli o punture, e mucocutanee). Il 70-80% di tali infortuni è dovuto a punture o ferite con aghi o altri taglienti utilizzati nel corso di procedure assistenziali. Circa un terzo delle esposizioni a rischio biologico riguardano un paziente portatore di una infezione trasmissibile con il sangue e pertanto rappresentano un evento gravato dal rischio di acquisire un'infezione occupazionale [...].

Dall'analisi dei dati raccolti dal SIROH risulta che il tasso medio di esposizioni percutanee è di 10-13 esposizioni ogni 100 posti-letto occupati per anno. Applicando questo tasso al numero di posti letto di degenza ordinaria effettivamente utilizzati nelle strutture di ricovero pubbliche (circa 200.000; dati ISTAT 2002), in un anno si può calcolare che nel nostro Paese siano segnalate circa 30.000 esposizioni percutanee negli operatori sanitari ospedalieri [...].

Purtroppo, gli incidenti segnalati dagli operatori rappresentano notoriamente solo una parte di quelli effettivamente verificatisi, e quindi questa stima va ulteriormente corretta per tener conto del problema della "mancata notifica" (sottonotifica o "underreporting"). In Italia il tasso di notifica è stimato in circa il 50% e sulla base di questa frequenza di "mancata segnalazione", il numero totale di incidenti percutanei in un anno può essere stimata più realisticamente in circa 100.000 (40.000 costituiti da punture con ago) [...].

Nel SIROH, circa la metà delle esposizioni percutanee si è verificata nei reparti chirurgici, il 35% nei reparti di medicina e il 15% in altri contesti come unità di terapia intensiva e laboratori... il tasso di esposizione percutanea più elevato è stato osservato in infermieri di chirurgia generale (11%) e medicina generale (10,6%); tra le esposizioni percutanee circa il 65% erano ad ago cavo e le rimanenti ad ago o tagliente solido. Tali dati concordano con quelli raccolti da sistemi di sorveglianza analoghi al SIROH in altri paesi europei, Francia, Spagna e Gran Bretagna, nord-americani, Canada e Stati Uniti, Australia e Giappone".

Mi scuso per la lunghezza di questo inciso, ma volevo rendere pienamente conto dell'importanza e della portata del problema, anche se è bene sottolineare che solo un numero molto limitato di questi incidenti sono seguiti dal verificarsi di un'infezione.

Citando sempre da dati del SIROH riportati nell'articolo di cui sopra, nel periodo 1992/2009 su 7.274 esposizioni percutanee studiate, quelle che hanno comportato la sierconversione (spia dell'avvenuta infezione da HIV) sono stati "solo" 30 (pari allo 0,41%).

Vorrei ricordare che in Europa la stima quantitativa di incidenti da aghi e taglienti in ambito sanitario è stimata intorno a 1.200.000 casi all'anno (ma il Centro Europeo Malattie Infettive di Stoccolma fa una stima molto inferiore: circa 650.000 casi).

È interessante notare che si parla sempre di stime, perché i dati reali che vengono registrati sono affetti da notevoli criticità in termini di sottostima (molti eventi non sono oggetto di denuncia o registrazione).

Solo qualche altro dato per ribadire l'entità e l'importanza del fenomeno, precisando che fonti diverse riportano cifre leggermente diverse: intanto va segnalato che secondo altre fonti ogni anno in Italia sono oltre 70mila (meno delle 100.000 citate sopra) le esposizioni occupazionali al rischio biologico negli operatori sanitari che possono condurre a conseguenze importanti (anche perché gli operatori coinvolti che fortunatamente non contraggono l'infezione, e sono, come si è visto, la quasi totalità, vivono comunque mesi di ansia e difficoltà).

Tra gli infortuni a rischio biologico per punture accidentali e tagli, circa i 2/3 sono causate da aghi cavi, 1/3 da aghi pieni e taglienti, e su questo punto c'è piena coincidenza con l'articolo sopra citato. Altre fonti si spingono fino a stimare 130.000 eventi all'anno, ed individuano le singole operazioni ed attività più a rischio: esecuzioni di prelievi di sangue, posizionamento di cateteri venosi, esecuzione di terapia endovenosa, parenterale e sottocutanea, interventi chirurgici. Tra i dispositivi più frequentemente in causa, aghi a farfalla e cateteri vascolari. un recentissimo documento ufficiale del 2012 (Prevenzione dell'esposizione occupazionale al rischio biologico", del gruppo Phase) conferma la stima di circa 100.000 eventi all'anno, il tasso molto limitato di sierconversioni, il rapporto 2:1 tra punture da ago cavo e punture/tagli da aghi pieni e altri taglienti.

Ecco allora ben spiegata la necessità di una puntualizzazione normativa nel merito, orientata fondamentalmente su tre aspetti:

- 1) la prevenzione primaria (evitare che gli infortuni di questo tipo si verifichino);
- 2) la sorveglianza sanitaria e la gestione dei casi di infortunio che si sono verificati;
- 3) il sistema informativo e reportistica di questi eventi, per conoscere sempre meglio il fenomeno e valutare anche la ricaduta positiva delle misure preventive realizzate.

Premesso che le disposizioni del titolo X-bis si applicano a tutti i lavoratori che operano, nei luoghi di lavoro interessati da attività sanitarie (pubbliche e private), alle dipendenze di un datore di lavoro, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, ivi compresi i tirocinanti, gli apprendisti, i lavoratori a tempo determinato, i lavoratori somministrati, gli studenti che seguono corsi di formazione sanitaria (studenti in medicina, allievi infermieri, tirocinanti, specializzandi, borsisti, ecc.) e i sub-fornitori., e che l'art. 286-ter formula alcune definizioni (tra cui è interessante rilevare che aghi e taglienti sono considerati "attrezzature di lavoro"), entra nel cuore del problema con l'art. 286-quater, intitolato: "Misure generali di tutela".

In questo articolo vengono definiti gli obblighi cui è tenuto il datore di lavoro, che di seguito si riportano (evidenziando in corsivo rosso i richiami al coinvolgimento dei RLS):

- formazione e messa a disposizione di risorse adeguate: assicurare che il personale sanitario sia adeguatamente formato e dotato di risorse idonee (ad es. DPI adeguati) per operare in condizioni di sicurezza tali da evitare il rischio di ferite ed infezioni provocate da dispositivi medici taglienti;
- procedure: adottare misure idonee ad eliminare o contenere al massimo il rischio di ferite ed infezioni sul lavoro attraverso l'elaborazione di una politica globale di prevenzione che tenga conto delle tecnologie più avanzate, dell'organizzazione e delle condizioni di lavoro, dei fattori psicosociali legati all'esercizio della professione, ecc.
- partecipazione: creare le condizioni tali da favorire la partecipazione attiva dei lavoratori e dei loro rappresentanti all'elaborazione delle politiche globali di prevenzione;
- cautela: non supporre mai inesistente un rischio, applicando nell'adozione delle misure di prevenzione un ordine di priorità ... al fine di eliminare e prevenire i rischi e creare un ambiente di lavoro sicuro, instaurando un'appropriata collaborazione con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- sensibilizzazione: assicurare adeguate misure di sensibilizzazione attraverso un'azione comune di coinvolgimento dei lavoratori e loro rappresentanti;
- pianificazione: pianificare ed attuare iniziative di prevenzione, sensibilizzazione, informazione e formazione e monitoraggio per valutare il grado di incidenza delle ferite da taglio o da punta nei luoghi di lavoro interessati;
- monitoraggio eventi : promuovere la segnalazione degli infortuni, al fine di evidenziare le cause sistemiche.

Con l'art. 286-quinquies si entra nel merito della valutazione dei rischi, prevedendo ovviamente che la stessa includa la determinazione del livello di rischio espositivo a malattie che possono essere contratte in relazione alle modalità lavorative, in maniera da coprire tutte le situazioni di rischio che comportano ferite e contatto con sangue o altro potenziale veicolo di infezione, nella consapevolezza dell'importanza di un ambiente di lavoro ben organizzato e dotato delle necessarie risorse.

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

Particolarmente importante però è l'art. 286-sexies, che prende in esame le "Misure di prevenzione specifiche". Qui si entra nel campo di indicazioni pratiche e concretamente applicabili, e quindi verificabili e controllabili anche dai RLS.

Vediamole in dettaglio:

- a) definizione e attuazione di procedure di utilizzo e di eliminazione in sicurezza di dispositivi medici taglienti e di rifiuti contaminati con sangue e materiali biologici a rischio, garantendo l'installazione di contenitori debitamente segnalati e tecnicamente sicuri per la manipolazione e lo smaltimento di dispositivi medici taglienti e di materiale da iniezione usa e getta, posti quanto più vicino possibile alle zone in cui sono utilizzati o depositati oggetti taglienti o acuminati; le procedure devono essere periodicamente sottoposte a processo di valutazione per testarne l'efficacia e costituiscono parte integrante dei programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- b) eliminazione dell'uso di oggetti taglienti o acuminati quando tale utilizzo non sia strettamente necessario;
- c) adozione di dispositivi medici dotati di meccanismi di protezione e di sicurezza;
- d) divieto immediato della pratica del reincappucciamento manuale degli aghi in assenza di dispositivi di protezione e sicurezza per le punture;
- e) sorveglianza sanitaria;
- f) effettuazione di formazione in ordine a:
  - 1) uso corretto di dispositivi medici taglienti dotati di meccanismi di protezione e sicurezza;
  - 2) procedure da attuare per la notifica, la risposta ed il monitoraggio post-esposizione;
  - 3) profilassi da attuare in caso di ferite o punture, sulla base della valutazione della capacità di infettare della fonte di rischio.
- g) informazione per mezzo di specifiche attività di sensibilizzazione, anche in collaborazione con le associazioni sindacali di categoria o con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, attraverso la diffusione di materiale promozionale riguardante: programmi di sostegno da porre in essere a seguito di infortuni, differenti rischi associati all'esposizione al sangue ed ai liquidi organici e derivanti dall'utilizzazione di dispositivi medici taglienti o acuminati, norme di precauzione da adottare per lavorare

in condizioni di sicurezza, corrette procedure di uso e smaltimento dei dispositivi medici utilizzati, importanza, in caso di infortunio, della segnalazione da parte del lavoratore di informazioni pertinenti a completare nel dettaglio le modalità di accadimento, importanza dell'immunizzazione, vantaggi e inconvenienti della vaccinazione o della mancata vaccinazione, sia essa preventiva o in caso di esposizione ad agenti biologici per i quali esistono vaccini efficaci; tali vaccini devono essere dispensati gratuitamente a tutti i lavoratori ed agli studenti che prestano assistenza sanitaria ed attività ad essa correlate nel luogo di lavoro;

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

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

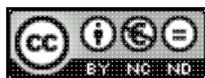
2) assicurare la corretta notifica e il successivo monitoraggio per l'individuazione di adeguate misure di prevenzione, da attuare attraverso la registrazione e l'analisi delle cause, delle modalità e circostanze che hanno comportato il verificarsi di infortuni derivanti da punture o ferite e i successivi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

Dell'art. 286-septies, che reca il dettaglio delle sanzioni per i datori di lavoro inadempienti, non ritengo sia necessario parlare, se non per ricordare appunto che esistono delle puntuali sanzioni nel merito.

Concludendo, una volta tanto, mi pare di poter dire che il testo è chiaro, esauriente e concretamente applicabile.

### **"Articolo 19" n. 03/2014 - Tagli e punture nel settore sanitario: piccoli incidenti ma grandi rischi**

priority="63" semihidden="false" unhidewhenused="false" name="Medium Shading 1 Accent 4"/>



Questo articolo è pubblicato sotto una [Licenza Creative Commons](#).

I contenuti presenti sul sito PuntoSicuro non possono essere utilizzati al fine di addestrare sistemi di intelligenza artificiale.

---

[www.puntosicuro.it](http://www.puntosicuro.it)