

# ALLEGATO 1.1 AL CAPITOLATO TECNICO

## DATI RELATIVI ALL'INFORTUNIO

Luogo di accadimento\*<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_

Persone eventualmente presenti all'accaduto \_\_\_\_\_

Natura della lesione\*<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Sede della lesione (in caso di lesioni plurime vanno precisate le due più importanti) \*<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Agente materiale della lesione\*<sup>5</sup> \_\_\_\_\_

Forma o modalità dell'infortunio\*<sup>6</sup> \_\_\_\_\_

Descrizione dell'infortunio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PER INFORTUNIO CON MATERIALE BIOLOGICO POTENZIALMENTE INFETTO:

#### A) MATERIALE CONTAMINANTE

- |                                                       |                                                |                                           |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangue o prodotti del sangue | <input type="checkbox"/> Urina                 | <input type="checkbox"/> Sperma           |
| <input type="checkbox"/> Latte materno                | <input type="checkbox"/> Saliva/sputo/escreato | <input type="checkbox"/> Succo gastrico   |
| <input type="checkbox"/> Liquido peritoneale          | <input type="checkbox"/> Liquido sinoviale     | <input type="checkbox"/> Liquido pleurico |
| <input type="checkbox"/> Liquido amniotico            | <input type="checkbox"/> Liquido pericardico   | <input type="checkbox"/> Lacrime          |
| <input type="checkbox"/> Secreti/escreti              | <input type="checkbox"/> Aerosol               | <input type="checkbox"/> Altro _____      |

#### B) MEZZO TRAUMATIZZANTE

- |                                  |                                  |                                        |                                      |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ago     | <input type="checkbox"/> Agocavo | <input type="checkbox"/> Ago da sutura | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Forbici | <input type="checkbox"/> Vetro   | <input type="checkbox"/> Bisturi       |                                      |

#### C) TIPO DI ESPOSIZIONE

- |                                               |                                  |                                        |                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parenterale:         | <input type="checkbox"/> puntura | <input type="checkbox"/> taglio        | <input type="checkbox"/> abrasione   |
|                                               | <input type="checkbox"/> graffio | <input type="checkbox"/> morso         | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Contatto con cute:   | <input type="checkbox"/> integra | <input type="checkbox"/> lesa          |                                      |
| <input type="checkbox"/> Contatto con mucosa: | <input type="checkbox"/> nasale  | <input type="checkbox"/> congiuntivale | <input type="checkbox"/> orale       |
| <input type="checkbox"/> Contatto con aerosol |                                  |                                        |                                      |

#### DATI RELATIVI AL PAZIENTE FONTE

|                                  |                               |                                                             |                                                        |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ignoto  | <input type="checkbox"/> Noto | <input type="checkbox"/> Appartenente a categoria a rischio |                                                        |
| <input type="checkbox"/> HBsAG   | <input type="checkbox"/> Pos  | <input type="checkbox"/> Neg                                | Data esame _____ <input type="checkbox"/> Non valutato |
| <input type="checkbox"/> HBeAg   | <input type="checkbox"/> Pos  | <input type="checkbox"/> Neg                                | Data esame _____ <input type="checkbox"/> Non valutato |
| <input type="checkbox"/> AntiHbe | <input type="checkbox"/> Pos  | <input type="checkbox"/> Neg                                | Data esame _____ <input type="checkbox"/> Non valutato |
| <input type="checkbox"/> AntiHCV | <input type="checkbox"/> Pos  | <input type="checkbox"/> Neg                                | Data esame _____ <input type="checkbox"/> Non valutato |
| <input type="checkbox"/> AntiHIV | <input type="checkbox"/> Pos  | <input type="checkbox"/> Neg                                | Data esame _____ <input type="checkbox"/> Non valutato |
| <input type="checkbox"/> Altro   | <input type="checkbox"/> Pos  | <input type="checkbox"/> Neg                                | Data esame _____ <input type="checkbox"/> Non valutato |

Proposta di profilassi con \_\_\_\_\_ ☐ SI ☐ NO

Se "SI" ☐ RIFIUTATA ☐ ACCETTATA

#### \*LEGENDA

##### 1 - AREA DI APPARTENENZA:

|            |                             |                          |                    |
|------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------|
| Medica     | Gruppo Operatorio           | Territoriale             | Amministrativa     |
| Chirurgica | Diagnostica/Laboratoristica | Sociale                  | Tecnico- economico |
| Critica    | Diagnostica per immagini    | Dipartimento Prevenzione | Farmacia           |

##### 2 - LUOGO DI ACCADIMENTO:

|                   |                               |                                                              |
|-------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Area Medica       | Area Diagnostica              | Area Amministrativa                                          |
| Area Chirurgica   | Area Diagnostica per immagini | Area Tecnico- economico                                      |
| Area Critica      | Area Territoriale             | Spazi comuni (spogliatoi, scale, ascensori, parcheggio, ecc) |
| Gruppo Operatorio | Dipartimento Prevenzione      | Sedi esterne all'ULSS/A.O. (strada)                          |

##### 3 - NATURA DELLA LESIONE:

|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| FERITA                                                                             |
| CONTUSIONE                                                                         |
| LUSSAZIONE, DISTORSIONE                                                            |
| FRATTURA                                                                           |
| PERDITA ANATOMICA                                                                  |
| LESIONI DA AGENTI INFETTIVI E PARASSITARI                                          |
| LESIONI DA ALTRI AGENTI: calore, elettricità, radiazioni, sostanze chimiche, ecc.  |
| CORPI ESTRANEI                                                                     |
| LESIONI DA SFORZO: ernie, lesioni vascolari, lacerazioni muscolari e tendine, ecc. |

##### 4 - SEDE DELLA LESIONE:

|                              |                  |
|------------------------------|------------------|
| CRANIO                       | OCCHIO           |
| ENCEFALO                     | ORECCHIO         |
| NASO                         |                  |
| BOCCA                        | CINGOLO TORACICO |
| FACCIA                       | POLMONE          |
| COLLO                        | PARETE TORACICA  |
|                              | BRACCIO          |
| CUORE e organi mediastinici  | GOMITO           |
| FEGATO                       | AVAMBRACCIO      |
| MILZA                        | POLSO            |
| STOMACO e organi intestinali | MANO             |
| ORGANI UROGENITALI           | POLLICE          |
| PARETE ADDOMINALE            | INDICE           |
|                              | MEDIO            |
| COLONNA VERTEBRALE           | ANULARE          |
| CERVICALE                    | MIGNOLO          |
| TORACICA                     |                  |
| LOMBARE                      | CINGOLO PELVICO  |
| SACRO E COCCIGI              | COSCIA           |
|                              | GINOCCHIO        |
| COLONNA VERTEBRALE + MIDOLLO | GAMBA            |
| CERVICALE                    |                  |
| TORACICA                     | CAVIGLIA         |
| LOMBARE                      | PIEDE CAVIGLIA   |
| SACRO E COCCIGI              | ALLUCE           |
| ALTRE DITA                   | ALTRE DITA       |

##### 5 - AGENTE MATERIALE DELLA LESIONE:

|                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Macchine utensili, macchine motrici                                                                                                                                                                              |
| Mezzi di trasporto terrestre su rotaie, mezzi di sollevamento o stoccaggio, mezzi di trasporto acqueo, montacarichi, ascensori, barelle, carrelli                                                                |
| Impianti di distribuzione di liquido, elettricità, gas, vapore, aria compressa                                                                                                                                   |
| Attrezzi, utensili, attrezzature, apparecchiature                                                                                                                                                                |
| Materiali solidi, frammenti, scorie, schegge, detriti; materiali liquidi, plastici; fuoco; gas, vapori, fumi; radiazioni, scariche elettriche                                                                    |
| Superfici di lavoro e di transito, scale e passerelle, strade, rampe, terrazzi, balconi, tetti, pareti, parti costruttive di edifici, arredi, infissi, aperture nel pavimento o nella parete, agenti atmosferici |
| Persone, animali, vegetali                                                                                                                                                                                       |
| Contenitori, bombole, serbatoi per liquidi                                                                                                                                                                       |
| Parti meccaniche/termiche/elettriche/oleodinamiche/pneumatiche                                                                                                                                                   |
| Aghi, ferri chirurgici, provette                                                                                                                                                                                 |
| Casse, pacchi, contenitori, materiale imballato, fusti, scatole, sacchi, flaconi, fiale                                                                                                                          |
| Rifiuti, scarti                                                                                                                                                                                                  |
| Farmaci, antiblastici, disinfettanti e formaldeide                                                                                                                                                               |
| Sangue, urine, feci, espettorato liquidi e materiali biologici                                                                                                                                                   |

## 6. FORMA O MODALITA' DELL'INFORTUNIO:

|                          |                    |                           |                                            |
|--------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------------------------|
| A contatto con           | Afferrato da       | Ha inalato                | Incidente stradale in orario di lavoro     |
| Ha calpestato            | Colpito da         | Esposto a                 | Incidente in itinere                       |
| Si è colpito con         | Investito da       | Caduto da                 | Movimentando manualmente carichi inanimati |
| Ha ingerito              | Morso da           | Caduto in piano           | Sollevando il paziente                     |
| Si è punto con           | Punto da           | Caduto in profondità      | Spostando il paziente                      |
| Ha urtato contro         | Schiacciato da     | Caduto da scale portatili | Rifacendo il letto con il paziente         |
| Piede in fallo           | Urtato da          | Caduto da scale fisse     |                                            |
| Movimento sordoordinato  | Travolto da        | Incidente a bordo di      |                                            |
| Impigliato/aggranciato a | Rimasto incastrato | Incidente alla guida      |                                            |

### DEFINIZIONI

Natura della lesione: viene adottata una apposita classificazione dell'INAIL, che prevede per la natura una divisione in 9 classi.

Agente materiale della lesione: con tale allocazione si intende l'elemento (macchina, attrezzo, persona, agente atmosferico, ecc) che determinando l'infortunio provochi il danno.

Forma o modalità dell'infortunio: è il modo in cui l'infortunio si è verificato e si adotta in proposito una apposita classificazione INAIL. La forma o la modalità dell'infortunio può essere attiva (ha calpestato, si è colpito con, ecc) o passiva (afferrato da, colpito da, investito da, ecc).

### POSSIBILI CAUSE:

|                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> procedure ed istruzioni di lavoro insufficienti;                                                          | <input type="checkbox"/> personale non sufficientemente informato, formato, addestrato; | <input type="checkbox"/> carenza di coordinamento/comunicazione con i lavoratori e/o i fornitori                     |
| <input type="checkbox"/> carenze tecniche o manutentive di impianti, strutture, attrezzature messe a disposizione degli operatori; | <input type="checkbox"/> imprudenza, disattenzione degli operatori;                     | <input type="checkbox"/> carenza nell'attività di vigilanza e controllo da parte di Dirigenti, Preposti, Lavoratori; |
| <input type="checkbox"/> dispositivi di protezione individuale non adeguati o non efficaci;                                        | <input type="checkbox"/> situazioni ambientali a rischio;                               | <input type="checkbox"/> altre cause contingenti:<br>_____<br>_____                                                  |

Osservazioni aggiuntive: .....

### EVENTUALI AZIONI PREVENTIVE e/o CORRETTIVE proposte:

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                      |                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> aggiornare/adequare procedure ed istruzioni di lavoro;                                                    | <input type="checkbox"/> adeguare l'informazione, la formazione e l'addestramento del personale;                                     | <input type="checkbox"/> migliorare la comunicazione interna ed il coordinamento con i fornitori esterni di beni o servizi;       |
| <input type="checkbox"/> prevedere il richiamo formale e/o provvedimento disciplinare degli operatori interessati, ove necessario; | <input type="checkbox"/> aggiornare la valutazione dei rischi;                                                                       | <input type="checkbox"/> migliorare/sostituire/manutentare le attrezzature ed i dispositivi di protezione individuale/collettiva; |
| <input type="checkbox"/> adottare misure tecniche necessarie su ambienti, strutture, macchine e impianti;                          | <input type="checkbox"/> estendere le misure di sicurezza identificate ad altre situazioni di rischio analoghe, presenti in azienda; | <input type="checkbox"/> altre azioni:<br>_____<br>_____                                                                          |

Osservazioni aggiuntive: .....

Tempi attuazione:

Durata

Data chiusura prevista

Responsabile attuazione:

Nome

Cognome

Verifica efficacia azioni correttive:

Nome

Cognome

