

# L'organizzazione del pronto soccorso nelle strutture sanitarie

M. CIAVARELLA, A. SACCO\*, MARIA GIUSEPPINA BOSCO\*\*, V. CHINNI\*\*\*, A. DE SANTIS\*\*\*\*, A. PAGNANELLI\*\*\*\*\*

Dirigente Medico del Lavoro presso l'U.O. SPISLL ASL Roma B

\*\* Dirigente Medico del Lavoro presso l'U.O. PRESAL Azienda USL Frosinone

\*\*\* Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione dell'ASL RM D

\*\*\*\* Direttore della Struttura Complessa 118, Azienda USL Frosinone

\*\*\*\*\* Direttore dell'U.O. Medicina d'Urgenza dell'Ospedale Policlinico Casilino

## KEY WORDS

First aid in workplace; health care workers; hospitals

## SUMMARY

«**Organization of workplace first aid in health care facilities**». **Background:** *La<sup>o</sup>s D.Lgs. 626/94 and D.I. 388/03 attach particular importance to the organization of first aid in the workplace. Like every other enterprise, also hospitals and health care facilities have the obligation, as foreseen by the relevant legislation, to organize and manage first aid in the workplace.* **Objectives:** *To discuss the topic in the light of the guidelines contained in the literature.* **Methods:** *We used the references contained in the relevant literature and in the regulations concerning organization of first aid in health care facilities.* **Results:** *The regulations require the general manager of health care facilities to organize the primary intervention in case of emergencies in all health care facilities (health care or administrative, territorial and hospitals).* **Conclusions:** *In health care facilities the particular occupational risks, the general access of the public and the presence of patients who are already assumed to have altered states of health, should be the reason for particular care in guaranteeing the best possible management of a health emergency in the shortest time possible.*

## RIASSUNTO

*Come una qualsiasi impresa, anche le aziende sanitarie – siano esse aziende ospedaliere tout court o aziende strutturate in settori ospedalieri, territoriali ed amministrativi – hanno l'obbligo, in base al D. Lgs. 626/94 ed al D. M. 388/03, d'organizzare e gestire il primo soccorso in ambiente di lavoro, rispondendo alle precise istanze della normativa vigente. In questo lavoro si tratta tale questione alla luce delle linee guida presenti in letteratura. Si sono utilizzati i riferimenti della letteratura e della normativa inerenti l'organizzazione del primo soccorso nelle strutture sanitarie. La normativa impone al Direttore Generale d'organizzare la prima risposta in casi di emergenza in tutte le strutture aziendali (sanitarie o amministrative; territoriali ed ospedaliere). Nelle strutture sanitarie la peculiarità dei rischi professionali, l'ampio accesso di pubblico e la stessa presenza di persone a cui è attribuita la denominazione di paziente, condizione che presuppone già un'alterazione dello stato di salute di questi soggetti, dovrebbero motivare un impegno particolare nel garantire la migliore gestione dell'emergenza sanitaria nel minor tempo possibile.*

Pervenuto il 30.1.2007 - Accettato il 18.4.2007

Corrispondenza: Dott. Matteo Ciavarella, SPISLL ASL Roma B, Viale B. Bardanzellu 8, 00155 Roma

E-mail: matteo.ciavarella@aslromab.it

## INTRODUZIONE

Qualsiasi struttura sanitaria ha l'obbligo, contenuto nella normativa vigente, d'organizzare e gestire il primo soccorso aziendale (p.s.a.); tale dovere discende dall'art. 3, comma (c.) 1, lettera (lett.) p del D. Lgs. 626/94, in cui si stabilisce, fra le misure generali di tutela per la protezione della salute e per la sicurezza dei lavoratori, l'obbligo di attuare le misure di emergenza "*in caso di pronto soccorso, lotta antincendio, evacuazione dei lavoratori e pericolo grave e immediato*".

Pertanto, in una struttura sanitaria s'assolve di fatto tale dovere solo quando l'ordinaria attività di servizio preveda anche prestazioni in regime d'emergenza sanitaria.

In effetti, ad un operatore sanitario di una struttura non deputata solitamente a trattare situazioni d'emergenza o urgenza risulterà difficile gestire la prima risposta, quando un infermo – un paziente, qualcuno dei numerosi visitatori o dei colleghi – richiede un intervento di soccorso tecnicamente adeguato. Questa affermazione non è frutto di un convincimento basato soltanto sulla nostra esperienza, ma trova conferma in ricerche condotte negli Stati Uniti e nel nostro Paese: negli Stati Uniti, ad esempio, alcuni ricercatori (3) hanno mostrato lunghi tempi di latenza tra l'arresto cardiaco intraospedaliero e la conseguente defibrillazione da parte della squadra deputata alle emergenze intraospedaliere; tale ritardo era significativo se l'evento occorreva nei reparti di degenza per pazienti non critici, negli ambulatori e nei reparti diagnostici, dove i ritardi nella esecuzione della prima defibrillazione erano anche di 5-10 minuti. Una recente ricerca condotta presso un grande policlinico italiano da un gruppo di rianimatori (14) ha rilevato che nelle aree ospedaliere non monitorate i tempi di intervento erano pari a 7-8 minuti, circa 4 minuti più lunghi, cioè, dei 3 ( $\pm 1$ ) minuti raccomandati dagli organismi internazionali (5-7).

Non è, a nostro avviso, l'incompetenza o la negligenza dei soccorritori a produrre tali inattesi risultati. Nelle strutture sanitarie, specie in quelle territoriali – per l'assoluta preminenza data, nella risposta in situazioni d'emergenza od urgenza sanitaria, all'aspetto sanitario a scapito degli aspetti ge-

stionali ed organizzativi – si trascurano, a volte fino all'omissione grave, quelle pratiche organizzative e procedurali dirette a garantire, al momento dell'infortunio o del malore, un intervento efficace sul soggetto da soccorrere (4, 15).

Molta attenzione, invece, andrebbe posta sui vari temi analiticamente indicati dal legislatore nella normativa prevenzionistica.

Ad esempio, sugli adempimenti riguardanti il reclutamento e il dimensionamento degli addetti al p.s.a. vanno sempre chiaramente indicati, sul documento di valutazione dei rischi, i criteri che li ispirano; per l'incarico di addetto al p.s.a. si deve sempre procedere effettuando una formale designazione.

La questione della formazione degli addetti nel comparto sanitario riguarda soprattutto l'aspetto dell'integrazione delle competenze di base degli operatori sanitari, per cui occorre prevedere un programma di *retraining* su determinate procedure emergenziali avvalendosi di linee guida approvate dalle società scientifiche internazionali – ad esempio sull'uso appropriato dei defibrillatori (5-7), sulla gestione del trauma (8) – per quegli operatori non soliti trattare l'emergenza e l'uso delle relative apparecchiature.

Altre questioni rilevanti, inaspettatamente trascurate, riguardano l'informazione di lavoratori ed utenti sulle modalità di gestione delle situazioni d'emergenza od urgenza ed i presidi di pronto soccorso specificamente richiesti dalle norme. Particolarmente controversa è la questione inerente alle cassette di pronto soccorso; problemi emergono sulla fornitura di tali presidi in adeguate quantità, sul loro corretto impiego, sul loro corretto posizionamento nei vari locali, sull'eventuale loro integrazione con altri prodotti anche farmaceutici, che non possono mai sostituire i materiali indicati dal D.M. 388/03.

Le considerazioni sulle carenze gestionali ed organizzative di sicuro trovano altri validi esempi, quando si affrontano gli aspetti della comunicazione (individuazione e posizionamento dei sistemi di comunicazione più appropriati alla specificità della struttura sanitaria; fornitura ed impiego di mezzi di comunicazione interni alla struttura e di collegamento con il 118) o le modalità d'allestimento del-

la segnaletica obbligatoria per l'ubicazione e l'identificazione dei presidi di pronto soccorso e dei sistemi di attivazione dell'allarme sanitario.

La fornitura di adeguati dispositivi di protezione individuale ed il loro corretto impiego non costituiscono di solito un problema per gli operatori sanitari designati al compito di addetti al p.s.a., ma possono rappresentarlo per addetti provenienti dall'ambito tecnico o amministrativo.

Quindi, la gestione della risposta in situazioni di urgenza od emergenza sanitaria non coinvolge solo l'aspetto sanitario (vale a dire l'intervento su un evento causato da un malore o da un trauma); la priorità nella gestione di tale risposta, invece, è nell'organizzazione di un sistema che permetta a chi opera in tali circostanze di agire con appropriatezza. L'aspetto sanitario, pertanto, passa in secondo piano, mentre assumono particolare rilievo misure, procedure ed azioni riguardanti l'attivazione dei soccorritori incaricati, la sicurezza di questi, del soggetto soccorso e degli eventuali testimoni, la valutazione dell'evento e l'eventuale allertamento interno ed esterno di un soccorso più avanzato.

Sono queste alcune delle questioni imposte dalle disposizioni di legge relative al p.s.a. alle quali assolvere tenendo in considerazione i criteri richiesti dalle buone norme tratte dalla letteratura scientifica.

Illustreremo in questo lavoro i principali adempimenti in tema di p.s.a. alla luce della normativa vigente e dei successivi pronunciamenti legislativi in materia, con specifico riferimento al settore della sanità.

## OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO

Nelle aziende sanitarie il datore di lavoro è identificato con il Direttore Generale. Pertanto, spettano al Direttore Generale precisi adempimenti riguardo ad una corretta organizzazione della prima risposta all'interno delle strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere in caso di urgenza od emergenza; essi devono essere attuati in base a quanto il D. Lgs. 626/94 e il D.M. 388/03 stabiliscono in materia di primo soccorso, pur negli aspetti problematici che la norma comporta e che sono stati discussi altrove (12).

## DESIGNAZIONE DEI LAVORATORI INCARICATI

È il datore di lavoro che designa i lavoratori incaricati d'attuare le misure di pronto soccorso, salvataggio, prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza (artt. 4 c. 5 lett. a) e 12 c. 1 lett. b) D. Lgs. 626/94). La mancata designazione dei lavoratori è un'inadempienza penalmente sanzionata (art. 89 c. 2 lett. b).

I lavoratori designati non possono rifiutare la designazione se non per giustificato motivo (art. 12 c. 3 D.Lgs. 626/94) come, per esempio, in presenza di condizioni o patologie che controindicano tale attività. Il rifiuto della designazione senza giustificato motivo è penalmente sanzionata dall'art. 93 c. 1 lett. a D. Lgs. 626/94.

## Reclutamento e dimensionamento degli addetti

Non esistono regole precise in merito al numero dei lavoratori da designare né alle loro caratteristiche, ma è ovvio che la natura delle attività lavorative svolte in ciascuna diversa struttura sanitaria, il numero di dipendenti presenti in servizio in ciascun turno di lavoro, il numero e la tipologia delle persone presenti (pazienti, accompagnatori) debbano condizionare le scelte del datore di lavoro.

### *Rischi specifici aziendali*

Generalmente, la natura e le attività lavorative delle strutture sanitarie - per i lavoratori dipendenti, come pure per i cittadini che accedono ai singoli servizi - rendono meno frequenti i rischi infortunistici di natura traumatologica, mentre più probabile è l'accadimento di malori, che - se dovessero volgere verso possibili situazioni d'emergenza sanitaria - potrebbero compromettere in modo irreversibile la sopravvivenza dei soggetti colpiti, qualora non fossero prontamente attuate le manovre di sostegno alle funzioni vitali in attesa dell'arrivo del 118 o, se presente, del soccorso sanitario avanzato.

### *Reclutamento*

La presenza nelle strutture sanitarie di personale medico ed infermieristico rende elettivo, per le spe-

cifiche conoscenze e competenze di questi soggetti, il loro totale coinvolgimento nel sistema di prima risposta in situazioni d'emergenza sanitaria e quindi la loro designazione d'addetti al pronto soccorso, a meno che non insorgano per qualcuno di essi condizioni o patologie ("giustificato motivo"), che ne controindichino la nomina.

È ovvio che, qualora queste figure fossero insufficienti o inadeguate per turnazione o incarichi professionali (contratti a termine; presenze in servizio limitate od occasionali, etc.), occorrerà designare altri lavoratori più stabilmente presenti.

### *Dimensionamento*

Per la consistenza quantitativa degli addetti al p.s.a., la normativa vigente lascia l'onere della determinazione al datore di lavoro. L'art. 12 c. 3 secondo periodo del D. Lgs. 626/94 stabilisce soltanto che i lavoratori designati debbano essere "in numero sufficiente"; questa formulazione lascia margini di discrezionalità al datore di lavoro, anche se la quota di addetti deve essere adeguata alle dimensioni ed ai rischi specifici dell'azienda e motivata nel documento di valutazione dei rischi.

Ad ogni modo, nella seconda edizione delle "Linee Guida" della Conferenza Stato Regioni (2) viene proposto, per le aziende che non siano a rischio per incidente rilevante, la quota di un soccorritore ogni trenta addetti. Tale indicazione si ritiene insufficiente per le strutture sanitarie in ragione della particolare tipologia degli accessi (ad esempio, soggetti con problemi di salute più rilevanti della popolazione normale; maggior incidenza di popolazione di età avanzata). Più adeguato è, invece, il calcolo che garantisca la presenza costante in servizio di addetti al p.s.a. sempre al di sopra del 10% dei lavoratori presenti. La presenza di 1 addetto ogni 10 lavoratori garantisce, fra l'altro, un contingente adeguato per far fronte ad eventuali punte negli accessi dell'utenza; inoltre, il rafforzamento di altre 2 presenze della soglia minima suggerita dal citato documento della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome è sufficiente per garantire un adeguato quantitativo per i compiti derivati da tali attività, fronteggiando assenze improvvise o programmate degli addetti al primo soccorso.

In strutture a rischio meno rilevante, con accesso prevalente di soggetti sani – come avviene, ad esempio, nei Servizi Ispettivi del Dipartimento di Prevenzione, presso i Consultori Familiari, negli Ambulatori per visite di sorveglianza sanitaria dei dipendenti, degli apprendisti, degli alimentaristi, nell'Ambulatorio Veterinario, etc. – si potrebbe dimensionare il numero degli addetti al p.s.a. calcolando un soccorritore ogni 40-50 stazionamenti, rappresentati dalle presenze medie annue dei dipendenti, degli utenti e dei visitatori nella struttura sanitaria durante tutta la ordinaria attività lavorativa.

È opportuno che i soccorritori operino in *team* di 2-3 addetti, giacché l'attività di primo soccorso richiede, oltre alla valutazione e all'assistenza della vittima, anche la gestione della sicurezza della scena – che in una struttura sanitaria può assumere aspetti problematici per la confusione e l'allarmismo procurato dalla pleora dei presenti (visitatori, altri pazienti, lo stesso personale dipendente) – e l'allertamento del soccorso sanitario avanzato. Lavorare in gruppo, inoltre, permette ai soccorritori di accorrere in aiuto l'uno dell'altro, se colti da malessere.

## **Formazione dei lavoratori designati**

### *Designazione ad addetto al pronto soccorso*

#### *Personale non sanitario*

I lavoratori di una struttura sanitaria incaricati del p.s.a., se non sono medici o infermieri, devono essere adeguatamente formati (art. 22 c. 5 D.Lgs. 626/94); l'inadempienza (mancata formazione dei lavoratori designati) è penalmente sanzionata (art. 89 c. 2 lett. a D.Lgs. 626/94).

I lavoratori designati debbono essere formati con istruzione teorica e pratica per l'attuazione delle misure di primo intervento interno e per l'attivazione degli interventi di pronto soccorso (art. 3, c. 1 D.M. 388/03).

Il D.M. 388/03, inoltre, ha indicato con precisione, oltre al contenuto dei corsi di formazione ed agli obiettivi didattici, anche la durata minima degli stessi corsi, legando tale durata all'appartenenza delle aziende ad una delle tre categorie di catalogazione (rispettivamente Aziende di Gruppo A, B e C), basate sul rischio d'infortunio del proprio comparto

produttivo e sul numero di lavoratori (la classificazione dell'azienda, altro obbligo del datore di lavoro, ed i relativi criteri sono successivamente illustrati nel capitolo "Classificazione dell'azienda", a cui si rimanda).

Nel comparto sanitario ciascun corso di formazione per personale non sanitario designato deve avere la durata complessiva di 12 ore e si deve svolgere in 3 giornate continuative, con un calendario articolato su 4 ore per ognuna delle 3 giornate di corso.

#### *Personale sanitario medico ed infermieristico*

Per la formazione specifica del personale medico e infermieristico, è opportuno prendere in considerazione il documento d'indirizzo del Comitato Tecnico del Coordinamento Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro del 10/01/2005 nel quale è prevista l'indicazione secondo cui "(...) non sono tenuti a svolgere la formazione tutte quelle aziende od unità produttive che indicano come addetto al servizio di pronto soccorso un medico o un infermiere professionale"<sup>1</sup>.

Sarebbe, comunque, opportuno integrare la formazione del personale sanitario sulle modalità organizzative della prima risposta e prevedere un periodico aggiornamento di questi addetti sulle procedure standard di rianimazione cardiopolmonare e gestione del trauma, che oggi seguono linee guida operative condivise dalle società scientifiche internazionali sulla rianimazione cardiopolmonare di base – dell'adulto ed in età pediatrica – sulla rianimazione cardiopolmonare con defibrillazione (5-7) e sulla gestione di base del soggetto traumatizzato (8), in supporto ed in attesa del soccorso avanzato.

#### *Requisiti per i formatori dei lavoratori designati*

Il D.M. 388/03 indica anche le caratteristiche dei formatori: la formazione deve essere svolta da personale medico, ove possibile in collaborazione

con il sistema di emergenza del SSN; per la parte pratica il medico può avvalersi di personale infermieristico od altro personale specializzato per l'addestramento alle pratiche di primo soccorso (comma 2 dell'art. 3 del D.M. 388/03). Anche in questo caso, considerati i delicati risvolti medico-legali che l'attività del primo soccorritore può comportare (1), è opportuno che i formatori dei lavoratori designati utilizzino le più efficaci tecniche di formazione dell'adulto e propongano protocolli aggiornati e condivisi (9, 10, 11, 13).

#### *Formazione dei lavoratori designati sui rischi specifici dell'attività lavorativa*

Nel comparto della sanità anche l'attività svolta per fornire una la prima risposta in situazioni d'emergenza o d'emergenza sanitaria può esporre a specifici fattori di rischio fisici, chimici, biologici ed organizzativi. Pertanto, i lavoratori incaricati del compito di addetti al p.s.a. devono acquisire, anche, un'adeguata formazione sull'esposizione a rischi conseguenti a tale incarico.

Una particolare attenzione deve essere posta sul rischio chimico, anche al fine di stabilire idonee procedure per il trattamento di emergenza degli infortunati. Allo scopo è necessario disporre del contenuto di ciascuna scheda tecnica e di sicurezza delle sostanze utilizzate (ai sensi di quanto contenuto nel D. Lgs. 52/97 e nel D. Lgs. 285/98 e successive modifiche), per verificare la necessità d'intraprendere specifiche procedure di primo soccorso in caso di contatto cutaneo, mucoso, ingestione o inalazione accidentale; è, inoltre, indispensabile rendere disponibili per i lavoratori appropriate attrezzature di emergenza.

Anche in base agli obblighi di valutazione del rischio chimico previsti da titolo VII-bis del D. Lgs. 626/94, sarà necessario disporre dell'elenco di tutti gli agenti chimici pericolosi e, per ciascun agente chimico utilizzato, conoscere le proprietà chimico-fisiche e la relativa classificazione di pericolo (etichettatura, frasi di rischio e consigli di prudenza).

Agli addetti al p.s.a. si dovranno fornire adeguate procedure per gli incidenti con farmaci antiblastici (ad esempio in caso di contaminazione e/o inoculazione accidentale con questi prodotti); un

<sup>1</sup> Coordinamento Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro: Primi indirizzi applicativi sul Decreto Ministeriale 15 luglio 2003 n. 388. Documento preliminare. Seduta del Comitato Tecnico in data 10 gennaio 2005

rilevante impegno va riposto anche sugli aspetti addestrativi di tali procedure.

Allo stesso modo, in relazione al rischio biologico, bisognerà indicare con chiarezza le procedure d'attuare per prevenire il rischio di contaminazione con fluidi biologici o di puntura/taglio con aghi/taglienti sporchi di sangue in azioni di primo soccorso; anche interventi di p.s.a. in situazioni ad alto rischio espositivo (con agenti biologici di classe 3 o 4) o a rischio infettivo con un agente non determinabile richiedono specifiche procedure operative. Nell'implementazione, poi, di tali procedure bisogna sempre privilegiare il momento addestrativo.

Infine, in relazione al rischio fisico, andranno formati i lavoratori designati sulle procedure di intervento e di decontaminazione in seguito a esposizione accidentale a radiazioni ionizzanti.

#### *Attività periodica di riaddestramento*

In tutti i casi la formazione dei lavoratori designati andrà ripetuta con cadenza triennale almeno per quanto attiene alla capacità di intervento pratico e, riguardando abilità pratiche, il periodico riaddestramento compete anche a medici ed infermieri.

La durata minima di tale attività di *retraining* è di 4 ore.

#### **Informazione di tutti i lavoratori**

Di rilievo è, altresì, l'obbligo del datore di lavoro d'informare tutti i lavoratori che possono essere esposti a pericoli gravi ed immediati; per tali evenienze il datore di lavoro deve anche dare un'adeguata comunicazione sulle procedure operative predisposte per fronteggiarli e sui comportamenti d'adottare da parte dei lavoratori come pure sugli addetti al p.s.a. e sulle modalità di gestione dell'emergenza (ad es. lista nominativa degli addetti e procedure di allertamento). Rientra, infatti, fra i compiti del datore di lavoro fare quanto necessario affinché ciascun lavoratore riceva un'adeguata informazione sui "(...) nominativi dei lavoratori incaricati di applicare le misure di cui agli articoli 12 e 15" (art. 21 c. 1 lett. g D. Lgs. 626/94).

In ambito sanitario gli infortuni biologici e l'esposizione accidentale ad agenti chimici possono

senz'altro rientrare tra quei pericoli gravi ed immediati previsti dalla norma, per i quali il datore di lavoro deve predisporre una specifica informazione sulle misure predisposte ed sui comportamenti immediati da adottare.

La mancata informazione di tutti i lavoratori delle procedure di primo soccorso e dei nominativi degli incaricati è un'inadempienza penalmente sanzionata (art. 89 c. 2 lett. b D. Lgs. 626/94).

#### **Organizzazione del primo soccorso**

Il principale obbligo del datore di lavoro è quello di prendere i provvedimenti necessari in materia di pronto soccorso e di assistenza medica di emergenza, tenendo conto delle eventuali altre persone presenti sui luoghi di lavoro e stabilendo i necessari rapporti con i servizi esterni, anche per il trasporto dei lavoratori infortunati; per questo compito deve avvalersi dell'apporto, dove previsto, del medico competente (art. 15 c. 1 D. Lgs. 626/94). L'individuazione delle caratteristiche minime delle attrezzature di pronto soccorso, dei requisiti del personale addetto e della sua formazione deve avvenire in base alla natura dell'attività, al numero dei lavoratori occupati e ai fattori di rischio secondo quanto previsto dal D.M. 388/03.

L'inadempienza, ovvero la mancata organizzazione del p.s.a., in base ai parametri previsti dall'art. 15 c. 1 del D. Lgs. 626/94, è penalmente sanzionata dall'art. 89 c. 2 lett. a D. Lgs. 626/94.

Il datore di lavoro deve organizzare il p.s.a., elaborando procedure documentabili, frutto di una attenta valutazione del rischio che tengano nel debito conto le specifiche attività operative, l'ubicazione dei vari luoghi di lavoro, l'accessibilità da parte dei mezzi di soccorso, i tempi di percorrenza da parte di questi mezzi e il numero dei soggetti a rischio (compresi i degenti ed i visitatori), definendo i seguenti aspetti:

- procedure operative per gli addetti al primo soccorso;
- procedure per tutti i lavoratori dei comportamenti d'adottare in caso di pericolo grave ed imminente;
- informazioni sufficientemente dettagliate e precise da fornire alle imprese appaltatrici ed ai lavoratori autonomi sui rischi specifici esistenti nel-

l'ambiente in cui sono destinati ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla propria attività (art. 7 c. 1 lett. b del D. Lgs. 626/94);

- segnaletica e percorsi per i mezzi di soccorso;
- procedure per l'attivazione del sistema di pronto soccorso interno, se disponibile, oppure esterno.

Sarebbe utile – nelle strutture sanitarie ospedaliere ed in quelle territoriali ambulatoriali ad alta frequentazione interna ed esterna (pazienti, altri visitatori, dipendenti aziendali) – assegnare specificamente agli addetti al p.s.a. la risposta sanitaria in quegli ambiti solitamente occupati da pazienti in attesa di un trattamento, da visitatori, da operatori in transito (vie d'accesso e di transito, locali di ristoro, d'attesa o di prenotazione, biblioteche, spazi autorizzati destinati ai fumatori, etc.) e negli spazi dedicati ad attività amministrative. Si potrebbero, così, fronteggiare i numerosi episodi di omissione o ritardo nei soccorsi, periodicamente e di recente riportati dagli organi d'informazione, che giustificano l'allarme e l'indignazione dell'opinione pubblica ed il rigore della magistratura.

Di conseguenza, per assolvere questo mandato, il *team* incaricato dovrebbe essere “funzionalmente dedicato” al compito di primo soccorso, soprattutto per scongiurare l'eventualità di un “conflitto di attribuzione”, in caso di richiesta d'intervento, con le attività sanitarie in quel momento svolte dai suoi vari componenti. L'assegnazione con incarico limitato e temporaneo al *team* di p.s.a. evita, in caso d'intervento, una sottrazione di risorse alle strutture in cui normalmente operano gli addetti al primo soccorso; questi operatori nel corso di tale attività potrebbero stazionare, come “contingente soprannumerario”, nelle strutture dove più elevato è il concorso di persone ed attività (accettazione, *triage*, accoglienza, etc.), a disposizione ed in supporto degli altri colleghi di lavoro operanti in tali strutture, in attesa di un'eventuale loro intervento.

Nelle altre strutture sanitarie, in particolare in quelle con accesso prevalente di soggetti sani, è, invece, inopportuno distogliere il *team* incaricato della prima risposta sanitaria dagli usuali compiti lavorativi; ad ogni buon conto, nell'organizzare questa risposta si dovrà garantire la presenza di almeno un addetto per ogni turno di lavoro.

### *Compiti delegabili*

Il *datore di lavoro* – il Direttore Generale di una azienda sanitaria pubblica o privata – ha potere di delega di tutte le funzioni per la sicurezza a lui non espressamente riservate (tra i compiti non delegabili ricordiamo quelli riguardanti la valutazione del rischio, la stesura del relativo documento ed i periodici aggiornamenti della valutazione e del documento ed, inoltre, la designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione), detenendo, comunque, i poteri di vigilanza sull'applicazione delle misure di sicurezza, nonché l'azione di controllo sui soggetti delegati.

Ne consegue che l'organizzazione del p.s.a. – incombente che il vertice aziendale direttamente non potrebbe mai efficacemente gestire – rientra in quei compiti delegabili d'affidare d'elezione – complessivamente o per parti salienti – a dirigenti e preposti.

Il datore di lavoro dovrà provvedere a fornire ai dirigenti, qualora fossero incaricati di compiti delegabili relativi all'organizzazione del primo soccorso, i supporti tecnico-formativi necessari per far fronte a tali adempimenti.

### **Classificazione dell'azienda**

Un altro impegno del datore di lavoro, preliminare alla predisposizione delle misure minime, è quello di procedere alla classificazione dell'azienda o unità produttiva in relazione alla tipologia di rischio prevedibile (art. 2 D.M. 388/03); anche per svolgere questo compito egli si avvale della collaborazione del medico competente.

Il D.M. 388/03, tenendo conto della tipologia d'attività svolta, del numero dei lavoratori occupati<sup>2</sup>

<sup>2</sup> La circolare del Ministero della Salute n. DGPREV-13008/P del 03.06.2004 su “Quesiti applicazione del Decreto 15 luglio 2003, n. 388” precisa che nel computo dei lavoratori dell'azienda vanno considerati tutti i lavoratori in servizio; pertanto, a questo fine devono essere conteggiati a carico dell'azienda utilizzatrice anche i cosiddetti “lavoratori somministrati”, cioè quei lavoratori che abbiano stipulato quel nuovo tipo di contratto atipico che è il contratto di somministrazione, disciplinato dal D.L. 276/03 (l'art. 22 comma 5 del D.L. 276, infatti, stabilisce che “in caso di contratto di somministrazione il prestatore di lavoro non è

e dei fattori di rischio, classifica le aziende o unità produttive in tre gruppi, distinti dalle lettere A, B e C:

- al Gruppo A appartengono 3 tipologie di realtà produttive

- le aziende a rischio d'incidente rilevante;
- le aziende non appartenenti al comparto dell'agricoltura, appartenenti o riconducibili ai gruppi tariffari INAIL con indice infortunistico di inabilità permanente superiore a quattro con oltre cinque dipendenti;
- le aziende o unità produttive del comparto dell'agricoltura con oltre cinque lavoratori dipendenti a tempo indeterminato

- al Gruppo B appartengono le realtà produttive con tre o più addetti che non rientrano nel Gruppo A:

- fanno parte del Gruppo C le aziende con meno di tre lavoratori che non rientrano nel Gruppo A.

Per completezza ricordiamo che, in base all' art. 1 c. 2 del D.M. 388/03, se l'azienda o unità produttiva svolge attività lavorative comprese in gruppi diversi, il datore di lavoro deve riferirsi all'attività con indice più elevato.

L'indice infortunistico di inabilità permanente di una azienda sanitaria pubblica o privata – corrispondente alla voce tariffaria n. 0300 “Sanità e Servizi sociali” – è pari a 1,28. Il parametro fa riferimento a statistiche dell'INAIL pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 17.08.2004. Pertanto nello specifico caso delle strutture sanitarie non si rientra nel Gruppo A e il datore di lavoro non dovrà comunicare la categoria di appartenenza dell'azienda alla ASL competente per territorio in cui svolge l'attività lavorativa (per la formazione dei lavoratori designati, altro tema collegato alla classificazione dell'azienda, vedere il capitolo intitolato “Personale non sanitario”).

### **Presidi di primo soccorso**

Nelle aziende sanitarie spetta al Direttore Generale, in qualità di datore di lavoro, di garantire la presenza e la corretta modalità di gestione dei pre-computato nell'organico dell'utilizzatore ai fini della applicazione delle normative di legge o di contratto collettivo, fatta eccezione per le norme relative alla materia dell'igiene e della sicurezza del lavoro”).

sidi di Pronto Soccorso (pacchetto di medicazione; cassetta di pronto soccorso; mezzo di comunicazione) in tutte le componenti presenti, a partire dalle componenti minime previste dall'art. 2 c. 1 del D. M. 388/03.

Sarebbe opportuno che, alla determinazione quantitativa e alla collocazione di tali presidi, nonché alla gestione e periodico controllo del loro contenuto provvedano i dirigenti specificamente incaricati al compito (dirigenti delegati), in quanto il vertice aziendale direttamente non potrebbe gestire con efficacia tali interventi.

### *Cassetta di pronto soccorso*

Questo presidio di primo soccorso – tenuto presso ciascun luogo di lavoro, del quale sia costantemente assicurata la completezza ed il corretto stato d'uso nel suo contenuto – deve rispondere ai seguenti requisiti:

- esser custodito in un luogo facilmente accessibile;
- esser individuabile con segnaletica appropriata;
- contenere la dotazione minima indicata nell'Allegato 1 del D. M. 388/03, da integrare – in base ai rischi presenti nei luoghi di lavoro – e su indicazione del medico competente o/e del sistema di emergenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale.

A questo proposito si consideri che il citato documento d'indirizzo del Comitato Tecnico del Coordinamento Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro indica che “per quanto riguarda aziende (...) che possiedono per l'attività svolta tutti i dispositivi richiamati per il pacchetto di medicazione o la cassetta di pronto soccorso è in ogni caso indispensabile che gli stessi siano conservati in un unico ambiente ben identificato”.

Pertanto, i presidi contenuti negli armadietti degli ambulatori medici sono in integrazione e non in sostituzione a quelli richiesti nella cassetta di pronto soccorso. Nel caso che il contenuto corrispondesse a quello specificamente indicato dell'Allegato 1 del D. M. 388/03, per poter essere sostitutivi del presidio richiesto devono possedere, oltre le caratteristiche merceologiche e quantitative, gli altri requisiti indispensabili (accessibilità, specifica segnaletica, etc.).

### *Mezzo di comunicazione*

Un altro punto essenziale nell'organizzazione del pronto soccorso aziendale è l'impiego dei sistemi di comunicazione richiesti dall'art. 2 c. 1 e 2 lett. b del D.M. 388/03, per favorire in situazioni critiche una comunicazione rapida ed efficace interna e con i sistemi sanitari d'emergenza.

Anche questo compito del datore di lavoro rientra tra quelle funzioni da affidare d'elezione a dirigenti delegati.

Pertanto, occorre destinare un numero adeguato di apparecchi telefonici fissi o portatili per comunicare all'interno e con l'esterno. Di solito nelle strutture sanitarie questi mezzi di comunicazione sono adeguati; comunque, se le telefonate in uscita dai posti di lavoro fossero limitate da codici o da altri sistemi e/o apparecchiature di filtro, bisogna predisporre i telefoni aziendali affinché siano sempre passanti per i numeri a tre cifre (i numeri dedicati all'emergenza territoriale delle varie strutture pubbliche che operano in questo campo hanno tutti solo tre cifre).

In certi contesti potrà essere molto utile adottare dispositivi radio portatili.

È indispensabile, inoltre, esporre, possibilmente ben in vista per chi dovesse impiegare un telefono deputato alle chiamate di soccorso, cartelli appositamente elaborati per facilitare le comunicazioni in emergenza, contenenti i numeri di telefono cellulari e/o interni, nominativi, mansioni e luogo di lavoro aziendali degli addetti al primo soccorso e di eventuali addetti alla vigilanza o di altro personale con il compito d'indicare, ai soccorritori esterni, i percorsi più rapidi per giungere sulla scena dell'incidente e garantire spazi sicuri e liberi da ogni ingombro. È in eguale misura importantissimo esporre i numeri di telefono esterni da contattare in caso d'emergenza (118, centro antiveleni, vigili del fuoco, corpi di polizia, etc.) e gli schemi riassuntivi (pittogrammi, algoritmi o altri materiali grafici) delle procedure d'attivazione della chiamata di soccorso interno ed esterno da parte del primo testimone.

### **Segnaletica di riferimento**

I presidi di primo soccorso ed i mezzi di comu-

nicazione abilitati per l'emergenza devono, inoltre, esser segnalati da un'apposita cartellonistica. La normativa riguardante la segnaletica – il D. Lgs. 493/96, nell'allegato II, al punto 3.4 (cartelli di salvataggio) – individua le caratteristiche intrinseche (forme, colore dello sfondo, colore del simbolo, modello grafico del simbolo) di questi segnali.

In particolare, per quanto riguarda presidi di primo soccorso, la segnaletica di riferimento deve essere applicata sia sugli involucri che li contengono (armadietti farmacologici, valigie, borse, borselli, marsupi, etc.), sia nei locali di lavoro per indicare i percorsi per individuarli. Va segnalata, inoltre, la collocazione precisa di ogni presidio, soprattutto quando si lavori in locali situati su piani diversi.

Andrebbe, pertanto, disegnata un'apposita mappa per consentire agli addetti ed a chiunque possa fare un intervento di soccorso un agevole e pronto reperimento dei presidi e dei sistemi di comunicazione destinati all'emergenza; una copia della mappa andrebbe esposta nei punti di esodo, all'ingresso dell'azienda ed accanto al materiale divulgativo del Piano di primo soccorso aziendale, un'altra copia dovrà esser fornita agli addetti al primo soccorso.

### **Lavoratore isolato**

Nelle aziende o unità produttive che hanno lavoratori che prestano la propria attività in luoghi isolati, diversi dalla sede dell'azienda o dell'unità produttiva, il datore di lavoro è tenuto a fornire loro un pacchetto di medicazione – il cui contenuto minimo è indicato dall'Allegato 2 del D.M. 388/03 – ed un mezzo di comunicazione idoneo per raccordarsi con l'azienda al fine di attivare rapidamente il sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale.

La norma è, dunque, molto chiara nel precisare che, nel caso di lavoratori destinati ad operare in sedi diverse dall'azienda (per esempio a domicilio del paziente), i presidi prima indicati dovranno sempre accompagnare il lavoratore.

Nello specifico delle strutture sanitarie il pacchetto di medicazione ed un mezzo idoneo per attivare l'azienda alla chiamata dei soccorsi dovrebbero rappresentare l'indispensabile dotazione delle automobili di servizio utilizzate per l'assistenza domiciliare e per tutte le attività che si svolgono in se-

di diverse da quella aziendale e che, per questo, possono risultare isolate come ad esempio attività medico-legali, riabilitative, diagnostiche e terapeutiche che si svolgono a domicilio del paziente e attività preventive e di vigilanza che si svolgono sul territorio, etc.

## CONCLUSIONI

Com'è evidente dal dettato di legge, anche al Direttore Generale delle aziende sanitarie spettano, in base al D. Lgs. 626/94 ed al D.M. 388/03, precisi adempimenti nell'organizzazione della prima risposta in caso d'urgenze o d'emergenza in tutte le strutture aziendali (sanitarie od amministrative territoriali ed ospedaliere).

In tali strutture l'elevato accesso di pubblico e le precarie condizioni di salute di coloro che le frequentano dovrebbero motivare un particolare impegno nel garantire, nel minor tempo possibile, una corretta gestione della prima risposta in situazioni d'urgenze o emergenza sanitaria sia se coinvolga i lavoratori, che se riguardi pazienti o visitatori.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

## BIBLIOGRAFIA

- CAPRIOLI LC, CIAVARELLA M, SACCO A: Aspetti giuridici e medico-legali della responsabilità del lavoratore incaricato per il Pronto Soccorso. *Med Lav* 2005; 96: 63-70
- CONFERENZA DEI PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME: *Sicurezza e Salute nei luoghi di lavoro. Linee guida per l'applicazione del D.Lgs. 626/94*. Seconda Edizione. Azienda USL di Ravenna, 1999
- CUMMINS RO, SANDERS A, MANCINI E, HAZINSKI MF: In-hospital resuscitation: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association Emergency Cardiac Care Committee and the Advanced Cardiac Life Support, Basic Life Support, Pediatric Resuscitation, and Program Administration Subcommittees. *Circulation* 1997; 95: 2211-2212
- HANEFELD C, LICHTER C, LAUBENTHAL H, et al: In-hospital resuscitation. Concept of first-responder resuscitation using semi-automated external defibrillators (AED). *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131: 2139-2142
- INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION: Adult basic life support. *Resuscitation* 2005; 67: 187-201
- INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION: Defibrillation. *Resuscitation* 2005; 67: 203-211
- INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION: Paediatric basic and advanced life support. *Resuscitation* 2005; 67: 271-291
- MCSWAIN NE, FRAME S, SALOMONE JP (Eds): *PH-TLS. Basic and advanced prehospital trauma life support*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2003
- SACCO A: La formazione degli addetti al pronto soccorso sanitario. *Progetto Sicurezza* 2003; 1: 9-15
- SACCO A, CIAVARELLA M: *Il primo soccorso nei luoghi di lavoro. Corso teorico-pratico di alfabetizzazione alle tecniche di Primo Soccorso nei luoghi di lavoro*. Roma: EPC Libri, 2003
- SACCO A, CIAVARELLA M: *Manuale di primo soccorso nei luoghi di lavoro. Guida per gli addetti al primo soccorso secondo il Decreto n. 388 del 15/07/03*. Seconda Edizione. Roma: EPC Libri, 2006
- SACCO A, CIAVARELLA M, MONTEFORTE G, DE SANTIS A: Luci ed ombre del regolamento sulla organizzazione del pronto soccorso in azienda. *Med Lav* 2004; 95: 161-163
- SACCO A, CIAVARELLA M, TREVISAN A, e coll: I requisiti per i formatori dei lavoratori designati al primo soccorso aziendale. *Med Lav* 2005; 96: 403-408
- SANDRONI C, FERRO G, SANTANGELO S, et al: In-hospital cardiac arrest: survival depends mainly on the effectiveness of the emergency response. *Resuscitation* 2004; 62: 291-297
- SPEARPOINT KG, MCLEAN CP, ZIDEMAN DA: Early defibrillation and the chain of survival in 'in-hospital' adult cardiac arrest; minutes count. *Resuscitation* 2000; 44: 165-169