

Corso di formazione

TATUAGGIO E PIERCING: ASPETTI DI SICUREZZA

Reggio Emilia, 4 dicembre 2017

SALA GALLONI

Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Dipartimento di Sanità Pubblica

La dimensione del fenomeno linee di tendenza

Percentuale di adulti tatuati negli USA

	2008	2012
	%	%
Maggiorenni	14	21
Distribuzione per sesso		
Maschi	15	19
Femmine	13	23

Circa 80 Mln di tatuati

Dati: The Harris Poll® #22, February 23, 2012
By Samantha Braverman, Sr. Project Researcher, Harris Interactive



Uno sguardo all'Europa

Unione Europea stima:
100 Mln. di tatuati

di cui:

- Svezia 7 % (0,6 Mln.)
- Regno Unito 12 % (7 Mln.)
- Germania 9 % (8 Mln.)

di cui 23 % (giovani di età: 15-29)

Long et al., Clin Inf Dis, 1994, 18, 610-619
Laumann et al, J Am Acad Dermatol, 2006, 55, 413-421.
Survey, Allensbach, 2004

Linee di tendenza

Andamento delle imprese che svolgono
attività di tatuatore / piercer

Incremento del numero di
imprese del settore

	2009	2012	2013
Numero imprese	257	1217	1537

(Fonte_ Unioncamere-Infocamere, Registro delle imprese)

E negli anni successivi:

Risultano iscritte alle Camere di Commercio,
come attività di tatuaggio/piercing

- 2014: 2.055
- 2015: 2.285
- 2026: 3.645
- 2017 (al 22 luglio): 4.166

Fonte: Unioncamere



INDAGINE ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' TATUAGGIO IN ITALIA

7.000.000 di persone risultano tatuate
(12,8% popolazione)

0,5% per finalità mediche

3% per finalità estetiche
(trucco permanente)

Più frequenti nelle **Donne** (13,8% intervistate) che negli **Uomini** (11,7%)

Età più frequente al primo tatuaggio 25 anni

Fascia di età con il maggior numero di tatuati: 35-44 anni (7,7%)

Soddisfatti del tatuaggio 92,2%

ma dichiarano di volerlo rimuovere 17,2%

lo hanno già rimosso 4,3%

Dove è stato effettuato il tatuaggio

76,1% presso centro specializzato di tatuaggio
(ma il 22% non ha firmato un consenso informato)

9,1% presso centro estetico

13,4% fuori dai centri autorizzati (RISCHIO !!!)

3,3%

dichiara di avere avuto complicanze

(dolore, granulomi, ispessimento della pelle, reazioni allergiche, infezioni e pus)

A chi si sono rivolti:

12,1% a un dermatologo o al medico di famiglia

27,4% al proprio tatuatore

51,3% a nessuno

Risultano informati sui rischi il 58,2% degli intervistati (reazioni allergiche 79,2% - epatite 68,8% - Herpes 37,4%)

Solo 41,7% è adeguatamente informato sulle controindicazioni alla pratica del tatuaggio

TATUAGGI e PMU: **Il quadro normativo in Italia**

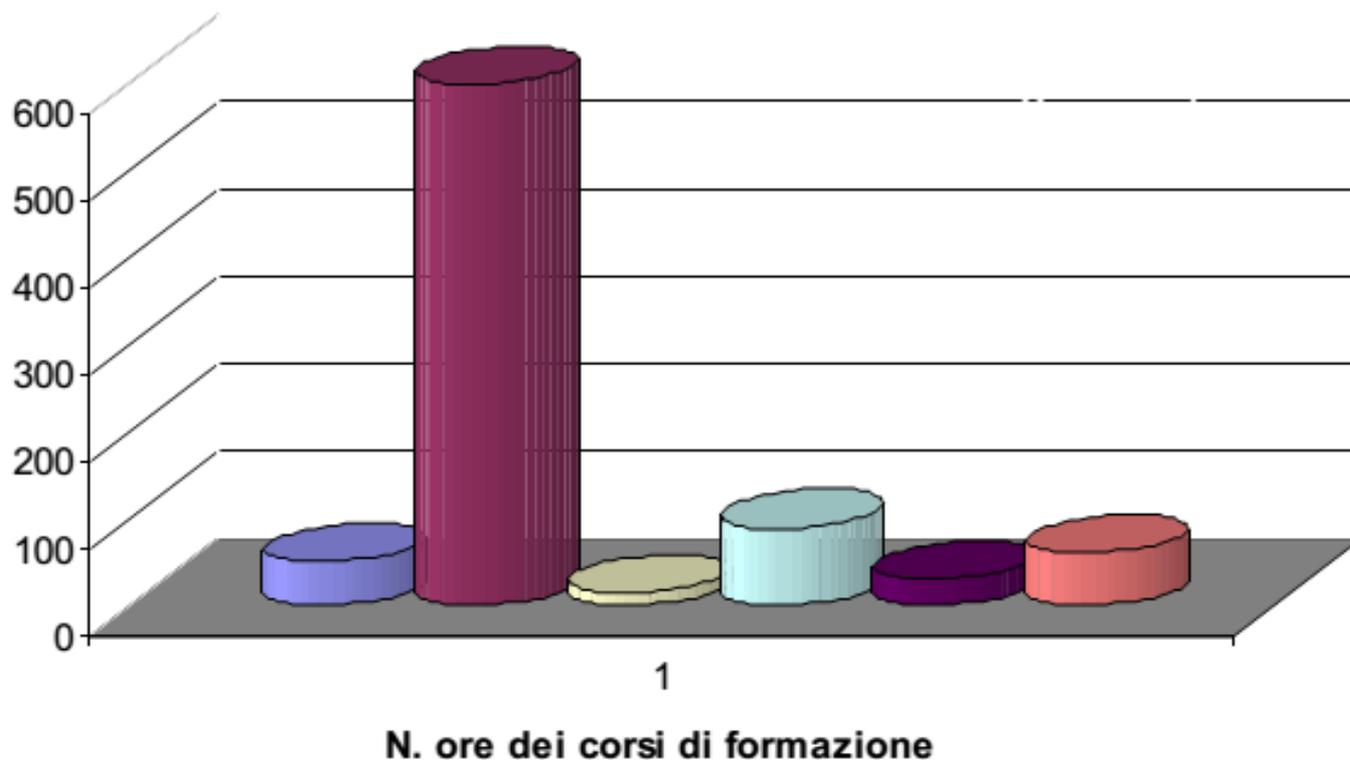
- Circolare del Ministero della Sanità del 05.02.1998 n. 2.9/156;
- Successiva Circolare del 16.07.1998 n. 2.8/633 con i chiarimenti forniti dal Consiglio Superiore della Sanità
- Risoluzione Europea ResAP(2008)1 del 20 febbraio 2008
- Decreto legislativo 6 settembre 2005 n. 206, detto “Codice del Consumo”

SITUAZIONE NORMATIVA REGIONI

REGIONI	ATTO NORMATIVO REGIONALE
Abruzzo	NO
Basilicata	NO
Calabria	Del.G. Reg. N. 228 del 14/05/2012
Campania	Del. G. Reg. N. 157 del 25/02/2010
Emilia-Romagna	Del. G. Reg. N. 465 del 11/04/2007
Friuli-Venezia Giulia	Legge Reg. n. 7 del 12/04/2012
Lazio	Del. G. Reg. N. 465 del 22/09/1998
Liguria	Del. G. Reg. N. 787 del 04/07/2008
Lombardia	Del. G. Reg. N. 6932 del 27/04/2004
Marche	NO
Molise	NO
Piemonte	Del. G. Reg. N. 46 del 29/05/2003

REGIONI	ATTO NORMATIVO REGIONALE
Puglia	Del. G. Reg. N. 1197 del 10/12/2002
Sardegna	Del. G. Reg. N. 22/11 del 22/05/2012
Sicilia	Del. G. Regionale del 31/07/2003
Toscana	Legge Reg. N. 28 del 31/05/2004
Trentino	Del. G. Reg. N. 2131 del 29/08/2003
Alto Adige	Decreto Prov. N. 37 del 13/06/2007
Umbria	Del. G. Reg. N. 648 del 12/05/1999
Valle d'Aosta	NO
Veneto	Del. G. Regionale N. 693 del 23/03/2001 N. 1245 del 17/05/2001 N. 2011 del 27/07/2001 N. 1062 del 06/05/2002 N. 2401 del 14/10/2010

LA FORMAZIONE



La qualificazione del tatuatore è molto eterogenea a livello regionale. I corsi variano dalle 14 - 30 ore a 600. Garantiscono tutti stessa affidabilità e prestazioni? Problemi di equiparazione tra regioni e tra paesi della UE.

CENNI DI EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE DELLE PRINCIPALI INFEZIONI A TRASMISSIONE PARENTERALE (HBV, HCV, HIV)



Dott.ssa Giovanna Mattei
Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Sanità Pubblica

CARATTERISTICHE DI PERICOLOSITÀ DEGLI AGENTI PATOGENI

- **infettività**: capacità di un microrganismo di sopravvivere alle difese dell'ospite e di replicare in esso
- **patogenicità**: capacità di produrre malattia a seguito di infezione
- **trasmissibilità**: capacità di un microrganismo di essere trasmesso da un soggetto portatore ad un soggetto non infetto
- **neutralizzabilità**: disponibilità di efficaci misure profilattiche per prevenire la malattia o terapeutiche per la sua cura

**In microbiologia la pericolosità di un
microrganismo viene spesso
classificata in base alla “virulenza”**

“virulenza”

**“insieme delle caratteristiche di
infettività e di patogenicità”**

RESISTENZA AL CALORE

HBV: 100°C PER 15 MINUTI

HCV: 100°C PER 2 MINUTI

HIV: 56°C PER 30 MINUTI

SOPRAVVIVENZA VIRUS EMATICI **SULLE SUPERFICI**

HBV: 7 GIORNI HIV: POCHE ORE

HCV: almeno 16 ore ma non più di 4 gg

Fonte: ISS

Modalita' di trasmissione dell' HBV e HCV

How hepatitis is spread

INFECTION SOURCE	TRANSMISSION PROBABILITIES		
	Definitely	Rarely	Suspected
Between family members	B		C
Job exposure to blood	B C		
Needle-stick injuries	B C		
IV drug use (shared needles)	B C		
Transfusions	B C		
Hemodialysis	B C		
Orally		B C	
Sexually	B	C	
Anal/oral sex	B		C
Mother to child at birth	B		C
Body piercing	B C		
Acupuncture/tattooing	B C		
Recreational cocaine	B C		

sangue infetto →
alto rischio nei paesi in via di sviluppo →

trasmissione sessuale →

trattamenti cosmetici →



MODALITA' DI TRASMISSIONE (1)

TRASMISSIONE MATERNO- FETALE

TRASMISSIONE PER VIA SESSUALE

(attraverso il liquido seminale e le secrezioni vaginali; è una via non importante per l'Epatite C !!)

MODALITA' DI TRASMISSIONE (2)

TRASMISSIONE PER VIA PARENTERALE (SANGUE)

- VIA PARENTERALE “TRADIZIONALE”

(trasfusione, utilizzo di strumenti chirurgici ed odontoiatrici, pratiche di laboratorio, uso di aghi contaminati per iniezioni, agopuntura, tatuaggi, piercing, pratiche estetiche, ecc)

- VIA PARENTERALE “INAPPARENTE”

è quella che si realizza attraverso microlesioni della cute e delle mucose, provocate da rasoi, spazzolini da denti, forbicine per unghie, limette, ecc. e attraverso lesioni eczematose evidenti della cute

MODALITA' DI TRASMISSIONE (3)

TRASMISSIONE ATTRAVERSO ALTRI LIQUIDI BIOLOGICI, per HIV

- liquido cerebrospinale, sinoviale, pleurico, peritoneale, pericardico ed amniotico ;
- altri liquidi (feci, urine, vomito, secrezioni nasali, sudore, lacrime) se contengono sangue in quantità visibile

LE INFEZIONI DA HIV, HBV, HCV NON SI TRASMETTONO

attraverso :

- Contatti sociali
(ambiente familiare, di lavoro, scuola, locali pubblici: inclusi bar e ristoranti, mezzi di trasporto, servizi igienici, spogliatoi; acqua, alimenti, ecc.)
- Contatti casuali (strette di mano, abbraccio, ecc.)
- Contatti con liquidi biologici non contaminati con sangue
(saliva, lacrime, feci, urine, sudore, ecc.)
- Per via aerea (tosse, starnuti, utilizzo di macchine per aerosol)
- Contatto con animali, punture di zanzare o altri insetti

EPATITI VIRALI

DEFINIZIONE

Con il termine **"EPATITI VIRALI"** si intendono *una serie di forme infettive di origine virale che colpiscono il fegato.*

Numerosi sono i virus in grado di provocare danni a livello epatico, ma alcuni virus hanno un tropismo elettivo per il fegato.

Li suddividiamo in:

Virus epatitici a trasmissione oro-fecale:

oro-fecale:

- **EPATITE A (HAV)**
- **EPATITE E (HEV)**

Virus epatitici a trasmissione parenterale (e sessuale):

parenterale (e sessuale):

- **EPATITE B (HBV)**
- **EPATITE C (HCV)**
- **EPATITE delta (HDV)**

SINTOMI DI EPATITE ACUTA

- 1. PERIODO PRE-ITTERICO** (dura circa 7 giorni):
astenia (stanchezza generale), anoressia
(inappetenza), nausea, dolori addominali (ipocondrio
dx) e febbre.
- 2. PERIODO ITTERICO** (dura 15-30 giorni): urine
color marsala, subittero (giallo nelle sclere),
progressiva colorazione giallastra su tutto il corpo.
- 3. CONVALESCENZA E GUARIGIONE** : la colorazione
giallastra si attenua e scompare.

PERIODO ITTERICO



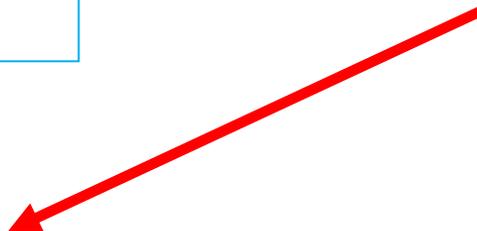
EPATITI E CONSEGUENZE

EPATITE ACUTA:

malattia che guarisce in meno di 6 mesi, ma può evolvere a



EPATITE CRONICA: malattia che dura oltre 6 mesi (anche per sempre)



EP.CR. PERSISTENTE

(EPC): malattia con danno epatico NON progressivo



EP. CR. ATTIVA (ECA):

malattia con danno epatico PROGRESSIVO, a rischio per:

**CIRROSI EPATICA
ED
EPATOCARCINOMA**

EPATITE CRONICA

*LE EPATITI ACUTE POSSONO
CRONICIZZARE.*

Il rischio è:

- *10% per HBV*
- *> 70% per HCV*

Infezioni HBV ed HCV a livello mondiale



350 milioni di infezioni croniche HBV

170 milioni di infezioni croniche HCV

WHO 2010



Epatite B and C in EUROPA

ECDC Technical Report 2010: dati da 34 paesi (27 EU + 7 confinanti)

Hepatitis B prevalence in the general population: HBsAg



HBV

Hepatitis C prevalence in the general population: anti-HCV



HCV

Prevalenza delle infezioni elevata nell'area Mediterranea:

•Paesi del sud e centro EU

•Paesi confinanti:

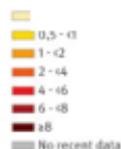
Turchia, Romania, Bulgaria, Grecia



Epatite B and C in EUROPA

ECDC Technical Report 2010: dati da 34 paesi (27 EU + 7 confinanti)

Hepatitis B prevalence in the general population: HBsAg



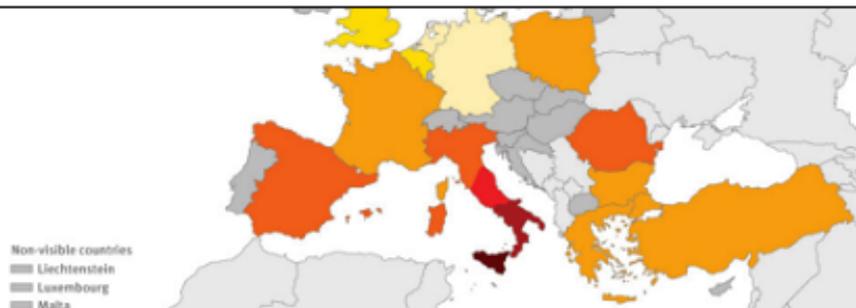
Italia: prevalenza media per HBV

HBV



- **Italia:**
- **PREVALENZA ELEVATA PER HCV** (il paese con la più alta prevalenza in Europa)
- **il più alto numero in Europa di soggetti infettati con HCV**

HCV



EPATITE B

L'agente causale è un virus (**HBV**) che resiste bene agli agenti fisici e chimici (resta attivo per 7 giorni a temperatura ambiente).

HBV penetra per *via parenterale* e dal sangue raggiunge il fegato dove crea l'infezione acuta; solo in *alcuni casi (10%)* un meccanismo di tipo autoimmune innesca il danno epatico di tipo cronico.

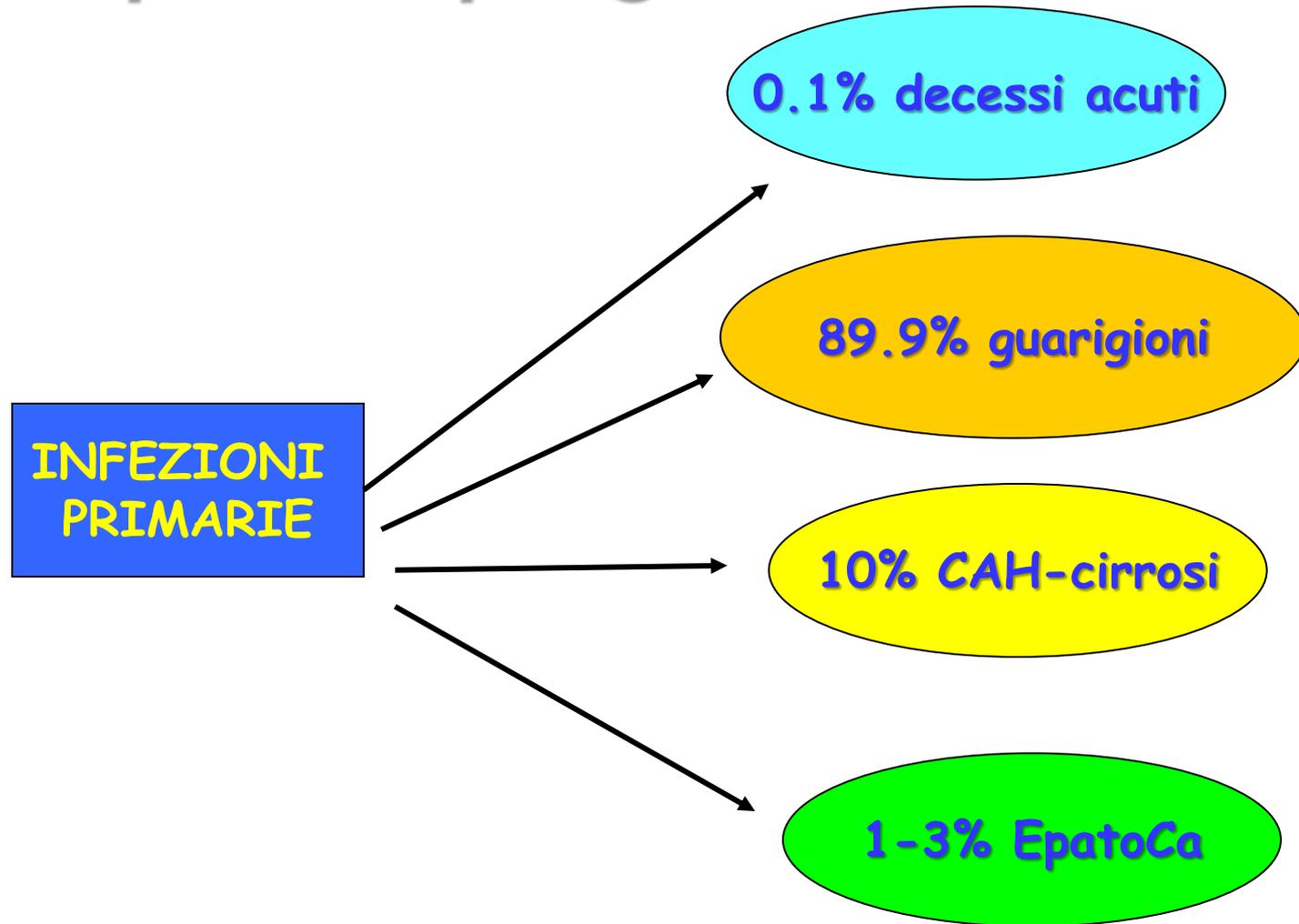
EPIDEMIOLOGIA DELL'EPATITE B

L'infezione è diffusa in tutto il mondo, specie nelle zone tropicali e subtropicali, ***in correlazione con professioni, condizioni o abitudini a rischio (dentisti, chirurghi, politrasfusi, tossicodipendenti, promiscuità sessuale).***

In Italia la malattia rappresenta circa il 40% delle epatiti notificate ed è in diminuzione.

Unica sorgente di infezione è l'uomo, malato o portatore; il virus è dimostrato anche nella saliva, sperma, muco vaginale, urina, lacrime e sudore.

HBV: profilo prognostico



EPATITE DELTA

L'agente causale è un *virus difettivo* denominato HDV, che ha bisogno del virus HBV per replicarsi. *Il virus HDV, tuttavia, è altamente patogeno.*

L'infezione da HDV può essere:

- **Contemporanea a quella da HBV (COINFEZIONE):**
in questo caso HDV scompare assieme ad HBV, tipicamente per un'epatite acuta senza postumi
- **Successiva al contagio HBV (SOVRAINFEZIONE):**
in questo caso si ha un'epatite acuta fulminante oppure una ECA ad evoluzione sfavorevole.

EPATITE C

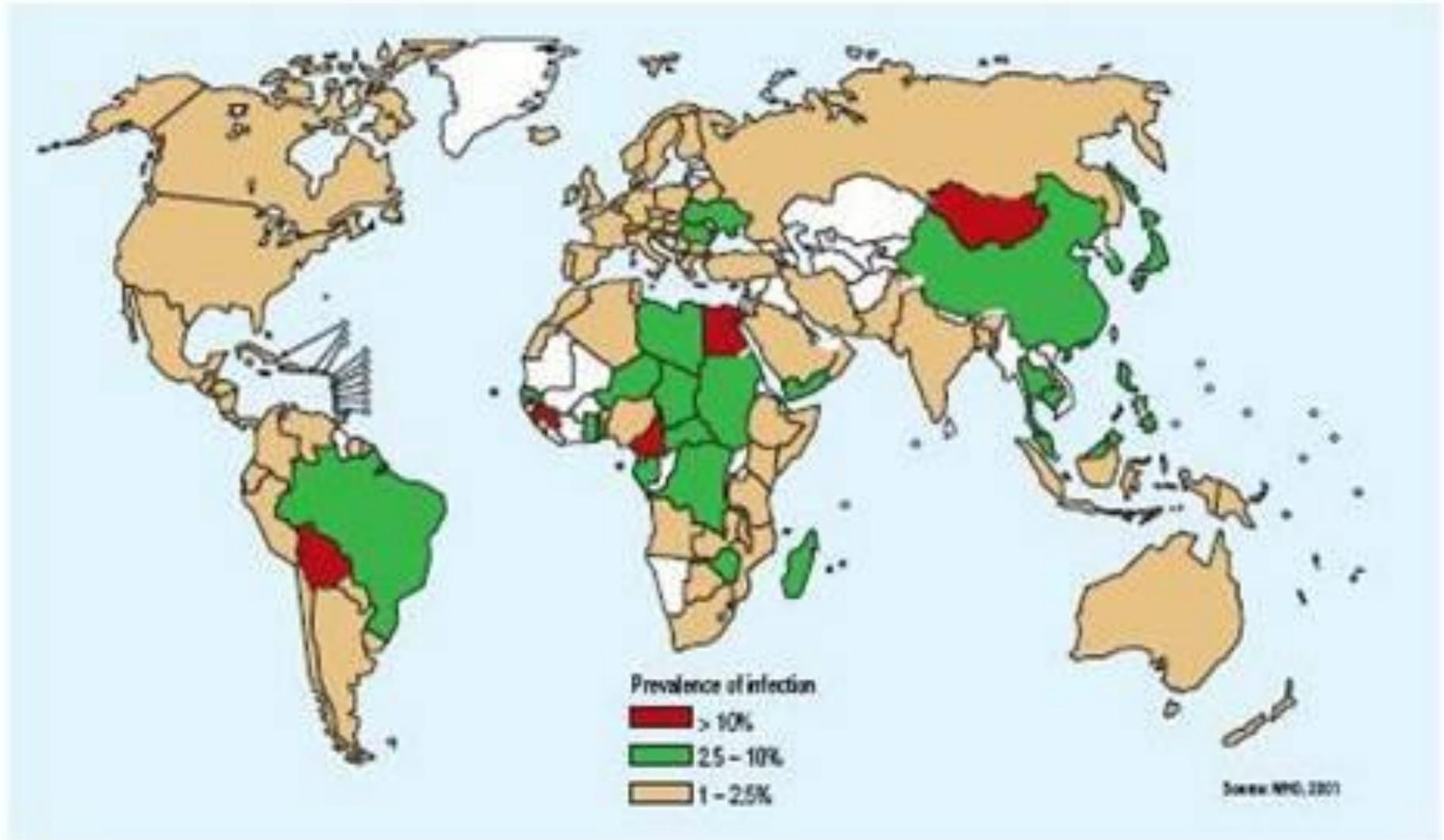
EPIDEMIOLOGIA

La malattia è diffusa in tutto il mondo: il tasso tra la popolazione varia da 0,15% (Scandinavia) a > 44% (Egitto e Camerun).

In Italia la malattia da HCV rappresenta il 15-18% di tutte le epatiti. Sono a rischio:

- 1. I tossicodipendenti per via e.v.*
- 2. I politrasfusi, gli emodializzati*
- 3. Gli operatori sanitari*

Una alta quota di casi mostra modalità di contagio sconosciuta.



Il virus dell'epatite C (HCV) infetta circa 170 milioni di persone nel mondo

HCV in Italia

PREVALENZA MEDIA dell'infezione da HCV: **3%**

(Prevalenze più alte nel Sud e nelle isole 12-26 %)

~1.800.000 persone con infezione cronica

60% individui > 65 anni

(> 65 anni : prevalenze 30-40 %)

Incidenza nuove infezioni acute:

< 0.2 per 100,000 (SEIEVA 2010)

(~ 120 casi anno)

maggior parte delle nuove infezioni acute:

Maschi di età compresa tra 15-24 anni



HCV: INFEZIONE PRIMARIA

L'agente causale è un virus (HCV) è stato scoperto nel 1989, ha un notevole grado di variabilità strutturale e, probabilmente, in questo modo elude la risposta immune dell'ospite.

Sono state identificate sei varianti virali (nominate da 1 a 6), che differiscono tra loro per il genotipo, ossia per il contenuto delle informazioni genetiche, e molti sottotipi (nominati a, b, c, ecc.).

I sei genotipi virali sono diversamente distribuiti nel mondo, con una prevalenza del tipo 1.

Incubazione media: 6-7 settimane, fino a 6 mesi.

La maggioranza dei soggetti contagiati sviluppa un'infezione primaria asintomatica.

Sintomatologia ed alterazioni dei parametri epatici meno intensi rispetto a HBV.

Modalità di Trasmissione

Post-trasfusionale: l'HCV è risultato essere il principale responsabile delle epatiti post-trasfusionali, molto frequenti prima della sua scoperta. Il rischio di contagio trasfusionale attualmente può essere stimato in 1 caso ogni 100.000 unità di sangue trasfuso.

Tossicodipendenza: il virus HCV è molto diffuso in questa popolazione di pazienti, nei quali è anche molto frequente la coinfezione con l'HIV (il virus dell'AIDS). La tossicodipendenza è il fattore di rischio prevalente per la trasmissione dell'HCV, sia in Europa che negli Stati Uniti.

Esposizione professionale: l'HCV rappresenta un rischio anche per gli operatori sanitari;

Trasmissione sessuale: è possibile, ma risulta molto meno frequente rispetto all'HBV (circa l'1%), e non sembra proprio che questa via di trasmissione sia rilevante per la diffusione del virus.

Trasmissione parenterale e parenterale inapparente: questa modalità di trasmissione assume una notevole importanza, e giustifica la diffusione dell'infezione anche in persone che non hanno avuto nessun tipo di esposizione nota al virus.

Strumenti chirurgici non ben sterilizzati: Dentista, agopuntura, ecc

Altri strumenti non ben sterilizzati: Estetista, barbiere, tatuaggi, piercing, ecc.

L'infezione acuta da HCV è solitamente asintomatica o paucisintomatica (75%), e solo raramente si manifesta con una epatite acuta (circa il 5% dei casi), mentre non è quasi mai causa di epatite fulminante.

L'infezione ha però una elevata tendenza ad evolvere verso la cronicità (80-85%).

Oltre il 25% dei pazienti con epatite cronica sviluppa cirrosi, nel 10% dei casi si trasforma in epatocarcinoma

La dimostrazione dell'infezione da HCV si basa sulla ricerca degli anticorpi specifici contro il virus.

Per stabilire invece il grado di replicazione virale, e quindi il grado di attività dell'infezione, viene misurata nel sangue la quantità di genoma del virus (HCV-RNA). La biopsia epatica è poi di fondamentale importanza nel definire il danno istologico, stabilendo il grado (livello di infiammazione) e lo stadio (livello di fibrosi) del danno epatico.

**TATUAGGIO e trasmissione di HCV:
esiste un'associazione ?**

EVIDENZE SCIENTIFICHE



L'articolo [“Association of tattooing and hepatitis C virus infection: A multicenter case-control study”](#), pubblicato recentemente sulla rivista *Hepatology* e ripreso dalla stampa italiana, ha puntato i riflettori sulla possibilità di contrarre l'epatite C attraverso una serie di pratiche raggruppabili sotto l'espressione “trattamenti estetici” (che comprende tatuaggi, piercing, pedicure, manicure e rasatura da barbiere). A partire dalla fine degli anni '90, questo problema è stato più volte messo in evidenza in Italia attraverso i dati della Sorveglianza delle epatiti virali acute (Seieva).

Recentemente è stato stimato che nel nostro Paese una quota di casi di epatite C acuta superiore al 10% è attribuibile ai trattamenti estetici [“Risk Factors for and Incidence of Acute Hepatitis C After the Achievement of Blood Supply Safety in Italy: Results From the National Surveillance System”](#), *Journal of Medical Virology* 85:443-440, 2013).



7 febbraio 2013

Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

Attualità nella terapia dell'epatite cronica C

Due possibilità:

Terapia standard, valida fino ad oggi, basata sull'Interferone associato alla Ribavirina

Farmaci Antivirali Diretti (DAA=Direct Antiviral Agents), trattamenti del tutto nuovi

- Nel 2011 sono stati commercializzati i primi antivirali ad azione diretta (DAA) appartenenti alla classe degli inibitori delle proteasi.
- La loro efficacia, associata però ad effetti collaterali importanti che si aggiungevano a quelli dell'interferone e della ribavirina, e la commercializzazione dei nuovi antivirali ad azione diretta (DAA) ne ha limitato l'utilizzo clinico.

Da gennaio 2014 sono stati commercializzati in Europa una lunga serie di DAA.

In base ai risultati degli studi clinici attualmente disponibili i regimi terapeutici a base di questi farmaci sembrano consentire la guarigione (definita come risposta virale sostenuta, o SVR) in un'alta percentuale di casi (dal 70% ad oltre il 90%), variabile a seconda del genotipo, del grado di fibrosi e della progressione della epatopatia.

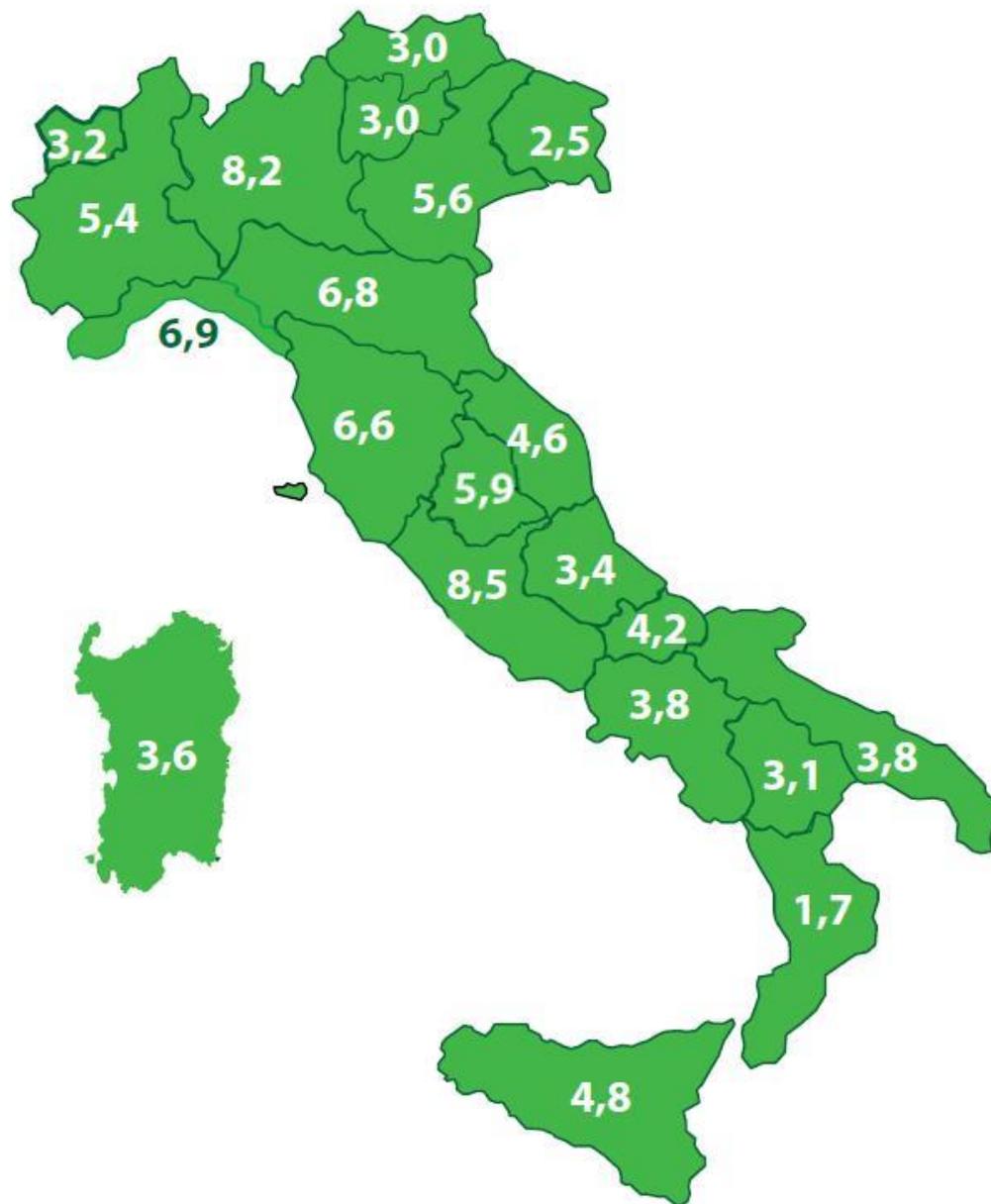
Inoltre, gli attuali regimi utilizzati sembrano essere al tempo stesso più tollerabili e sicuri rispetto a quelli iniziali.

I nuovi regimi permettono, inoltre, in alcune categorie di pazienti, trattamenti di durata minore.

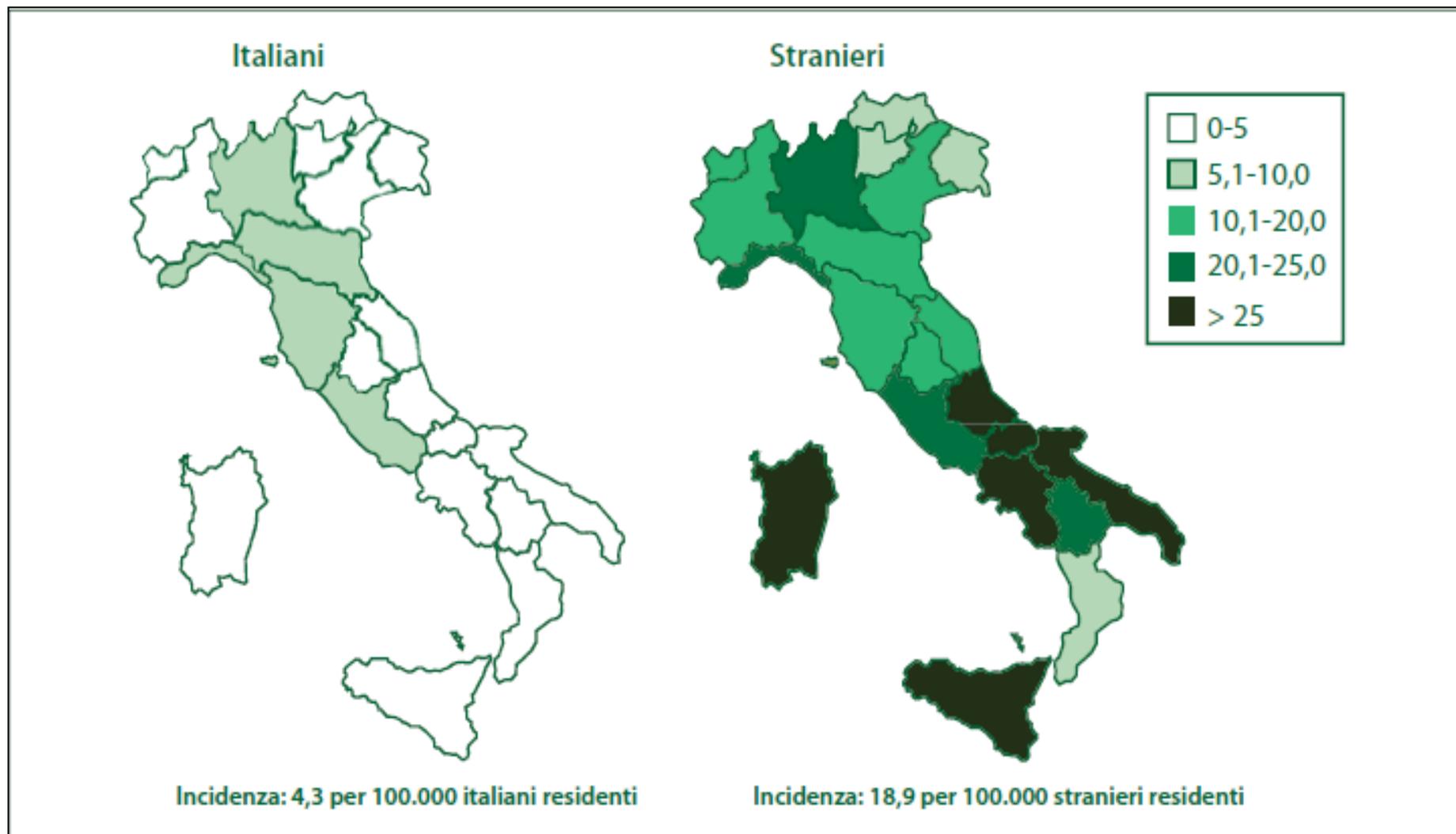
HIV / AIDS

- Prima descrizione in letteratura nel 1981
- Stadio clinico avanzato dell'infezione da HIV
- La persona venuta a contatto con il virus HIV può produrre anticorpi specifici dosabili nel sangue
- La sieropositività implica che l'infezione è in atto e che è dunque possibile trasmettere il virus ad altre persone

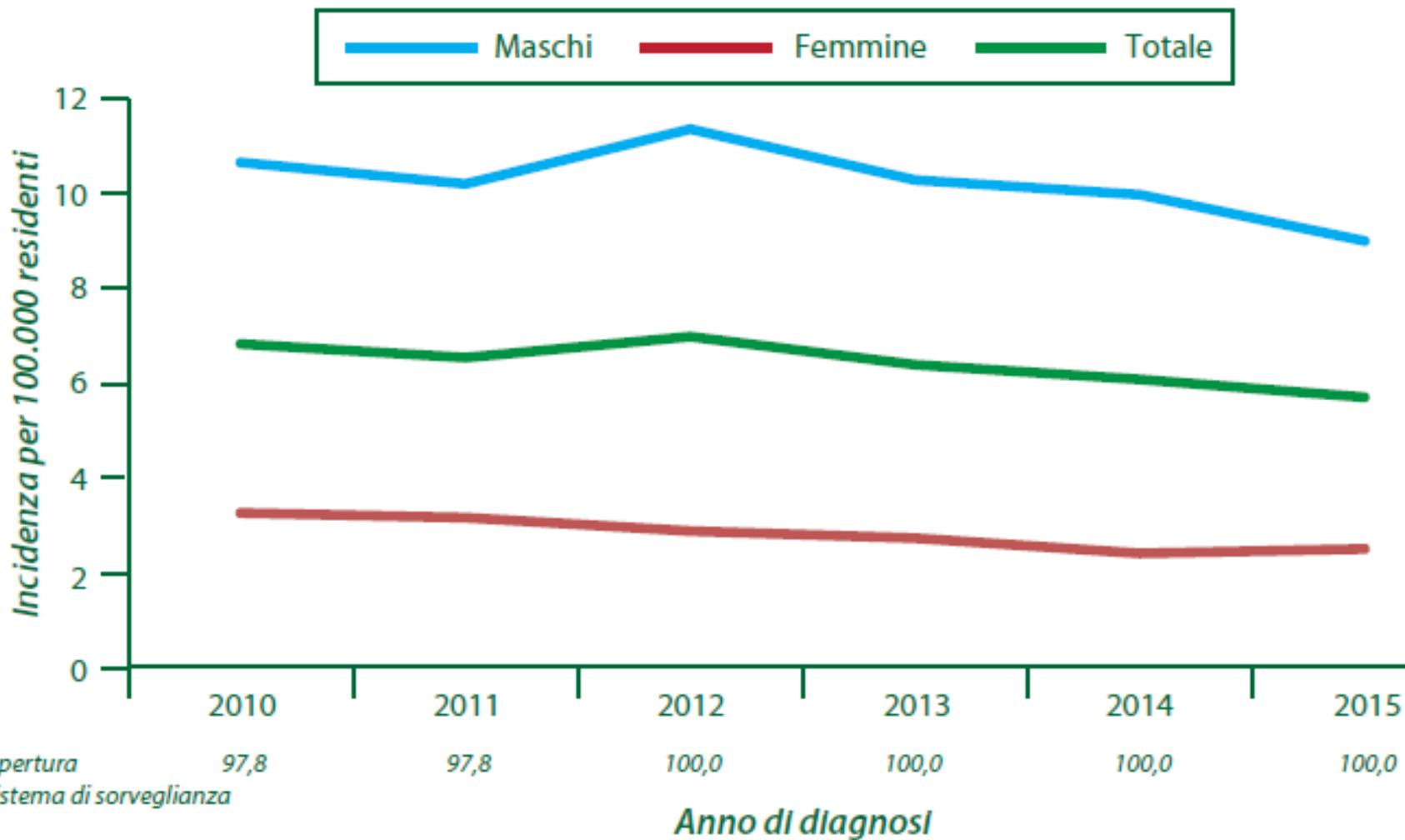
- Il tempo che intercorre tra il momento del contagio e la comparsa nel sangue degli anticorpi contro l'HIV è detto “periodo finestra” e dura mediamente 4-6 settimane, ma può estendersi anche fino a 6 mesi
- Il soggetto sieropositivo può vivere per anni senza alcun sintomo (*latenza clinica*) e accorgersi del contagio quando la malattia diventa clinicamente conclamata a causa dell'insorgenza di una o più infezioni cosiddette “opportunistiche” (a provocarle sono agenti patogeni che normalmente non riescono a infettare le persone sane, ma soltanto persone con un sistema immunitario fortemente compromesso) o di tumori relati all'HIV.



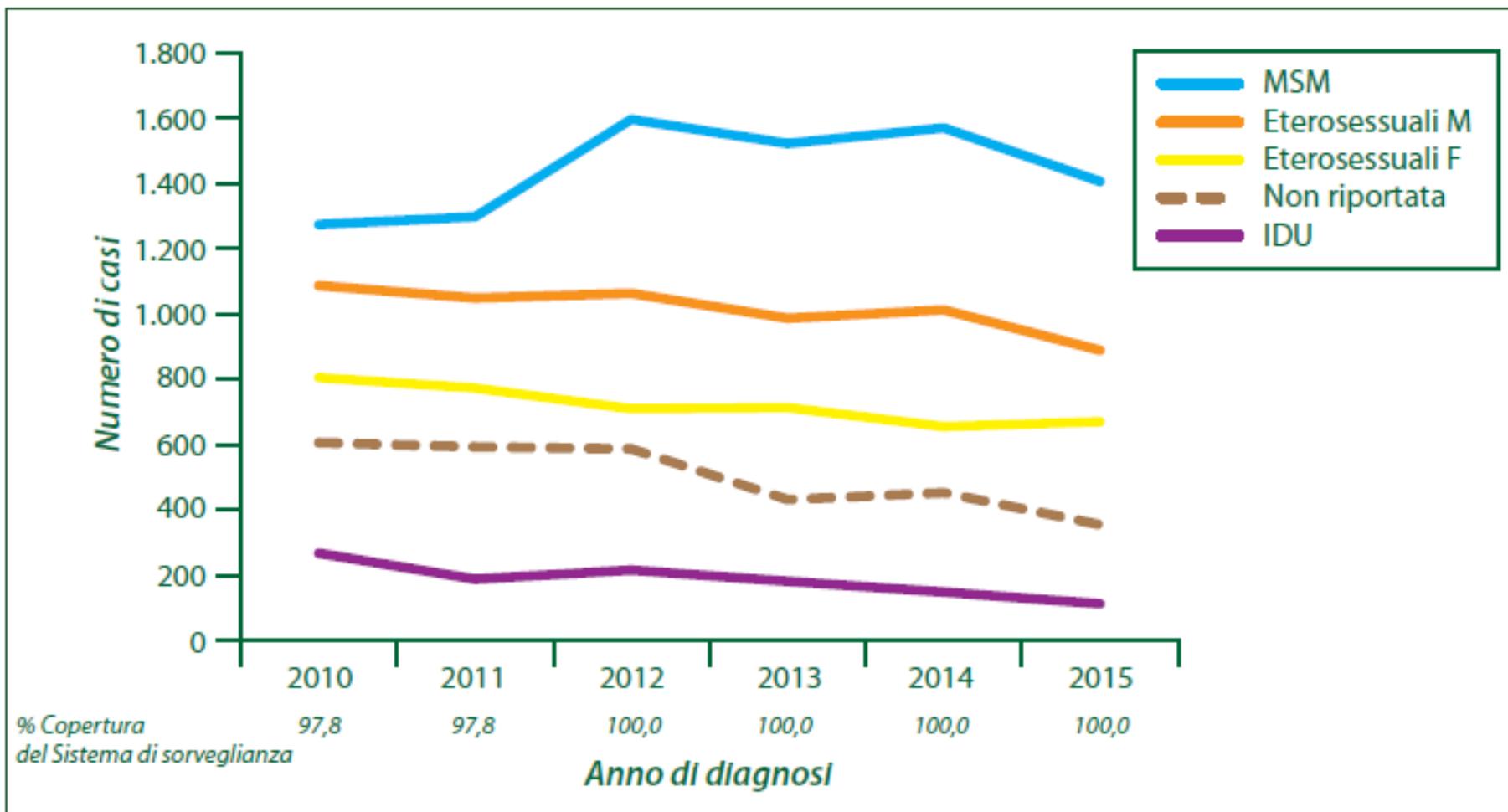
Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (per 100.000 residenti) per Regione di residenza – anno 2015



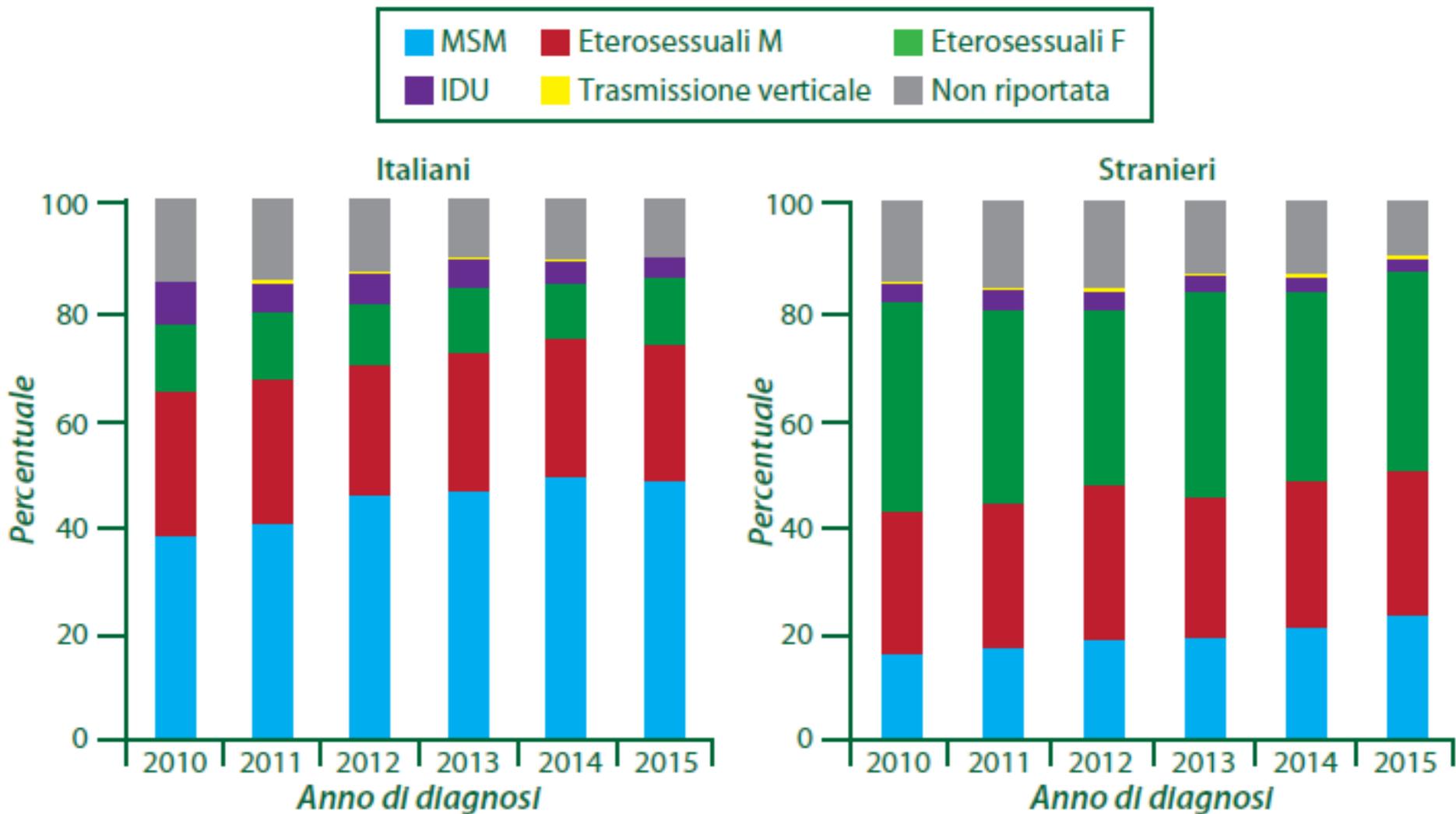
Incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (per 100.000 residenti), per nazionalità e Regione di residenza - anno 2015



Andamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per genere



Numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2010-2015)



Distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per modalità di trasmissione, anno di diagnosi e nazionalità (2010-2015)



HIV in Italia: stime e confronto 1988 - 2008



Persone viventi con HIV/AIDS nel 2008
(una persona su quattro non sa di essere infetta) **170.000-180.000**

Nuove infezioni HIV diagnosticate nel 1988 **14.000-18.000**

1988 **Principale modalità di trasmissione: uso iniettivo di droghe (71%)**

Età mediana al primo test HIV positivo: 27 anni

Percentuale di stranieri: 4%

Nuove infezioni HIV diagnosticate nel 2008 **3.900-4.100**

2008 **Principale modalità di trasmissione: contatti etero/omosessuali (74%)**

Età mediana al primo test HIV positivo: 39 anni

Percentuale di stranieri: 32%

Fig. 11

Modalità di trasmissione HIV

- **Per via ematica**: trasfusioni, scambio di siringhe in Td, aghi usati (attenzione all'uso di aghi sterili in agopuntura, mesoterapia, tatuaggi, piercing,...)
- **Per via sessuale** (modalità più diffusa nel mondo di trasmissione dell'HIV)
- **Per via materno-fetale** (durante la gravidanza, durante il parto e l'allattamento). Il rischio di trasmissione può essere ridotto notevolmente somministrando tp specifica alla madre durante la gravidanza ed al neonato per un periodo dopo la nascita

Modalità di trasmissione dell'HIV

- L'HIV è stato isolato in tutti i tessuti ed i liquidi biologici di un soggetto sieropositivo.
- Tuttavia **la semplice presenza del virus non significa che il contatto con il materiale rappresenti un evento efficace per la trasmissione**
- Perchè ciò avvenga è importante soprattutto la **quantità di virus presente**.

Presenza di HIV

Trasmissione accertata

Sangue

Si

Liquido seminale

Si

Secreto vaginale

Si

Latte materno

Si

Urine

No

Lacrime

No

Saliva

No

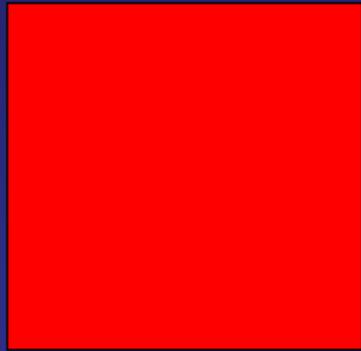
Sudore

No

Feci

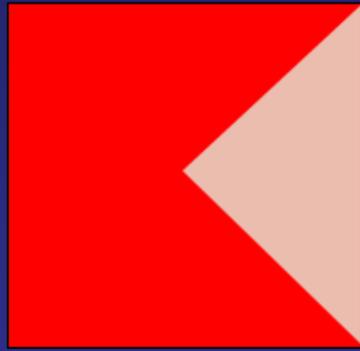
No

Concentrazione dell'HIV in diversi liquidi biologici



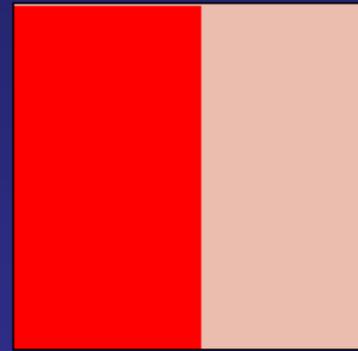
Sangue

100 %



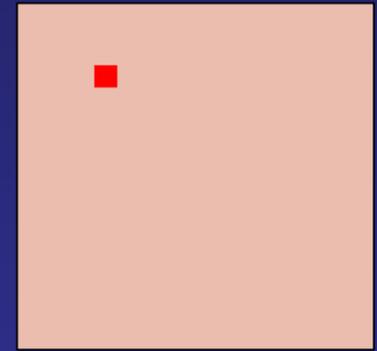
**Liquido
seminale**

75 %



**Secreto
vaginale**

50 %



**Saliva
Urine
Sudore
Lacrime**

< 1 %

Fattori necessari per la trasmissione dell'HIV





Trasmissione verticale



L'HIV può essere trasmesso dalla madre al figlio. Questo può avvenire essenzialmente tramite tre modalità:

- durante la gravidanza attraverso la placenta (20-40%)
- durante il parto (40-70%)
- tramite l'allattamento (15-20%)

Prevenzione Primaria

Riduzione dei comportamenti a rischio

Condom

usage reduced HIV transmission by 78%
(Hughes, et al, CROI 2011, Abstr 135)

Life
Saver



International AIDS Day
December 1



Female
condom

Evitare il contagio per via ematica

- Utilizzare siringhe sterili e monouso
- Per chi fa uso di droghe endovenose è consigliabile non condividere siringhe, ovatta, filtro e cucchiaino con altri tossicodipendenti
- Se ci si sottopone ad agopuntura, mesoterapia, piercing e tatuaggi, pretendere l'uso di aghi monouso e sterili
- Non usare in comune oggetti che possono venire a contatto col sangue, come spazzolini da denti, rasoi, forbici.



Terapia

- Attualmente è a disposizione la Haart (Highly Active Anti-retroviral Therapy), composta in genere da più farmaci antiretrovirali che permettono di ridurre la carica virale e migliorare la situazione immunitaria. Le attuali strategie terapeutiche non consentono la guarigione dell'infezione, ma permettono di tenerla sotto controllo.

Easier, less toxic and more potent therapy is part of the rationale for earlier HAART



PREVENZIONE

IMMUNOPROFILASSI

(vaccinazione anti HBV, immunoglobuline HBV)

PRECAUZIONI STANDARD

PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE

IMMUNOPROFILASSI

VACCINAZIONE CONTRO L'EPATITE B

LEGGE 27.05.1991 n. 165 : Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite B

Articolo 1

1. Al fine di prevenire l'insorgenza e la diffusione dell'epatite virale B, la vaccinazione è obbligatoria per tutti i nuovi nati nel primo anno di vita
2. Limitatamente ai dodici anni successivi alla data di entrata in vigore della presente legge, la vaccinazione è obbligatoria anche per tutti i soggetti nel corso del dodicesimo anno di età

TIPI DI VACCINI

Primo vaccino utilizzato “PLASMA-DERIVATO” costituito da HBsAg di origine umana (presente nel sangue di portatori cronici) purificato ed inattivato con formolo

Dalla metà degli anni Ottanta a tutt’oggi, vaccino contenente HBsAg ottenuto con la tecnica del DNA ricombinante
(prodotto da un lievito nel quale è stato inserito il gene che codifica la sintesi dell’HBsAg)

SEDE DI SOMMINISTRAZIONE

VIA INTRAMUSCOLARE

ADULTO

NELLA REGIONE DELTOIDEA

BAMBINI

nei più piccoli NEI MUSCOLI DELLA COSCIA
poi NEL DELTOIDE



CALENDARIO VACCINALE

CALENDARIO STANDARD DI VACCINAZIONE

3 DOSI : mesi 0 - 1 - 6

in soggetti immunocompromessi ed emodializzati stesso calendario
con dosaggio doppio o con vaccino adiuvato

in soggetti di età < 16 anni dosaggio pediatrico

CALENDARIO PER IMMUNIZZAZIONE RAPIDA

4 DOSI: mesi 0 - 1 - 2 - 6-12

GRATUITA

IMMUNOGENICITA'

E' VERIFICATA MEDIANTE DOSAGGIO
QUANTITATIVO DEGLI ANTICORPI anti-HBs

LIVELLO MINIMO PROTEGGENTE = 10 mUI/ml

Nei bambini, adolescenti e giovani adulti sierconversione in
oltre il 96% dei vaccinati

Le % di sierconversioni si riducono con l'avanzare dell'età
e nei soggetti con immunodepressione, IRC, epatopatie
croniche, diabete mellito, obesità

DURATA DELL'IMMUNITA'
(D.M. 20.11.2000)

Il picco massimo di anticorpi si ottiene entro 1-2 mesi e tende a decrescere nel tempo

NON È NECESSARIA ALCUNA DOSE DI RICHIAMO dopo il ciclo primario nei soggetti immunocompetenti

Può essere utile valutare la risposta anticorpale dopo almeno 1 mese dal ciclo primario

CONTROINDICAZIONI

MALATTIA FEBBRILE ACUTA IN ATTO

IPERSENSIBILITA' NOTA AI COMPONENTI DEL VACCINO E
AL LIEVITO DI BIRRA

REAZIONI ALLERGICHE SISTEMICHE ALLA PRECEDENTE
SOMMINISTRAZIONE DI VACCINO

TERAPIE IMMUNOSOPPRESSIVE IN ATTO

PRECAUZIONI STANDARD

LE PRECAUZIONI STANDARD HANNO LA FINALITA' DI PREVENIRE E RIDURRE IL RISCHIO DI INFORTUNI CARATTERIZZATI DALL'ESPOSIZIONE (PARENTERALE, MUCOSA, DELLA CUTE NON INTEGRA) DEGLI OPERATORI AL SANGUE O AD ALTRI LIQUIDI BIOLOGICI.

LAVAGGIO DELLE MANI

Il lavaggio frequente delle mani è riconosciuto come la più importante misura per ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi da una persona all'altra o da una localizzazione all'altra nello stesso paziente. Lavarsi le mani è un'operazione semplice, ma deve avvenire secondo alcune regole.

Lavaggio sociale e/o antisettico:

- 1) insaponare le mani accuratamente (dita, palme, dorso, polsi, unghie) per almeno 10 secondi; sciacquare con acqua corrente in modo completo;
- 2) in caso di imbrattamento con liquidi organici, procedere al lavaggio con acqua e sapone per almeno 30 secondi seguito da antisepsi (usare prodotti a base di Clorexidina 4%, PVP J) in modo completo, sciacquare con acqua corrente, asciugare bene con salviette in carta monouso;
- 3) chiudere i rubinetti, se non presenti i dispositivi di azionamento a leva o a pedale, con salviette di carta monouso.



I guanti trattengono dal 30 al 70% del sangue presente sul presidio, quindi riducono del 30-70% la quantità di virus che penetra nell'operatore esposto



Trasmissione di infezioni nell'attività di tatuaggio e piercing

cliente - cliente

cliente - operatore

operatore - cliente

Incidenti con taglienti o contatto con sangue o liquidi biologici

- A causa del rischio di trasmissione di infezioni, gli operatori e i clienti devono evitare il contatto con il sangue e con i liquidi organici di altre persone.
- In caso di esposizione a sangue o liquidi biologici di tipo parenterale (puntura d'ago, taglio o altro), o mucosa (schizzo negli occhi, sul naso o sulla bocca), o sulla pelle non integra (screpolata, abrasa o con dermatite), occorre intervenire immediatamente.

INCIDENTI CON TAGLIENTI O CONTATTO CON SANGUE O LIQUIDI BIOLOGICI

E' necessario intervenire immediatamente in caso di esposizione :

- PARENTERALE (puntura d'ago, taglio o altro)
- MUCOSA (schizzo negli occhi, nel naso o nella bocca)
- SU CUTE NON INTEGRA (screpolata, abrasa o con dermatite)

IN CASO DI INCIDENTE COSA FARE

?



Non tutti gli incidenti hanno lo stesso rischio.

La variabile principale è la **quantità di sangue** (quindi la **quantità di virus**) trasmessa dal paziente fonte all'operatore



Rischio di trasmissione di HIV in base al tipo di esposizione

A RISCHIO ELEVATO:

Ferita profonda (muscolo, osso) causata da un mandrino di ago-cannula o da ago cavo contenente sangue. **Contaminazione congiuntivale massiva.**

A RISCHIO INTERMEDIO:

Puntura o lacerazione che ha provocato sanguinamento causata da strumenti visibilmente sporchi di sangue. Esposizione di ferita aperta o della congiuntiva a liquidi biologici contenenti sangue.

Rischio di trasmissione di HIV in base al tipo di esposizione

A BASSO RISCHIO:

Lesioni superficiali (graffi, abrasioni) non sanguinanti spontaneamente. Esposizione di ferite chiuse o di mucose diverse dalla congiuntiva. Morso umano

RISCHIO NON DOCUMENTATO:

Contaminazione di cute integra

LA CONTAMINAZIONE
DELLA MUCOSA
CONGIUNTIVALE PUO'
AUMENTARE IL RISCHIO
DI DIVERSE VOLTE



INCIDENTE OCCUPAZIONALE

1. TRATTARE SEDE ESPOSTA

**2. RECARSIS AL PRONTO
SOCCORSO**

**3. PRELIEVO PAZIENTE
FONTE**

PPE: MALATTIE INFETTIVE

**NO PPE; FOLLOW-UP:
DS ASMN / IGIENE PUBBLICA**

1.1 Trattare la sede esposta

- Esposizione **parenterale**:

far sanguinare brevemente la ferita evitando di portare la parte lesa alla bocca.

Lavare con acqua e sapone o con disinfettanti (Polividone 10%, Clorexidina 4%)



1.2 Trattare la sede esposta

- **Esposizione di cute non integra:**

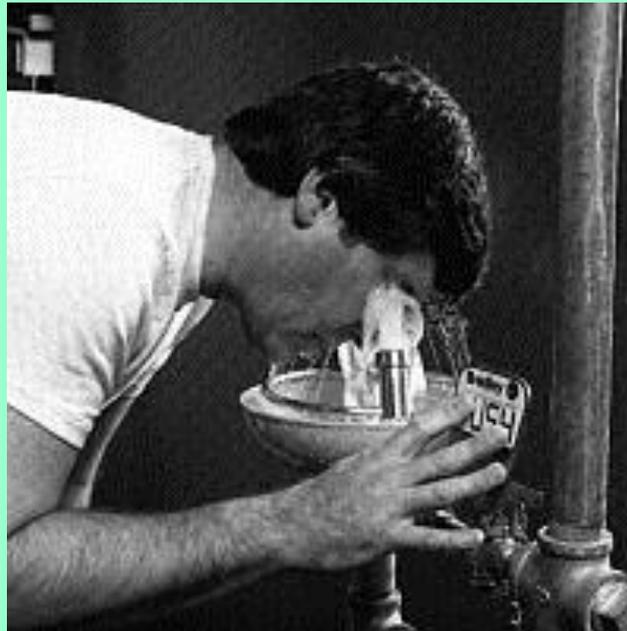
Lavare con sapone e acqua corrente,
disinfettare.



1.3 Trattare la sede esposta

- Esposizione **mucosa**:

Lavare con acqua corrente o fisiologica sterile



1.4 Trattare la sede esposta

Esposizione di **cute integra**:

- Lavare con acqua corrente e, se disponibile, sapone antisettico
- Disinfettare

2. Valutazione del paziente fonte

➤ Organizzare prelievo sul paziente-fonte per ricerca HBsAg, HCV-Ab, HIV-Ab

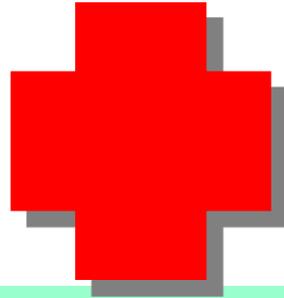
- Consenso informato

- Chi e quando si esegue il prelievo:

il prima possibile, se possibile...

- Chi si informa dell'esito e in caso di positività chi gestisce il risultato?

3. Recarsi in P.S.



- **Certificazione incidente a fini assicurativi/medico-legali**
- **Medicazione ferita/antitetanica**
- **Consulenza (telefonica/formale) infettivologica**
- **Eventuale inizio PPE con start kit**

4. FOLLOW-UP

NON EFFETTUAZIONE PEP:



In caso di esposizione a rischio,
con necessità di solo follow-up:
(dipendenti ASMN: Direz San;
altri: Igiene Pubblica)

PEP:



MALATTIE
INFETTIVE

PEP per HIV

- Deve essere iniziata al più presto (idealmente entro 1-4 ore) ma probabilmente è utile anche se iniziata più tardi, comunque non oltre le 48- 72 ore.
- **AVVIARE LA PROCEDURA IL PRIMA POSSIBILE**

PEP per HIV

- **Utilizzare sempre 3 farmaci**
- **La durata è di 4 settimane**
- **2 NRTI + 1PI**

Esposizione Occupazionale

Perchè una PEP?

OBIETTIVI DELLA PEP SONO:

- 1. PREVENIRE O ALMENO RIDURRE IL RISCHIO DI INFEZIONE OCCUPAZIONALE**
- 2. LIMITARE LA GRAVITA' DELLA EVENTUALE INFEZIONE ATTRAVERSO UN TRATTAMENTO PRECOCISSIMO.**

PERCHÉ UNA PEP?

La prevenzione delle esposizioni a sangue resta fondamentale.

**IL RISCHIO DI ESPOSIZIONE NON SARA' MAI
ANNULLATO**

**Una appropriata gestione post-esposizione
costituisce un elemento importante della
sicurezza sul luogo di lavoro.**

Follow-up dell'operatore esposto (solo se fonte positiva o sconosciuta)

Indipendentemente dalla PEP per HIV, le persone esposte ad infortunio a rischio biologico devono essere sottoposte a follow-up ai seguenti tempi:

- Tempo zero**
- 6 settimane**
- 3 mesi**
- 6 mesi**

FOLLOW-UP

SARA' EFFETTUATO DAL SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA TERRITORIALMENTE COMPETENTE.

VERRANNO MONITORATI:

- **HBV (PERSONA NON VACCINATA)**
- **HCV**
- **HIV**
- **ENZIMI EPATICI (TRANSAMINASI)**

SE NECESSARIO VERRANNO SOMMINISTRATE IMMUNOGLOBULINE SPECIFICHE PER HBV E/O LA VACCINAZIONE

FOLLOW-UP

Durante il periodo di follow-up dopo esposizione a rischio, indipendentemente che sia stata o meno assunta PEP, l'operatore/paziente deve comportarsi come se fosse infetto:

- **Non donare sangue**
- **Rapporti sessuali protetti**
- **Misure di igiene personale scrupolose (spazzolino da denti, rasoi, lamette, etc)**

PRESSO I LOCALI DOVE SI ESERCITA IL TATUAGGIO E
IL PIERCING

DEVE

ESSERE DISPONIBILE LA

***PROCEDURA PER GLI INCIDENTI OCCUPAZIONALI A
RISCHIO BIOLOGICO***

**GLI ELEMENTI DI QUESTA PROCEDURA SONO
DESCRITTI AL PUNTI 2, ALLEGATO 1, DELLA
DELIBERA DELLA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-
ROMAGNA N. 465 APPROVATA IN DATA 11.04.2007**

Si ricorda che:

Il datore di lavoro deve:

- **Informare tutti i dipendenti sui pericoli cui sono esposti nell'esercizio della loro attività**
- **Istruire tutti i dipendenti riguardo ai provvedimenti per prevenirli**

In particolare:

- ✓ Il **Datore di Lavoro** deve **informare** i propri dipendenti sui rischi di infezione determinati dal contatto con il sangue e sulle misure protettive necessarie – DPI;
- ✓ Raccomandare la vaccinazione contro l'epatite B.

**Tutto chiaro?
Ci sono domande?**



A scenic autumn landscape featuring a pond in the foreground, surrounded by trees with vibrant orange and yellow foliage. A green field is visible in the background, and a small wooden bridge spans the pond on the left. The text "Grazie per l'attenzione" is overlaid in the bottom left corner.

Grazie per l'attenzione