

GESTIONE DEGLI INFORTUNI

Corso di Studi in Infermieristica

Sede di Udine

06/04/2018

GUIDA AL TIROCINIO CLINICO

PER GLI STUDENTI DEL PRIMO ANNO

Anno accademico 2017/2018

7. Organizzazione, procedure e protocolli

- Lo studente è tenuto a seguire le norme di sicurezza apprese nell'insegnamento «Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro» e quelle specifiche del contesto in cui è inserito e ad adottare comportamenti ed interazioni coerenti al ruolo che occupa.
- Qualora siano state certificate idoneità con prescrizione, lo studente è tenuto a consegnare, il primo giorno di tirocinio, copia del certificato al Coordinatore Infermieristico di struttura presso cui farà tirocinio e a rispettare i piani di attività previsti dalla prescrizione.
- Qualora sia necessario, lo studente è altresì tenuto a seguire **il protocollo di gestione degli infortuni** ricevuto durante il briefing.

GUIDA PER IL TUTORE DI TIROCINIO

Anno Accademico 2017-2018

3.2.3 La sicurezza nell'apprendimento clinico

Durante il tirocinio lo studente, in ordine all'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, è coperto da Polizza Assicurativa obbligatoria e relative integrazioni; anche per la Responsabilità Civile, secondo normativa vigente.

Al fine di garantire la sicurezza in tirocinio, **il Tutore di Tirocinio è tenuto a comunicare al Tutore Didattico eventuale condizione di Infortunio in Tirocinio** (Art. 5 comma 4 RCDS) e supervisionare lo studente nella procedura stessa, secondo indicazioni della sede didattica.

La procedura infortuni e la modulistica sono visibili al link:

<http://www.uniud.it/it/didattica/info-didattiche/piano-di-studio/attivita-formative-professionalizzanti>

ISTRUZIONE OPERATIVA IN CASO DI INFORTUNIO PER LO STUDENTE

IN CASO DI INCIDENTE A RISCHIO BIOLOGICO

Una delle principali tipologie di accadimento pericoloso, tipico della realtà sanitaria, è **l'incidente a rischio biologico** definito come qualsiasi situazione i cui l'operatore sanitario viene a contatto con:

- sangue;
- liquidi organici, ovvero secrezioni ed escrezioni, indipendentemente dalla presenza di sangue in tracce visibili, escluso il sudore;
- materiali organici tessuti, materiali bioptici o anatomici.

ISTRUZIONE OPERATIVA IN CASO DI INFORTUNIO PER LO STUDENTE (I)

IN CASO DI INCIDENTE A RISCHIO BIOLOGICO

1. ATTUARE I PROVVEDIMENTI IMMEDIATI SUL LUOGO DELL'INCIDENTE

2. COMUNICARE IMMEDIATAMENTE L'ACCADUTO AL TUTOR DI TIROCINIO E AL COORDINATORE (QUANDO IN SERVIZIO O A DELEGATI IN CASO DI ASSENZA)

3. ASSIEME AL TUTOR DI TIROCINIO/COORDINATORE COMPILARE IL RAPPORTO INTERNO DI INCIDENTE A RISCHIO BIOLOGICO (INTERNO A CIASCUNA AZIENDA) E LA NOTIFICA DI INFORTUNIO ALL'AMMINISTRAZIONE

SUL LUOGO DELL'INCIDENTE

Tabella 1 - Provvedimenti immediati in caso di incidente a rischio biologico

In caso di:	Misure di primo soccorso e criteri d'intervento in caso di emergenza
contaminazione con liquidi biologici	<p>Su cute integra:</p> <ul style="list-style-type: none">- lavaggio immediato con acqua e sapone. <p>Su cute non integra:</p> <ul style="list-style-type: none">- lavaggio immediato con acqua e sapone;- disinfezione con antisettici compatibili con cute lesa (ad es. Iodopovidone). <p>In caso di schizzo su occhi o su mucose:</p> <ul style="list-style-type: none">- lavaggio immediato con acqua o soluzione fisiologica.
ferita da punta o da taglio da parte di oggetti acuminati o taglienti contaminati con materiale biologico	<ul style="list-style-type: none">- favorire il sanguinamento;- lavaggio immediato con acqua e sapone;- disinfezione con antisettici compatibili con cute lesa (ad es. Iodopovidone).

ISTRUZIONE OPERATIVA IN CASO DI INFORTUNIO PER LO STUDENTE (II)

4. ACQUISIRE, CON LA COLLABORAZIONE DEL TUTOR DI TIROCINIO/COORDINATORE, INFORMAZIONI E DOCUMENTAZIONE DEL PAZIENTE FONTE RELATIVA ALLA SIEROLOGIA PER HCV, HBV, HIV (HBsAg, anticorpi anti HCV e anti HIV) (RECENTE: ENTRO 6 SETTIMANE)

5. SE DOCUMENTAZIONE SULLA SIEROLOGIA DEL PAZIENTE FONTE NON E' PRESENTE OPPURE IN PRESENZA DI SIEROLOGIA POSITIVA, IN COLLABORAZIONE CON IL TUTOR DI TIROCINIO/COORDINATORE, FAR ESEGUIRE I PRELIEVI EMATICI AL PAZIENTE FONTE (URGENTI: HBSAG, ANTICORPI ANTI HCV E ANTI HIV), PREVIA ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE. RICORDARSI DI FARE CHECK-OUT PRELIEVI.

6. SE IL PAZIENTE FONTE NON E' RICOVERATO (PAZIENTE AMBULATORIALE O ASSISTITO A DOMICILIO): PREDISPORRE LA PROVETTA PER PRELIEVO, ACQUISIRE CONSENSO INFORMATO, EFFETTUARE PRELIEVO, COMPILEMANUALMENTE ETICHETTA PROVVISORIA E COMPILEMODULO DI RICHIESTA DI SIEROLOGIA URGENTE

IN REPARTO

ISTRUZIONE OPERATIVA IN CASO DI INFORTUNIO PER LO STUDENTE (III)

7. RECARSI **IMMEDIATAMENTE** IN PRONTO SOCCORSO (PS) DELLA SEDE DI TIROCINIO, PORTANDO CON SE':

- **copia** dei referti sierologici del paziente fonte,
- se non disponibile copia sierologia, il campione di sangue del paziente fonte
- il consenso informato del paziente fonte per l'esecuzione HIV

8. PRESSO IL PS LO STUDENTE RICEVE LE PRIME CURE E:

- compila/consegna il proprio consenso informato per l'esecuzione dell'HIV urgente
- effettua il prelievo a tempo 0 (T0) (in assenza della sierologia del paziente fonte, se sierologia non recente (>6 settimane) o in caso di sierologia positiva del paziente fonte (PS periferici chiama Direzione Medica di Presidio per organizzare trasporto provette)
- negli altri casi per l'effettuazione del prelievo al T0 si rivolge all'ambulatorio del medico competente (padiglione 2- 1 piano, ospedale di Udine)
- riceve il verbale di PS, il certificato INAIL di Infortunio (Certificato Medico di Infortunio CMI), eventuale terapia/profilassi

IN PS DELLA SEDE DI TIROCINIO

ISTRUZIONE OPERATIVA IN CASO DI INFORTUNIO PER LO STUDENTE (IV)

9. SUCCESSIVAMENTE RECARSI ALL'AMBULATORIO DEL MEDICO COMPETENTE (MC) (Sorveglianza Sanitaria (PRESIDIO OSPEDALIERO «SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA DI UDINE, pad. 2, 1 piano), DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ DALLE 09.00 ALLE 13.00) PER:

- consegnare la COPIA della sierologia del paziente fonte consegnare copia del verbale di PS,
- compilare il modulo follow-up,
- ricevere stampa etichette per effettuare prelievi T0 (presso Punto prelievi o presso SOC di tirocinio) (se non già effettuati in PS) e etichette per follow-up, previa compilazione del consenso informato per HIV.



**AMBULATORIO MEDICO
COMPETENTE**

ISTRUZIONE OPERATIVA IN CASO DI INFORTUNIO PER LO STUDENTE (V)

10. INFINE, CONSEGNARE A MANO (DAL LUNEDÌ AL GIOVEDÌ 8,30-14,30 E VENERDÌ 08,30-11,00) O TRAMITE POSTA INTERNA:

- all'ufficio Protocollo Generale dell'ASUIUD (via Pozzuolo 330, Udine) **copia** del certificato INAIL di infortunio (**Certificato Medico di Infortunio (CMI)**) (no referti sierologie paziente fonte!)

11. FAR PERVENIRE il modulo NIA e il CMI (no referti sierologie paziente fonte!) alla Sorveglianza Sanitaria presso la Ripartizione Personale dell'Università degli Studi di Udine, in via cotonificio 114, 33100, Udine, **FAX: 0432 494010,**

TELEFONO: 0432-558883 (REFERENTE: DOTT.SSA BRESSANI CARLA) oppure inviare via posta elettronica all'indirizzo: gestione.infortunio@uniud.it

UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE/
SORVEGLIANZA SANITARIA UNIVERSITA' DI UDINE

IMPORTANTE:

SE L'INFORTUNIO AVVIENE IN UN GIORNO FESTIVO, SI PROCEDE CON L'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE E IL COLLOQUIO CON L'UFFICIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA IL GIORNO SUCCESSIVO.

LO STUDENTE NON DEVE SPEDIRE I REFERTI DELLA SIEROLOGIA DEL PAZIENTE FONTE ALL'UFFICIO GESTIONE RISORSEUMAN, SOLO IL CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO (CMI).

MODULO DI NOTIFICA DI INFORTUNIO ALL'AMMINISTRAZIONE

(scaricabile dal sito dell'Università di Udine: <https://www.uniud.it/it/didattica/info-didattiche/piano-di-studio/attività-formative-professionalizzanti>)

	Università degli Studi di Udine	MOD. NIA
Notifica di Infortunio all'Amministrazione (ad uso interno)		
Sistema di Prevenzione d'Ateneo		
Data 17.04.14 Ver. 1.0/14 Pag. 1 di 2		
Dati relativi all'infortunato		
Cognome _____	Nome _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _____	Nato a _____	II
Stato nascita _____	Cittadinanza _____	Persone a carico Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Residente in (via, n°, comune, provincia, CAP) _____		
Stato civile <input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Tutelato/a <input type="checkbox"/> Minore		
Posizione nei confronti dell'Università		
<input type="checkbox"/> Lavoratore Struttura appartenenza _____	Tel. _____	
<input type="checkbox"/> Studente corso laurea _____	Matr. _____	Tel. _____
<input type="checkbox"/> Studente diploma univ. _____	Matr. _____	Tel. _____
<input type="checkbox"/> Tirocinio post laurea. _____	Matr. _____	Tel. _____
<input type="checkbox"/> Lavoratore esterno ditta _____	Matr. _____	Tel. _____
Qualifica		
<input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Ricercatore <input type="checkbox"/> Tecnico di laboratorio <input type="checkbox"/> Tecnico informatico <input type="checkbox"/> Amministrativo/a <input type="checkbox"/> Bidello/portiere/custode	<input type="checkbox"/> Bibliotecario/a <input type="checkbox"/> Elettricista <input type="checkbox"/> Falegname <input type="checkbox"/> Operatore agricolo <input type="checkbox"/> Addetto SIGEM <input type="checkbox"/> Tirocinante <input type="checkbox"/> Stagista <input type="checkbox"/> Bassista <input type="checkbox"/> Assegnista di ricerca	<input type="checkbox"/> Dottorando <input type="checkbox"/> Specializzando <input type="checkbox"/> Allevio corsi qualificazione <input type="checkbox"/> Istruttore corsi qualificazione <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Altro.....
Dati relativi all'evento		
Tipo evento: <input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Incidente con mezzo di servizio/di trasporto <input type="checkbox"/> Incidente tragitto casa-lavoro		
Data _____	Ora _____	Ora lavorativa (1^, 2^,...) _____
Giorno evento <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D	Durante il turno di notte Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Luogo evento (Comune, CAP, provincia) _____		
L'infortunato ha abbandonato il lavoro NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si indicare data e ora: _____		
Descrizione dell'infortunio:		
Descrivere in che modo è avvenuto l'infortunio (cause e circostanze che hanno determinato evento anche con riferimento alle misure di sicurezza)		
Dove è avvenuto l'infortunio (es: magazzino, in strada, in officina, laboratorio, in aula, sul tetto, nel campo...) NB: Nel caso l'infortunio sia avvenuto all'interno di locali dell'Ateneo indicare anche il codice del locale con riferimento agli Atlanti degli immobili		
Descrivere che tipo di attività/lavorazione si stava facendo (es. manutenzione, trattamento terreno, attività laboratorio...)		
Era l'attività lavorativa svolta in modo <input type="checkbox"/> abituale <input type="checkbox"/> frequente <input type="checkbox"/> occasionale		
Descrivere l'azione/operazione svolta al momento dell'infortunio (es. sollevare materiale, usare utensile, preparare reazione...)		
Descrivere che cosa è successo di imprevisto e che ha causato l'infortunio (es. rottura contenitore, perdita di equilibrio...)		
Macchine - Attrezzi - Utensili - Strumenti utilizzati al momento dell'infortunio e/o che hanno provocato l'infortunio:		
Sostanze utilizzate al momento dell'infortunio o che hanno provocato l'infortunio:		
Descrizione condizioni ambientali (visibilità, rumorosità...) al momento dell'infortunio:		
Da inviare debitamente compilato a: SERVIZIO TUTELA PREVENZIONISTICA c/o SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE D'ATENEO Via Cotonificio, 114 – 33100 (UDINE) FAX 0432 494010 mail: gestione.infortunio@uniud.it <small>© 2014 Università di Udine • Servizio di Prevenzione e protezione d'Ateneo</small>		

	Università degli Studi di Udine	MOD. NIA			
Notifica di Infortunio all'Amministrazione (ad uso interno)					
Sistema di Prevenzione d'Ateneo					
Data 17.04.14 Ver. 1.0/14 Pag. 2 di 2					
Indicazione delle probabili cause dell'infortunio:					
Quali provvedimenti sono stati adottati e quali suggerite di adottare per evitare che si possa ripetere l'infortunio?:					
Testimoni dell'evento accaduto					
(Nome cognome recapito telefonico)					
Informazioni e dati a finalità statistico-preventiva					
Elementi materiali causa dell'infortunio	<input type="checkbox"/> Macchine o attrezzature in moto <input type="checkbox"/> Utensili - attrezzi utilizzati a mano <input type="checkbox"/> Animali <input type="checkbox"/> Materiali corrosivi, caustici, tossici <input type="checkbox"/> Esplosivo e granate, polveri <input type="checkbox"/> Corrente elettrica <input type="checkbox"/> Forno, materiale recente <input type="checkbox"/> Dispositivi per alzare o maneggiare materiali <input type="checkbox"/> Dispositivi per legare (assicurare) materiali <input type="checkbox"/> Oggetti manipolati manualmente <input type="checkbox"/> Oggetti manipolati sul posto di lavoro <input type="checkbox"/> Oggetti di qualunque dimensione, massimi accidentalmente <input type="checkbox"/> Oggetti od altri materiali immobili fuori posto <input type="checkbox"/> Oggetti che scorrono, scivolano <input type="checkbox"/> Materiali taglienti – acuminati <input type="checkbox"/> Pavimento scivoloso – sconnesso <input type="checkbox"/> Scala <input type="checkbox"/> Altro.....	<i>Indicare il punto della lesione (con ↗)</i>			
Modalità dell'infortunio	<input type="checkbox"/> Infortunio attivo <input type="checkbox"/> A contatto con <input type="checkbox"/> Ha calpestato <input type="checkbox"/> A colpo <input type="checkbox"/> Ha inalato <input type="checkbox"/> Si è rotolato <input type="checkbox"/> Si è tagliato <input type="checkbox"/> Sollevando, spostando <input type="checkbox"/> Urto contro	<input type="checkbox"/> Ha messo un piede in fallo <input type="checkbox"/> Movimento incordato <input type="checkbox"/> Impigliato, agganciato a <input type="checkbox"/> Ha fatto uno sforzo <input type="checkbox"/> Cadeva <input type="checkbox"/> Caduta dall'alto (mt.....) <input type="checkbox"/> Caduta in piano <input type="checkbox"/> Caduta in profondità <input type="checkbox"/> Schiacciato da <input type="checkbox"/> Urtato da <input type="checkbox"/> Sommerso da <input type="checkbox"/> Inciampato	<input type="checkbox"/> Infortunio passivo <input type="checkbox"/> Afferrato da <input type="checkbox"/> Colpito da (anche fiamme) <input type="checkbox"/> Preso da <input type="checkbox"/> Morso da <input type="checkbox"/> Punto da <input type="checkbox"/> Schiacciato da <input type="checkbox"/> Urtato da <input type="checkbox"/> Sommerso da	<input type="checkbox"/> Travolto da <input type="checkbox"/> Rimasto stretto tra <input type="checkbox"/> Coinvolto in <input type="checkbox"/> Esplosione <input type="checkbox"/> Collasso di trasporto <input type="checkbox"/> Alla guida <input type="checkbox"/> A bordo <input type="checkbox"/> Altro	
Tipo di iniezione	<input type="checkbox"/> Corpo estraneo occhi <input type="checkbox"/> Altra tipo di lesione occhi <input type="checkbox"/> Traumi <input type="checkbox"/> Contusione <input type="checkbox"/> Distorsione <input type="checkbox"/> Strappo <input type="checkbox"/> Lussazione	<input type="checkbox"/> Punto + taglio <input type="checkbox"/> Abrasione + escoriazione <input type="checkbox"/> Ferita <input type="checkbox"/> Bruciatura + ustione <input type="checkbox"/> Amputazione <input type="checkbox"/> Frattura <input type="checkbox"/> Altro...	DPI utilizzati al momento dell'infortunio	<input type="checkbox"/> Calzatura protettiva <input type="checkbox"/> Elmetto <input type="checkbox"/> Guanti <input type="checkbox"/> Occhiali protettivi <input type="checkbox"/> Schermi facciali	<input type="checkbox"/> Cintura di sicurezza <input type="checkbox"/> Ghette <input type="checkbox"/> Indumenti (tuta, camice...) <input type="checkbox"/> Altro
In caso di infortunio provocato da circolazione di veicoli a motore e di natanti (L. 24.12.1969, n° 990 e s.m.i.)					
Dati identificativi		Mezzo A	Mezzo B		
Conduttore					
Comune di residenza					
Indirizzo, n° e CAP					
Proprietario mezzo					
Comune di residenza					
Indirizzo, n° e CAP					
Targa automezzo					
Compagnia di assicurazione					
Autorità intervenuta					
Persona che ha redatto il rapporto (se diverse dall'infortunato)					
Nome e Cognome					
Struttura appartenenza		Tel.			
Il sottoscritto dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero.					
data		Firma			
Si conferma che l'evento è avvenuto con le modalità sopra riportate e si trasmette la presente notifica per il seguito di competenza		<input type="checkbox"/> Il Responsabile di Struttura/unità organizzativa <input type="checkbox"/> Il Direttore Sanitario <input type="checkbox"/> Il RADRI/Rutor			
Firma N.B.: I dati personali inseriti verranno trattati nei limiti stabiliti dal Decreto Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ai fini della gestione delle procedure ed adempimenti previsti in caso di infortunio					
Inviare debitamente compilato a:					
SERVIZIO TUTELA PREVENZIONISTICA c/o SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE D'ATENEO					
Via Cotonificio, 114 – 33100 (UDINE) FAX 0432 494010 mail: gestione.infortunio@uniud.it					
© 2014 Università di Udine • Servizio di Prevenzione e protezione d'Ateneo					