

Ufficio del Medico cantonale  
Dipartimento delle opere sociali  
Bellinzona

## **MEDICINA PREVENTIVA OSPEDALIERA**

Controlli medici del personale attivo  
negli istituti di cura e nelle istituzioni  
socio-sanitarie del Cantone Ticino.

Direttive 1 gennaio 2001

M. Lazzaro, I. Cassis

Salute pubblica No 3

Citazione suggerita	Lazzaro M, Cassis I. <i>Visite mediche del personale sanitario</i> . Bellinzona: Ufficio del medico cantonale, 2000. (Salute pubblica, 3).
Autori	Dr <b>Mario Lazzaro</b> , MPH, Medico cantonale aggiunto FMH medicina interna Dr <b>Ignazio Cassis</b> , MPH, Medico cantonale FMH medicina interna, prevenzione e salute pubblica
Indirizzo generale	Ufficio del medico cantonale Via Dogana 16 CH 6501 Bellinzona Telefono +41 (0)91 814 4002 Fax +41 (0)91 814 4446 e-mail <a href="mailto:dos-umc@ti.ch">dos-umc@ti.ch</a> sito internet <a href="http://www.ti.ch/med">http://www.ti.ch/med</a>
Collaborazione	Un ringraziamento a tutte le persone e istituzioni che hanno espresso il loro avviso sul progetto di nuove Direttive.
Nota	Per semplificare la lettura del testo, abbiamo optato per l'impiego della forma maschile, nonostante essa comprenda comunque sempre anche quella femminile.

Questo rapporto è disponibile su Internet:

<http://www.ti.ch/med>

---

# Sommario

1. Introduzione	4
2. Procedura di consultazione	6
3. Risultato della consultazione	7
4. Conclusioni	13
5. Allegati	13

## 1. INTRODUZIONE

Uno dei principi fondamentali affinché sia garantita la sicurezza dei pazienti durante una degenza ospedaliera è l'applicazione sistematica di misure d'igiene ospedaliera, oggi intese nella più ampia accezione di misure di **medicina preventiva ospedaliera**. Si tratta di misure finalizzate a proteggere la salute dei pazienti e – considerato lo stretto rapporto che intercorre giornalmente tra personale curante e pazienti – di misure finalizzate a proteggere anche la salute del personale curante.

Ma una strategia globale di protezione della salute, deve necessariamente includere tutto il personale e non limitarsi al personale curante. La frequenza dei contatti tra personale alberghiero, personale curante e personale amministrativo è infatti generalmente elevata, ciò che suggerisce la facilità di propagazione di malattie trasmissibili tra i vari settori dell'azienda ospedaliera.

Le Direttive in vigore fino ad oggi sono state varate dal Medico cantonale il **23 marzo 1990** (allegato 1) e rispecchiano ineluttabilmente le conoscenze dell'epoca, nel frattempo piuttosto datate. Considerate ormai obsolete, molti istituti e operatori hanno sollecitato negli ultimi 2-3 anni un loro rinnovo. Esse richiedevano per esempio molti esami di laboratorio che, alla luce delle nuove conoscenze, non sono più indicati.

Abbiamo dunque provveduto all'attualizzazione di quelle Direttive, tenendo conto dell'evidenza scientifica, della legislazione vigente e dei numerosi e preziosi suggerimenti che ci sono giunti da molti attori del sistema sanitario. Le nuove Direttive (allegato 2) vogliono essere un **minimo richiesto**, comune alle differenti strutture: beninteso ogni istituto è libero di proporre al suo interno tutte le misure supplementari che riterrà utile e necessario. L'esempio della poliomielite è illustrativo: pur non essendoci più "evidenza" per raccomandare il richiamo generalizzato, un istituto potrebbe - a titolo personale e legittimamente - continuare a proporre la dose di richiamo ai propri operatori sanitari adulti.

Il progetto per l'aggiornamento delle Direttive è stato posto in consultazione il 19 luglio 2000. In data 23 dicembre 2000 la procedura si è conclusa con la redazione del presente rapporto. La procedura di consultazione, durata 6 mesi, ha coinvolto i maggiori attori sanitari del Cantone.

Le nuove Direttive entrano in vigore il **1 gennaio 2001**; esse annullano e sostituiscono le precedenti del 23 marzo 1990. Grazie alla selezione delle prestazioni per le quali vi è evidenza di efficacia, anche l'impatto finanziario di queste nuove disposizioni è diminuito rispetto a quanto finora richiesto. Ciò rappresenta un indubbio sollievo per ospedali, cliniche e istituti per anziani, così come per tutti i servizi di assistenza socio-sanitaria, che devono assumere questi costi.

Queste Direttive si rivolgono - salvo alcune specifiche raccomandazioni - **a tutto il personale**. In un contesto di **medicina preventiva ospedaliera** una distinzione tra personale "a stretto contatto col paziente" e "altro personale", che escluda quest'ultimo

da ogni azione proposta, non è a nostro avviso giustificato. Tutto il personale deve godere delle uguali opportunità d'accesso a misure preventive di provata efficacia. Ciò, beninteso, modulato dal rischio specifico di ogni figura professionale all'interno dell'istituto: la vaccinazione contro **la rosolia** sarà per esempio raccomandata solo a coloro che, se ammalati, possono realmente essere "a rischio" per taluni pazienti (per esempio le donne incinte o le persone immunodepresse), mentre la vaccinazione contro **l'influenza** deve essere appannaggio di tutti gli impiegati a tutela sia della loro salute, sia di quella dei pazienti, come pure dev'essere offerta a ognuno la possibilità di realizzare un **test HIV o HCV** (epatite C), intesa come un'occasione di **prevenzione individuale**.

Va poi considerato che tutto il personale gioca un ruolo nell'introduzione di malattie nell'istituto di cura, indipendentemente dal fatto che sia o meno a stretto contatto con i pazienti, o che sia o meno operatore sanitario. Le misure di medicina preventiva ospedaliera tutelano certamente il personale e, tramite lo stesso, tutelano in definitiva i pazienti.

**Non cambiano invece la modalità di finanziamento** dei controlli medici.

Come finora compete ad ogni Istituto di cura assumere la responsabilità per la sicurezza dei suoi pazienti e del suo personale (Legge sanitaria, LAINF, Legge sul lavoro). Inoltre compete sempre all'istituto – e in modo particolare alla sua direzione sanitaria - vigilare sulla diffusione delle malattie infettive e prendere ogni provvedimento in grado di prevenire o contenere queste malattie (Legge federale sulle epidemie, Legge sanitaria).

E' dunque compito dell'istituzione applicare le Direttive. La valutazione medica d'entrata dev'essere effettuata da un medico scelto dall'Istituto. Egli deve anche garantire la continuità e la conformità delle azioni attuate quale medico del personale. E' beninteso immaginabile che un Istituto confidi questo compito al Direttore sanitario dell'Istituto stesso. Una valutazione medica fatta dal medico di famiglia non rientrerebbe invece in questa politica di medicina preventiva ospedaliera, il cui obiettivo non è di rispondere a problemi di salute individuale del dipendente, bensì di prevenire individualmente malattie il cui impatto sull'Istituto sarebbe dannoso e minaccerebbe la sicurezza dei pazienti. La visita presso il medico di famiglia sarebbe inoltre impropriamente addebitata all'assicuratore malattia. Considerato comunque come le nuove Direttive rappresentano un alleggerimento dell'onere finanziario a carico del datore di lavoro, riteniamo che tutta la problematica sia stata affrontata con la necessaria ponderazione degli interessi.

## 2. PROCEDURA DI CONSULTAZIONE

In data 19 luglio 2000 il documento preparato dal nostro Ufficio è stato messo in consultazione (allegato 3).

Le istituzioni interessate dalla procedura di consultazione sono state le seguenti:

Istituzione	Responsabile
Associazione cliniche private ticinesi (ACPT)	M. Lepori Bonetti
Ente ospedaliero cantonale (EOC)	F. Barazzoni
Ordine dei medici del Cantone Ticino (OMCT)	R. Di Stefano
Collegio dei direttori sanitari degli istituti per anziani	S. Macchi
Arodems	G. Comi
Associazione ticinese case per anziani (ATCA)	S. Gilardi
Sezione del sostegno a enti e attività sociali	C. Denti
Ufficio del sostegno sociale	F. Moser
Responsabile igiene presso Istituto batteriosierologico cantonale	C. Poloni
Direzione Dipartimento opere sociali, giuristi	P. Pelli

Oltre alle istituzioni consultate, alcuni medici hanno spontaneamente offerto le loro preziose osservazioni.

### 3. RISULTATO DELLA CONSULTAZIONE

**Art. 1 Ogni attività professionale o di formazione (di almeno 6 mesi) presso un istituto di cura o istituzione socio-sanitaria (istituto), comporta la verifica dello stato di salute del dipendente e la promozione di misure preventive.**

*ACPT (lic. soc. M. Lepori Bonetti):*

*Il campo di applicazione dovrebbe limitarsi al personale "a stretto contatto con i pazienti" e non dovrebbe essere esteso a tutto il personale.*

In un contesto di medicina preventiva una distinzione tra personale "a stretto contatto col paziente" e "altro personale", che escluda quest'ultimo da ogni azione proposta, non è a nostro avviso giustificato. Tutto il personale deve godere delle uguali opportunità d'accesso a misure preventive di provata efficacia. Ciò, beninteso, modulato dal rischio specifico di ogni figura professionale all'interno dell'istituto: la vaccinazione contro la rosolia sarà raccomandata solo a coloro che, se ammalati, possono realmente essere "a rischio" per taluni pazienti (per esempio donne incinte o persone immunodepresse), mentre la vaccinazione contro l'influenza deve essere appannaggio di tutti gli impiegati a tutela della loro salute, come pure deve essere offerta a ognuno la possibilità di realizzare un test HIV o HCV (epatite C), intesa come un'occasione di prevenzione individuale.

Va poi considerato che tutto il personale gioca un ruolo nell'introduzione di malattie nell'istituto di cura, indipendentemente dal fatto che sia o meno a stretto contatto con i pazienti. Le misure di medicina preventiva ospedaliera tutelano certamente il personale, ma in definitiva i pazienti.

**Art. 2 L'Istituto garantisce al suo interno un servizio di medicina del personale assicurato da un medico.**

*ACPT (lic. soc. M. Lepori Bonetti):*

*Soprattutto per le cliniche a conduzione familiare non si vede la necessità di disporre di un medico della casa che assicuri un servizio di medicina del personale. Le prestazioni dovrebbero essere effettuate dal medico di famiglia.*

**Art. 3 Il dipendente è sottoposto a una valutazione medica d'entrata e, all'occorrenza, a ulteriori controlli e misure preventive nel corso della sua attività professionale.**

*OMCT (dott. R. Di Stefano): si domanda se non sarebbe possibile che la valutazione medica d'entrata venga effettuata dal medico di famiglia del dipendente.*

*Collegio dei direttori sanitari delle case per anziani medicalizzate sussidiate dallo stato (dott. S. Macchi): si ritiene auspicabile che la valutazione medica d'entrata venga fatta dal Direttore sanitario della casa per anziani.*

L'istituto di cura deve assumere in prima persona una chiara responsabilità per la sicurezza dei pazienti (Legge sanitaria), ma anche per quella del personale (LAINF, Legge sul lavoro). Inoltre compete sempre all'istituto vigilare sulla diffusione delle malattie infettive e prendere ogni provvedimento in grado di prevenire o contenere queste malattie (Legge federale sulle epidemie, Legge sanitaria). Di conseguenza compete all'istituto organizzare ed effettuare tutte le azioni necessarie a questi fini. Per quanto riguarda la valutazione medica d'entrata ci sembra dunque importante che essa sia effettuata da parte di un medico scelto dall'Istituto (nell'ambito di un servizio di medicina del personale); beninteso un istituto potrebbe anche decidere che sia il Direttore sanitario ad assumere questo compito.

Una valutazione medica fatta dal medico di famiglia non rientrerebbe invece in questa politica di medicina preventiva ospedaliera. La visita medica presso il medico di famiglia sarebbe inoltre addebitata impropriamente all'assicuratore malattia, in quanto non finalizzata alla cura dell'individuo, bensì alla sicurezza dei pazienti. Non da ultimo sarebbe impresa complessa ottenere da parte di tutti medici di famiglia la necessaria unità di dottrina: necessaria sia per rispondere correttamente al rischio specifico, sia per garantire l'efficienza dell'azione e contenerne i costi.



**Art. 4 La valutazione medica d'entrata è basata, in particolare, sui seguenti elementi:**

<p>Questionario sullo stato di salute compilato dall'impiegato (autocertificazione) (modulo di referenza ottenibile presso l'Ufficio del Medico cantonale)</p>	<p>Presenza di malattie trasmissibili Antecedenti di malattie infettive Presenza di malattie croniche Situazioni di immunodeficienza Allergie Stato delle vaccinazioni Antecedenti radiologici Tossicodipendenze / Alcoolismo Malattie psichiche</p>
<p>Counselling preventivo (secondo il profilo del rischio)</p>	<p>Rischi cardiovascolari (tabagismo, ipertensione, esercizio fisico, alimentazione) Rischi di dipendenza (alcool, altre droghe) Rischi di depressione e suicidio Rischi d'infortuni (casco di protezione, cinture di sicurezza) Rischi di malattie sessualmente trasmissibili (HIV, epatiti, altre) Rischi di esposizione a raggi ultravioletti (melanoma)</p>
<p>Esame clinico</p>	<p>Piccolo status internistico comprendente la misura della pressione arteriosa, peso e altezza (BMI)</p>
<p>Test di Mantoux (Tubercolosi)</p>	<p>Da eseguire secondo le direttive dell'Associazione svizzera contro la tubercolosi e malattie polmonari (ASTP)</p>
<p>Esami di laboratorio</p>	<p>Il dipendente che lo desidera potrà, dopo l'incontro col medico, effettuare un test HIV e/o HCV (epatite C), e richiedere che sia eseguito in maniera anonima.</p>
<p>Esami diagnostici complementari</p>	<p>Ogni ulteriore esame diagnostico complementare (radiografie, esami di laboratorio, ecc.) è indicato solamente: in presenza di anomalie all'esame clinico, in caso di problemi emersi dall'autocertificazione, in funzione del risultato del test di Mantoux (direttive ASTP) in applicazione di disposizioni particolari derivanti da altri ordinamenti giuridici (per esempio radioprotezione)</p>

*EOC (dott. F.Barazzoni):*

*Nel manuale del Servizio d'igiene ospedaliera EOC al capitolo "controlli sanitari da effettuare al personale impiegato negli istituti EOC" si indicano in modo dettagliato gli esami paraclinici indicati per il personale attivo nel settore ospedaliero e che si ritengono tuttora validi.*

Il contenuto della tabella all'articolo 4 è stato in pratica da tutti condiviso. Gli esami paraclinici anche all'interno degli ospedali dell'EOC sono da praticare "*qualora indicati*" (scheda I del Manuale del Servizio igiene ospedaliera EOC) e si "ritrovano" nella categoria Esami paraclinici complementari, lett. a), b), c) e d) della nostra tabella. Ad esempio l'esame ematologico al personale esposto a raggi ionizzanti è insito nella lettera d) della tabella; un'anamnesi positiva al Latex risulterebbe dall'autocertificazione (lettera b) e giustificerebbe dunque ulteriori accertamenti diagnostici (dosaggio delle IgE specifiche per il lattice).

**Art. 5 A ogni nuovo impiegato sono raccomandate le seguenti vaccinazioni:**

Epatite B	Raccomandato a tutto il personale medico, infermieristico, di laboratorio, radiologia, fisioterapia, ergoterapia, sterilizzazione, lavanderia e pulizia.	3 dosi del vaccino a 0, 1 e 6 mesi. Controllo del titolo degli anticorpi anti-HBs da 1 a 6 mesi dopo la 3a. dose: se <b>anti-HBs &gt; 100 U/l</b> : richiami non necessari, nessun ulteriore controllo se <b>anti-HBs &lt; 50 U/l</b> : richiamo immediato se <b>100 U/l &gt; anti-HBs &gt; 50 U/l</b> : richiamo entro 12 mesi NB: In persone con risposta insufficiente (< 10 U/l) dopo 3 dosi del vaccino, escludere una epatite B cronica (anti-HBs negativo, HBs Ag positivo, anti-HBc positivo)
Difterite-tetano	A tutto il personale	Richiamo ogni 10 anni
Influenza	A tutto il personale	Ogni anno nel periodo ottobre-novembre
Rosolia	Raccomandato al personale medico, infermieristico e ausiliario, <u>se non già immune</u> , presso i reparti di pediatria, ginecologia/maternità, oncologia e pronto soccorso	Dose unica  NB: La vaccinazione è controindicata in gravidanza

*EOC (dott. F.Barazzoni): Tra le vaccinazioni indicate nell'articolo 5 manca la vaccinazione contro la poliomielite. Le vaccinazioni MMR e varicella sono necessarie per il personale impiegato in reparti specifici (maternità/ginecologia, oncologia, pediatria e pronto soccorso)*

Condividiamo la critica sollevata dal dott. F. Barazzoni sul fatto che mancano delle vaccinazioni, che risultano effettivamente indicate per specifiche categorie professionali (per esempio: personale curante nei reparti di oncologia e maternità per quanto riguarda rosolia-morbillo-orecchioni e varicella).

Per quanto concerne la poliomielite invece la situazione attuale non è chiarissima. L'Ufficio federale della sanità pubblica sta attualmente valutando (Dr Zimmermann, comunicazione personale) la strategia vaccinale per la poliomielite nell'adulto: è comunque chiaro che il rischio nel nostro paese di entrare teoricamente in contatto con un paziente affetto da poliomielite è estremamente basso. Per tale ragione l'aggiunta di una raccomandazione per una dose di richiamo nell'adulto che lavora in istituti sanitari e socio-sanitari, nell'ambito di misure minime comuni, non ci pare giustificata. Beninteso

un ospedale acuto, per esempio, è libero di raccomandare tale misura al suo personale se lo giudica necessario.

A complemento del paragrafo sulla vaccinazione epatite B verrà invece introdotto il dosaggio degli anticorpi anti-HBs nelle persone già vaccinate, dove non è noto un titolo anticorpale precedente (cioè dove non è noto se sono protette o meno).

**Art. 6 I costi derivanti dalle misure realizzate sulla base delle presenti Direttive sono a carico del datore di lavoro.**

*Dott. F. Tanzi:*

*Chiede se i costi generati dalla vaccinazione contro l'epatite B e dai controlli sierologici non possano godere di una partecipazione da parte delle assicurazioni malattia, per esempio grazie ad un concordato come per la vaccinazione degli adolescenti.*

*ACPT (lic.soc. M. Lepori Bonetti):*

*L'aggiunta di nuovi oneri a carico del datore di lavoro dovrebbe essere accompagnato dal principio che tale costo ha da essere riconosciuto dagli assicuratori malattia.*

Dal profilo formale non è possibile vincolare gli assicuratori malattia tramite disposizioni che emanano essenzialmente dalla Legge sanitaria. Certamente i due suggerimenti appaiono sensati e da parte nostra nulla osta alla conclusione di apposite convenzioni per la copertura vaccinale con la Federazione ticinese assicuratori malattia (FTAM). A questo livello ogni istituto applica le strategie più opportune per la copertura dei costi.

**Art. 7 Le presenti Direttive sono pubblicate sul Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino ed entrano immediatamente in vigore.**

**Art. 8 Esse abrogano le disposizioni del Medico cantonale del 23 marzo 1990 relative ai Controlli sanitari all'inizio dell'attività e dopo l'assunzione del personale attivo negli istituti di cura e nelle istituzioni a carattere socio-sanitario del Cantone Ticino; esse abrogano parimenti le pertinenti disposizioni delle Direttive del Medico cantonale per la lotta contro la tubercolosi nel Cantone Ticino, del luglio 1991.**

**Art. 9 Comunicazione: a tutti i medici col libero esercizio; alle Direzioni degli istituti di cura e delle istituzioni socio-sanitarie; all'Ordine dei medici del Cantone Ticino; all'Ente ospedaliero cantonale; all'Associazione delle cliniche private; al Collegio dei direttori sanitari delle case per anziani; all'ARODEMS; all'Associazione ticinese case per anziani; alla Sezione del sostegno a enti e**

attività sociali; all'Ufficio della formazione socio-professionale; alla Sezione sanitaria; alla Divisione della salute pubblica; alla Divisione dell'azione sociale; alla Direzione del DOS.

*Nessun commento*

## 4. CONCLUSIONI

Grazie ai vostri contributi ci è stato possibile adeguare il progetto delle Direttive alle esigenze attuali. Siamo persuasi che le nuove direttive siano non soltanto più pertinenti dal profilo scientifico, ma anche più equilibrate dal profilo dei costi (globalmente minori rispetto alle direttive attualmente in vigore).

Le nuove direttive entrano in vigore il **1 gennaio 2001** e sono state distribuite il 3 gennaio 2001 a tutti medici con libero esercizio, così come a tutti gli istituti di cura e i servizi socio-sanitari del Cantone.

## 5. ALLEGATI

Allegato 1	Direttive del Medico cantonale del 23 marzo 1990.
Allegato 2	Direttive del Medico cantonale del 23 dicembre 2000.
Allegato 3	Procedura di consultazione del 19 luglio 2000.