



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28087 Ormegea (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.ashvco.it - www.ashvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Allegato alla deliberazione n. 392 del 29 NOVEMBRE 2012**

**CONVENZIONE TRA L'A.S.L. V.C.O. E L'ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO - ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO - PER PROFILASSI POST ESPOSIZIONE AD HIV DEGLI OPERATORI SANITARI.**

Dato atto che l'Istituto Auxologico Italiano ha valutato la necessità di acquisire, a mezzo convenzione, la disponibilità di competenze professionali mediche, richiedendole alla ASL V.C.O. previa stipula di specifico atto convenzionale;

tutto ciò premesso

**TRA**

l'A.S.L. V.C.O. (di seguito per la seguente convenzione denominata ASL VCO) con sede legale in Ormegea - V.le Mazzini, n. 117 -Partita IVA n. 00634880033, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore F.F. SOC Direzione Sanitaria Ospedaliera Dr. Vincenzo DE STEFANO all'uopo delegato e ivi domiciliato per la carica;

**E**

l'Istituto Auxologico Italiano - Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (di seguito per la seguente convenzione denominato Istituto Auxologico), C.F. e P. I.V.A. 02703120150, con sede in Milano, Via L. Ariosto, 13, rappresentato dal Presidente, Prof. Giovanni Ancarani, assistito dal Direttore Generale, Dott. Mario Colombo

**si conviene e si stipula quanto segue**

**Art. 1 - Oggetto della convenzione:**

L'A.S.L. VCO, tramite la propria U.O.A. di Malattie Infettive, si impegna ad eseguire per conto dell'Istituto Auxologico le misure di profilassi post esposizione ad HIV di seguito meglio specificate.

**Art. 2 - Modalità operative:**

L'esecuzione della profilassi post esposizione ad HIV avverrà secondo le seguenti modalità operative:

- a) l'Istituto Auxologico invierà l'operatore esposto al contagio per HIV presso il D.E.A. del Presidio Ospedaliero di Verbania, unitamente alla seguente documentazione:
  - copia della denuncia di infortunio effettuata presso l'Ente di appartenenza dell'operatore sanitario;



**A.S.L. VCO.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4811 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvc.com - www.aslvc.com

P.I/Cod.Fisc. 00634880033

- modulo per le indagini epidemiologiche (all. n. 1 alla presente convenzione), compilato dai medici della struttura di provenienza del dipendente.  
L'operatore sanitario esposto al contagio sarà immediatamente indirizzato al Medico Infettivologo, che proporrà all'operatore sanitario, in relazione all'entità del rischio, la chemioprofilassi;
- b) in caso di accettazione della chemioprofilassi da parte dell'operatore sanitario esposto al contagio, il Medico Infettivologo:  
- provvederà all'esecuzione dei prelievi basali, così come previsti dall'allegato n. 2 alla presente convenzione;  
- fornirà, dopo aver fatto firmare il modulo di consenso informato, le prime dosi di farmaci per l'immediato inizio della profilassi, come indicati nell'allegato n. 3 alla presente convenzione;
- c) in caso di mancato consenso alla chemioprofilassi il Medico Infettivologo, dopo aver fatto firmare il relativo modulo, fornirà all'operatore sanitario informazioni per il follow up clinico e virologico. In questo caso, l'Istituto Auxologico potrà comunque fare riferimento alla U.O.A. Malattie Infettive della A.S.L. VCO per il follow up e/o per le indagini virologiche.

L'Istituto Auxologico potrà altresì inviare l'operatore esposto al contagio al D.E.A. del Presidio Ospedaliero di Verbania per l'esecuzione dell'esame anti HIV. Qualora il paziente fonte non fosse noto, ovvero in caso in cui il paziente fonte fosse noto ma non siano state effettuate indagini diagnostiche anti HIV, l'Istituto Auxologico potrà inviare anche le provette contenenti sangue od altro materiale biologico del paziente fonte per l'esecuzione delle indagini diagnostiche anti HIV.

#### Art. 3 - Prezzo di vendita:

Nell'allegato 4 alla presente convenzione sono riportate le tariffe relative all'intero ciclo di profilassi, distinte per tempi di esecuzione.

Nel caso in cui all'operatore fosse forniti farmaci, questi ultimi saranno addebitati al prezzo di costo, I.V.A. compresa.

#### Art. 4 - Fatturazione e termini di pagamento:

L'avvenuta esecuzione delle prestazioni e la somministrazione dei farmaci saranno certificati dal Dirigente Medico Responsabile della U.O.A. Malattie Infettive, o da persona da lui delegata, mediante compilazione e sottoscrizione di apposito modulo.

Sulla base della suddetta documentazione, l'A.S.L. VCO provvederà ad emettere con cadenza mensile regolare fattura. I termini di pagamento si intendono a 30 (trenta) giorni, fine mese data fattura. Il mancato rispetto dei termini indicati può rappresentare motivo di risoluzione del presente rapporto convenzionale.



**A.S.L. VCO.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormea (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.ashvco.it - www.ashvco.it

P.I./Cod. Fisc. 00634880033

#### Art. 5 - Prestazioni occasionali:

Qualsiasi richiesta di prestazioni che esuli dagli elenchi allegati n. 2 e n. 3 non è ricompresa nella presente convenzione e verrà pertanto assoggettata al regime delle prestazioni occasionali.

#### Art. 6 - Durata della convenzione:

La presente convenzione ha validità per l'anno 2013 fatta salva la possibilità di recesso anticipato, da notificarsi tra le parti a mezzo lettera raccomandata a/r, ma potrà essere eventualmente sospesa, previo preavviso di 30 (trenta) giorni, al verificarsi di inadempienze circa le condizioni pattuite.

Ogni variazione della presente convenzione dovrà essere preventivamente concordata tra le parti e notificata a mezzo lettera raccomandata a/r, fermo restando che il presente accordo si intenderà comunque immediatamente ed automaticamente risolto qualora sopravvengano disposizioni di legge statali o regionali, ovvero disposizioni regolamentari, anche interne, con essa incompatibili. La convenzione potrà essere rinnovata alla scadenza, previo accordo tra le parti contraenti.

Nessuna delle parti potrà pretendere indennità di qualsiasi natura in caso di mancato rinnovo della presente convenzione.

#### Art. 7 - Esenzione da I.V.A.:

La presente convenzione:

- è esente da I.V.A. ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 19, D.P.R. 633/72 e successive modificazioni ed integrazioni;
- è soggetta a registrazione solo in caso d'uso, per il disposto dell'art. 5, comma 2, D.P.R. 131/96;
- non è soggetta ad imposta di bollo ai sensi del punto 16, all. B, D.P.R. 642/72 e successive modifiche ed integrazioni.

Tutte le eventuali spese, inerenti la stipula e la registrazione del presente contratto sono a carico dell'Istituto Auxologico.

#### Art. 8 - Privacy

Il personale prestatore delle attività oggetto della presente convenzione si impegna ad ottemperare a quanto disposto dal Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n. 196 in relazione al trattamento dei dati personali e sensibili dei quali venga a conoscenza durante l'espletamento dei compiti assegnatigli.

#### Art. 9 - Foro competente:

Per qualsiasi controversia inerente l'applicazione o l'interpretazione del presente contratto, le parti convengono di eleggere foro unico competente quello di Milano.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Letto, confermato e sottoscritto.

Omegna, li

Per A.S.L. VCO  
Il Direttore f.f. SOC Direzione Sanitaria Ospedaliere  
(Dottor Vincenzo DE STEFANO)

Per Istituto Auxologico Italiano

Il Presidente  
(Prof. Giovanni ANCARANI)

Il Direttore Generale  
(Dottor Mario COLOMBO)

**REGIONE  
PIEMONTE**

[www.regenone.piemonte.it/sanita](http://www.regenone.piemonte.it/sanita)

Non c'è cura  
senza cuore

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

**Allegato 1**

Al Medico Infettivologo dell'U.O.A. Malattie Infettive del Presidio Ospedaliero di Verbania

**Protocollo per la profilassi post esposizione occupazionale ad HIV negli operatori sanitari**

**INDAGINE EPIDEMIOLOGICA SULL'OPERATORE ESPOSTO**

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

QUALIFICA     Medico     Infermiere     Tecnico di Laboratorio

Atro (\_\_\_\_\_)

ENTE DI APPARTENENZA: \_\_\_\_\_

REPARTO : \_\_\_\_\_

DATA ESPOSIZIONE: \_\_\_\_\_ ORA: \_\_\_\_\_

**TIPO ESPOSIZIONE:**

- |  |         |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Puntura con ago                       | (_____) |
| <input type="checkbox"/> Lesione cutanea con oggetto tagliente | (_____) |
| <input type="checkbox"/> Esposizione mucosa                    | (_____) |
| <input type="checkbox"/> Esposizione cute lesa                 | (_____) |

**MATERIALE CONTAMINANTE:**

- |  |         |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Sangue                              |         |
| <input type="checkbox"/> Altro materiale biologico a rischio | (_____) |
| <input type="checkbox"/> Materiale contaminato da sangue     | (_____) |

**FATTORI ASSOCIATI AD UN RISCHIO AUMENTATO DI TRASMISSIONE  
DELL'INFEZIONE DA HIV A SEGUITO DI ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ferita profonda (spontaneamente sanguinante)   |
| <input type="checkbox"/> Puntura con ago cavo utilizzato per prelievo   |
| <input type="checkbox"/> Presenza di sangue in quantità visibile sulla superficie del presidio implicato nell'incidente |
| <input type="checkbox"/> Contaminazione congiuntivele massiva   |

6  
V

Qualsiasi esposizione ad HIV concentrato ( per es. in un laboratorio di ricerca di produzione del virus)

#### INDAGINE EPIDEMIOLOGICA SUL PAZIENTE FONTE

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE FONTE: \_\_\_\_\_

REPARTO DI RICOVERO: \_\_\_\_\_

Anti HIV:

POS.       NEG.       NON NOTO\*       richiesto per il giorno \_\_\_\_\_  
 rifiuto all'esecuzione del test

EVENTUALI FATTORI DI RISCHIO \_\_\_\_\_

PER PAZIENTI HIV POSITIVI:

CDC \_\_\_\_\_

CD4+ \_\_\_\_\_

VIRAL LOAD \_\_\_\_\_

TERAPIA ANTIRETROVIRALE \_\_\_\_\_

\* se la sierologia HIV del paziente non è nota, la struttura deve attivarsi per eseguirla il più presto possibile, informando tempestivamente dell'esito la Divisione Malattie Infettive dello Stabilimento Ospedaliero di Verbania

Il Medico Responsabile

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_



**Allegato 2**

**PROFILASSI POST ESPOSIZIONE AD HIV DEGLI OPERATORI SANITARI**

Visita infettivologica ed esami ematochimici come da prospetto

TERAPIA **INIZIO** \_\_\_\_\_ **FINE** \_\_\_\_\_

TIPO ESAMI	BASALE 0	30 GG.	60 GGL	3 MESI	6 MESI	12 MESI
Emocromo+ form						
° leucociti						
° eritrociti						
° emoglobina						
° ematocrito						
° vol. glob. Medio						
° piastrine						
° neutrofili totali						
° linfociti totali						
AST						
ALT						
Gamma GT						
Fosfatasi alcalina						
Bilirubina totale						
Creatinina						
Glicemia						
Amilasi						
Acido urico						
Trigliceridi						
Tipizzazione Linfociti						
°CD4 totali						
°CD8 totali						
Gravindex						
HIV ab						
HIV PCR						

O ✓

**Allegato 3**

**FARMACI E COMBINAZIONE DI FARMACI UTILIZZABILI PER LA PROFILASSI  
POST ESPOZIONE**

	<b>1° FARMACO</b>	<b>2° FARMACO</b>	<b>3° FARMACO</b>
<b>1^ scelta</b>	ZDV	3TC	LOPINAVIR + RITONAVIR
<b>2^ scelta</b>	TDF/FTC		LOPINAVIR + RITONAVIR

**Nota:**

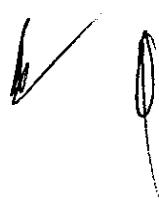
Ciascun farmaco (1°, 2°, 3°) tra quelli di prima scelta può essere sostituito in caso di controindicazione specifiche con un farmaco di seconda scelta indicato nella colonna corrispondente. La sostituzione di un farmaco di prima scelta non comporta necessariamente la sostituzione dei rimanenti farmaci di prima scelta.

**Farmaci di 1° scelta:**

ZDT (Zidovudina "Retrovir")	1 cp x 2 al giorno per 4 settimane
3TC (Lamiduvina "Epivir")	1 cp al giorno per 4 settimane
LOPINAVIR+RITONAVIR ("Kaletra")	2 cp x 2 al giorno per 4 settimane

**Farmaci di 2° scelta**

TDF/FTC ("Truvada")	1 cp al giorno per 4 settimane
LOPINAVIR+RITONAVIR ("Kaletra")	2 cp x 2 al giorno per 4 settimane



**Allegato 4**

**DETTAGLIO DELLE TARiffe**

TIPO ESAMI	BASALE	30 GG.	60 GGL	3 MESI	6 MESI	12 MESI
Visita specialistica	€ 61,98	€ 61,98	€ 61,98	€ 61,98	€ 61,98	€ 61,98
Emocromo+ form	€ 20,66	€ 20,66	€ 20,66			
° leucociti						
° eritrociti						
° emoglobina						
° ematocrito						
° vol. glob. Medio						
° piastrine						
° neutrofili totali						
° linfociti totali						
AST	€ 3,10	€ 3,10	€ 3,10			
ALT	€ 3,10	€ 3,10	€ 3,10			
Gamma GT	€ 3,10	€ 3,10	€ 3,10			
Fosfatasi alcalina	€ 3,10	€ 3,10	€ 3,10			
Bilirubina totale	€ 3,62	€ 3,62	€ 3,62			
Creatinina	€ 3,62	€ 3,62	€ 3,62			
Glicemia	€ 3,10	€ 3,10	€ 3,10			
Amilasi	€ 4,13	€ 4,13	€ 4,13			
Acido urico		€ 4,13	€ 4,13			
Trigliceridi	€ 5,68	€ 5,68	€ 5,68			
Tipizzazione Linfociti	€ 61,97	€ 61,97	€ 61,97			
°CD4 totali						
°CD8 totali						
Gravindex	€ 8,78	€ 8,78	€ 8,78			
HIV ab	€ 25,82	€ 25,82	€ 25,82			
HIV PCR		€ 77,47	€ 77,47			

0  
K